



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Arthroskopie am Kniegelenk

Abschlussbericht

Stand: 26. August 2014

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Arthroskopie am Kniegelenk

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

21. März 2013

Datum der Abgabe:

14. Juli 2014, redaktionell überarbeitete Version vom 26. August 2014

Signatur:

13-SQG-021d

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Um die technische Druckfähigkeit des Dokumentes zu gewährleisten, mussten einige Abbildungen (z.B. Versorgungspfade) verkleinert werden. Diese Abbildungen bzw. die Textinformationen auf den Abbildungen sind im gelieferten Format teilweise schwer lesbar. Um die Abbildungen im PDF-Format besser lesen zu können, bitten wir darum, an den entsprechenden Stellen den Zoom der Bildschirmansicht zu vergrößern. Für einen etwaigen Ausdruck des Dokumentes schlagen wir vor, die betreffenden Abbildungen auf das DIN-A3-Format zu skalieren und auf einem entsprechenden Papierformat zu drucken.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Kurzfassung	12
1. Einleitung	15
1.1. Hintergrund.....	15
1.2. Auftrag durch den G-BA.....	16
1.3. Projektierung	16
1.3.1. Projektteam.....	16
1.3.2. Zeitplan.....	17
2. Themerschließung.....	18
2.1. Versorgungsaspekte	18
2.1.1. Intervention und Population	18
2.1.2. Patientenrelevante Endpunkte.....	26
2.2. Rahmenbedingungen	28
2.2.1. Versorgungspolitischer Rahmen.....	28
2.2.2. Akteure der Versorgung.....	28
2.2.3. Bestehende Qualitätsprojekte	29
2.3. Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung	32
2.4. Verfügbare Datenquellen	40
2.5. Verfügbare Erhebungsinstrumente	45
3. Themenkonkretisierung	56
3.1. Scoping-Workshop.....	56
3.2. Versorgungspfad.....	56
3.3. Auftragskonkretisierung	59
4. Indikatorenrecherche.....	62
4.1. Suchmodell	62
4.2. Indikatorenrecherche in Datenbanken.....	63
4.3. Systematische Literaturrecherche.....	64
4.3.1. Ausgewählte Datenbanken	64
4.3.2. Suchbegriffe	64
4.3.3. Ergebnisse	64
5. Indikatorenregister.....	65
5.1. Recherchierte Indikatoren	65

5.2. Neu entwickelte Indikatoren	65
5.3. Ausgeschlossene Indikatoren	65
5.4. Ergebnis	66
6. Auswahl und Bewertung von Indikatoren.....	70
6.1. Auswahl und Zusammensetzung des RAM-Panels.....	70
6.1.1. Zusammensetzung des RAM-Panels.....	70
6.1.2. Interessenkonflikte	72
6.1.3. Auftaktveranstaltung	73
6.2. Ergebnisse	74
6.2.1. Bewertung der Relevanz	74
6.2.2. Bewertung der Praktikabilität	80
6.2.3. Weitere Ergebnisse	83
6.2.4. Anregungen aus dem Panel	84
6.3. Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren.....	87
6.4. Bewertung des Indikatorensets	115
6.5. Zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset	118
7. Erhebungsinstrumente und Dokumentation	120
7.1. Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	120
7.1.1. Beschreibung.....	120
7.1.2. Datenselektion.....	121
7.1.3. Datenfelder.....	124
7.1.4. Prüfung der Dokumentationsqualität.....	126
7.2. Erhebungsinstrument: Patientenbefragung	127
7.3. Externe Begutachtung.....	128
7.3.1. Beschreibung.....	128
7.3.2. Auslösung	135
7.3.3. Erkenntnisse für eine generische Anwendung des Instruments.....	135
8. Umsetzung.....	136
8.1. Erhebungsformen	136
8.1.1. Art der Stichprobe vs. Vollerhebung der ausgewählten Grundgesamtheit	136
8.1.2. Länder- versus bundesbezogenes Verfahren.....	136
8.2. Differenziertes Auswertungskonzept	137
8.2.1. Hintergrund	137
8.2.2. Berichte	138
8.2.3. Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten	140
8.2.4. Grundlagen der Analysen und Auswertungen.....	143
8.3. Instrumente der Qualitätsförderung	152

8.4. Schritte bis zum Regelbetrieb	152
8.4.1. Sozialdaten bei den Krankenkassen	153
8.4.2. Patientenbefragung	154
8.4.3. Externe Begutachtung	154
8.4.4. Offene Regelungsbereiche und Zeitplan	154
9. Fazit	160
Glossar.....	162
Literatur.....	171

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zeitplan der Verfahrensentwicklung.....	17
Tabelle 2: Arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk.....	19
Tabelle 3: Die 15 häufigsten Hauptdiagnosen bei vollstationär behandelten Fällen mit Kniearthroskopie 2012 (G-DRG-Statistik)	20
Tabelle 4: Die 15 häufigsten Diagnosen bei ambulant behandelten Fällen mit Kniearthroskopie, vertragsärztlicher Bereich, 2012 (Abrechnungsstatistik der KBV)	21
Tabelle 5: Indikationen für eine ambulante bzw. stationäre Versorgung	29
Tabelle 6: Die 10 häufigsten arthroskopischen Prozeduren bei vollstationär behandelten Patienten im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose zu Gonarthrose (ICD-Kodes aus M17.-) 2012 (G-DRG-Statistik)	36
Tabelle 7: Die 10 häufigsten arthroskopischen Prozeduren bei ambulant behandelten Patienten, bei denen im gleichen Quartal eine Diagnose zu Gonarthrose dokumentiert wurde (ICD-Kodes aus M17.-), vertragsärztlicher Bereich, 2012 (Abrechnungsstatistik der KBV)	36
Tabelle 8: Die 10 häufigsten Prozeduren im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose zu Meniskusschädigung (ICD-Kodes aus M23.2-, M23.3-) 2012 (G-DRG-Statistik)	37
Tabelle 9: Die 10 häufigsten arthroskopischen Prozeduren bei ambulant behandelten Patienten, bei denen im gleichen Quartal eine Diagnose zu Meniskusschädigung dokumentiert wurde (ICD-Kodes aus M23.2-, M23.3-), vertragsärztlicher Bereich, 2012 (Abrechnungsstatistik der KBV)	37
Tabelle 10: Verschiedene Mängel bzgl. Dokumentation und Durchführung der arthroskopischen Operation (Walter 2011).....	39
Tabelle 11: Beschreibung der potenziell verfügbaren Datenbestände.....	41
Tabelle 12: Anzahl arthroskopischer Prozeduren pro Behandlungstag.....	48
Tabelle 13: Spezifität von ICD-Kodierungen am Beispiel der Gonarthrose (M17).....	48
Tabelle 14: Fehlende Seitenangabe bei arthroskopischen Prozeduren	49
Tabelle 15: Fehlende Seitenangabe bei arthroskopischen Prozeduren nach Ergänzung der Seitenangabe durch Diagnosen.....	49
Tabelle 16: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätsziele/-potenziale	51
Tabelle 17: Ergebnisse der Indikatorenrecherche.....	63
Tabelle 18: Anzahl der Indikatoren je Indikatortyp und Qualitätsdimension	67
Tabelle 19: Übersicht der ermittelten Indikatoren nach Qualitätsdimension	67
Tabelle 20: Zusammensetzung des Panels	71
Tabelle 21: Übersicht potenzieller Interessenkonflikte der teilnehmenden Experten.....	72
Tabelle 22: Relevante Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen	75
Tabelle 23: Ausgeschlossene Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen	77
Tabelle 24: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen.....	82
Tabelle 25: Vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset	118
Tabelle 26: Benötigte Datenbestände aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk.....	120
Tabelle 27: Relevante Datenfelder in den Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	124

Tabelle 28: Aufbau des Patientenfragebogens zur Arthroskopie am Kniegelenk.....	127
Tabelle 29: Fragenkatalog zur Prüfung der Indikationsqualität im Rahmen der Externen Begutachtung	131
Tabelle 30: Bewertungsschema zur Fallprüfung im Rahmen der Externen Begutachtung.....	132
Tabelle 31: Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen	137
Tabelle 32: Indikatoren aus der Patientenbefragung	138
Tabelle 33: Zeitliche Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen (nach Abrechnungskontext).....	140
Tabelle 34: Datenlieferfristen von den Krankenkassen an die Bundesauswertungsstelle	141
Tabelle 35: Datenbasis und Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren (nach Follow-up-Zeitraum)	147
Tabelle 36: Bildung des Qualitätsindex.....	150
Tabelle 37: Auffällige Leistungserbringer im Qualitätsindex nach Anzahl durchgeführter Kniearthroskopien (standardisiert)	151
Tabelle 38: Zeitversetzte Einbindung der Qualitätsindikatoren in die Berechnung des Qualitätsindex-ASK	151
Tabelle 39: Möglicher Zeitplan bis zur regelhaften Umsetzung des QS-Verfahrens	157

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alters- und geschlechtsstandardisierte Arthroscopien am Kniegelenk (Indexjahr 2009).....	50
Abbildung 2: Versorgungspfad zur Arthroskopie am Kniegelenk mit den ermittelten Potenzialen zur Qualitätsverbesserung und -sicherung	58
Abbildung 3: Erhebungskonzept des QS-Verfahrens Arthroskopie am Kniegelenk	61
Abbildung 4: Überblick über die Ergebnisse des gesamten Rechercheprozesses.....	66
Abbildung 5: Versorgungspfad mit allen ermittelten Indikatoren vor Bewertungsrunde 1	69
Abbildung 6: Versorgungspfad mit abgestimmten Indikatoren nach Bewertungsrunde 2.....	117
Abbildung 7: QS-Filter zur Selektion von Daten nach §299 SGB V.....	122
Abbildung 8: Elemente der Externen Begutachtung	129
Abbildung 9: Exemplarische Darstellung der Zeitpunkte der Datenlieferung sowie der möglichen Berichterstellung für die Indikatoren mit einem FU ≤ 90 Tage	159

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGA	Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie
AOP	Ambulantes Operieren gemäß AOP-Katalog bzw. AOP-Vertrag
AQS	Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen
ASK	Arthroskopie am Kniegelenk
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAO	Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.
BAS	Bundesauswertungsstelle
BDC	Bundesverband der Deutschen Chirurgen e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BVASK	Berufsverband für Arthroskopie e.V.
BVOU	Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DBR	Deutscher Behindertenrat
DGOOC	Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DL	Datenlieferung
DRL	Deutsche Rheuma-Liga
DV	Dachverband
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
EB	Externe Begutachtung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EJ	Erfassungsjahr
Embase	Excerpta Medica Database
FU	Follow-up
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-I-N	Guidelines International Network

Abkürzung	Beschreibung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ID	Identifikationsnummer
IK	Institutionskennzeichen
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IQM	Initiative Qualitätsmedizin e.V.
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
IT	Informationstechnologie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz: Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
KM 6	Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung
KOOS	Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
LVNo	Landesverband Nordrhein
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Medline	Bibliografische Datenbank der National Library of Medicine
MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
O/E	Observed/Expected
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PB	Patientenbefragung
PCI	Perkutane Koronarintervention
pdf	portable document format
PID	Patientenidentifizierende Daten
QBA-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
Qesü-RL	Richtlinie des G-BA gemäß § 137 Abs.1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement

Abkürzung	Beschreibung
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des G-BA gemäß §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
RA	Risikoadjustierung
RAM	RAND Appropriateness Method
RAND	Research and Development (Rand Health, USA)
RCT	Randomized controlled trial
SGB	Sozialgesetzbuch
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SozD	Sozialdaten bei den Krankenkassen
SQG	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
TB	Themenspezifische Bestimmung
VLOU	Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
XML	Extensible Markup Language
ZB	Zwischenbericht

Kurzfassung

Hintergrund

Die Arthroskopie am Kniegelenk ist ein minimal-invasiver chirurgischer Eingriff, bei dem der Gelenkinnenraum des Kniegelenks mittels einer in das Gelenk eingeführten Kamera und ggf. zusätzlicher Instrumente untersucht wird. Grundsätzlich kann zwischen einer diagnostischen und einer therapeutischen Arthroskopie unterschieden werden.

Der Durchführung einer Arthroskopie am Kniegelenk können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Sowohl bei degenerativen als auch bei traumatischen Erkrankungen kann eine Kniearthroskopie indiziert sein. Zu den häufigsten arthroskopisch behandelten Krankheitsbildern zählen traumatisch und degenerativ bedingte Meniskuläsionen, Arthrosen des Kniegelenks (Gonarthrose) und Läsionen oder Abrisse des vorderen bzw. hinteren Kreuzbandes.

In Deutschland werden jährlich insgesamt mehr als 413.000 Arthroskopien am Kniegelenk ambulant oder stationär durchgeführt.

Auftrag und Zielsetzung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) mit Schreiben vom 21. März 2013 mit der Entwicklung eines sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zur *Arthroskopie am Kniegelenk* beauftragt. Der Auftrag schließt an den gleichnamigen Entwicklungsbericht vom 23. Dezember 2011 an.

Zielsetzung des zu entwickelnden QS-Verfahrens sind die Sicherstellung und Verbesserung der Behandlungsqualität hinsichtlich der Indikationsstellung und Entscheidungsfindung. Im Fokus stehen außerdem die Ergebnisqualität sowie die Vermeidung von Komplikationen. Die zu entwickelnden Indikatoren und Instrumente sollen zielgerichtet auf die Messung, vergleichende Darstellung und Förderung der Qualität ausgerichtet sein.

Für die Neuausrichtung des QS-Verfahrens hält der G-BA wesentliche Änderungen bezüglich der Erhebungsinstrumente für notwendig. Um einen erhöhten, QS-bezogenen Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern zu vermeiden, sollen Routinedaten, genauer die seit 2012 für die Qualitätssicherung verfügbaren Daten gemäß §299 SGB V (im Weiteren: Sozialdaten bei den Krankenkassen), zur Abbildung von Qualitätsindikatoren genutzt werden. Parallel wurde die Entwicklung eines verfahrensspezifischen Instruments zur Patientenbefragung gesondert beauftragt, welches aber als integraler Bestandteil der Entwicklung des vorliegenden QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* angesehen wird.¹ Darüber hinaus soll ein neues Instrument mit dem Titel „Externe Begutachtung“ entwickelt werden, über das weitere qualitätsrelevante Aspekte abgebildet und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung eingeleitet werden sollen.

Methoden

An der Entwicklung des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* waren sowohl ärztliche und gesundheitswissenschaftliche Mitarbeiter des AQUA-Instituts als auch externe Sachverständige mit themenspezifischer Expertise sowie Patientenvertreter beteiligt.

Die Methodik zur Ermittlung geeigneter Qualitätsindikatoren beinhaltete im Rahmen der Themerschließung zunächst eine Definition von Potenzialen zur Qualitätsverbesserung und -sicherung sowie die Erstellung eines Versorgungspfades, der als Arbeitsgrundlage für die weitere Themenbearbeitung diente. Auf Grundlage der verfügbaren Erhebungsinstrumente (Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung) wurde eine Abschätzung der Abbildbarkeit der definierten Qualitätspotenziale vorgenommen. Anhand der von Krankenkassen für die Entwicklung erhaltenen anonymisierten Daten wurde im Rahmen der empirischen Prüfung die Nutz-

¹ Aufgrund der separaten Beauftragung werden die Entwicklungen zur Patientenbefragung in einem separaten Vorbericht (Februar 2015) dargestellt, an den sich ein gesondertes Stellungsverfahren anschließt. Der Abschlussbericht wird dem G-BA im Juni 2015 vorgelegt.

barkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Abbildung der Qualitätspotenziale geprüft. Darüber hinaus wurde geprüft, welche Qualitätspotenziale über eine Patientenbefragung abgebildet werden können.

Die durchgeführte Indikatorenrecherche bestand aus einer systematischen Literaturrecherche und einer Recherche in den Datenbeständen internationaler Portale und Agenturen, die Qualitätsindikatoren veröffentlichen. Auf Basis dieser Recherchen wurden im weiteren Prozess die relevanten Quellen ausgewählt, die Daten extrahiert und ein vorläufiges Indikatorenregister aufgebaut.

Die mit dieser Vorgehensweise ermittelten und aufbereiteten Indikatoren bildeten die Grundlage für die formalisierte Entscheidungsfindung im Rahmen eines Expertenpanels, das nach vorab definierten Kriterien zusammengestellt wurde. Mit dem methodischen Kernelement zur Auswahl und Bewertung von Indikatoren, dem RAM-Prozess, wurden im Rahmen des Panels alle identifizierten Indikatoren hinsichtlich Relevanz, Klarheit und Verständlichkeit sowie Praktikabilität/Umsetzbarkeit bewertet. Zusätzlich erfolgte eine erste Einschätzung, ob die Indikatoren für eine einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet sind.

Verfahrensablauf

Alle in der Methodik vorgesehenen Arbeitsschritte wurden in der Zeitspanne vom 21. März 2013 bis zum 24. März 2014 durchgeführt. Nach Abgabe des vorliegenden Vorberichts und der Durchführung des achtwöchigen Stellungnahmeverfahrens wird der Abschlussbericht am 14. Juli 2014 an den G-BA übergeben werden.

Ergebnisse

Auf Basis der Versorgungsanalysen im Rahmen der Themerschließung ergeben sich Potenziale für Qualitätsverbesserung und -sicherung bei der präoperativen Diagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie hinsichtlich der Durchführung der Arthroskopie und der Nachbehandlung. Darüber hinaus sind die patientenrelevanten Endpunkte „Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung/Wiederherstellung der Kniefunktion“, „Vermeidung von Folgeeingriffen“ und „Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen“ von besonderer Bedeutung.

Zur Abbildung der Indikationsqualität sowie qualitätsrelevanter Prozesse und Ergebnisse sind auftragsgemäß die Erhebungsinstrumente „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ und „Patientenbefragung“ vorgesehen. Auf Basis eines OPS-, ICD- und GOP-bezogenen QS-Filters sollen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen die Daten derjenigen Patienten erfasst werden, die einen arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk erhalten haben. Zur Abbildung der Patientenperspektive ist eine Patientenbefragung vorgesehen. Eine zufallsbezogene Stichprobe von Patienten, die einen arthroskopischen Eingriff am Knie erhalten haben, soll hinsichtlich der Indikationsqualität und qualitätsrelevanter Prozesse und Ergebnisse bzgl. der Arthroskopie am Kniegelenk befragt werden.

Auf Grundlage der Recherche der wissenschaftlichen Literatur und bestehender Indikatordatenbanken, der empirischen Prüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie durch Ableitung aus bestehenden Befragungsinstrumenten zur Patientenbefragung wurden insgesamt 32 für das Verfahren relevante Indikatoren entwickelt und in einem vorläufigen Indikatorenregister zusammengestellt. Am Ende des RAM-Prozesses wurden 22 Indikatoren von den Panelteilnehmern als relevant und praktikabel konsentiert. Alle 22 Indikatoren des abgestimmten Indikatorensets werden vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlen. Für 10 Indikatoren ist eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. 12 Indikatoren sollen über die Patientenbefragung erhoben werden.

Im abgestimmten Indikatorenset bilden insgesamt 13 Indikatoren die definierten patientenrelevanten Endpunkte ab. 4 Indikatoren bilden die „Verringerung der Kniebeschwerden und die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion“ ab. Die Folgeeingriffe werden ebenfalls von 4 Indikatoren, die intra- und postoperativen Komplikationen von insgesamt 5 Indikatoren adressiert. Darüber hinaus fokussieren 2 Indikatoren die präoperative Diagnostik, 1 Indikator das Vorliegen von Kriterien für eine Indikation und 3 Indikatoren die Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung. 1 Indikator befasst sich mit der Durchführung der Arthroskopie. Das definierte Qualitätspotenzial der „Nachbehandlung“ wird zudem durch 2 Indikatoren erfasst.

Alle 22 Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragung werden in einem Gesamtindex berechnet. Das vorrangige Ziel der Indexbildung im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* besteht darin, die Unterscheidungsfähigkeit (Diskriminationsfähigkeit) der Ergebnisse der unterschiedlichen Einrichtungen zu verbessern. Zudem soll der Index dazu dienen, zielgenau Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen identifizieren zu können, die anschließend im Rahmen der Externen Begutachtung näher betrachtet werden.

Mit dem Instrument der Externen Begutachtung sollen relevante medizinische Aspekte (v.a. Indikations- und Prozessqualität), die nicht ausreichend über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Patientenbefragung abgebildet werden können, auf Basis der ärztlichen Primärdokumentation stichprobenartig analysiert werden. Ein weiteres Ziel der Externen Begutachtung besteht in der Qualitätsförderung.

Das im vorliegenden Bericht vorgeschlagene Instrument setzt sich aus vier Elementen zusammen. Das erste Element bilden die Ergebnisse der Einrichtung aus der Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragung. Das zweite Element ist eine diesbezügliche Selbsteinschätzung des Leistungserbringers. Alle Leistungserbringer mit einem auffälligen Indexergebnis werden um eine Selbsteinschätzung gebeten. In dieser sollen sie darlegen, wie sie die aufgezeigten Auffälligkeiten interpretieren (Selbst-/Fehleranalyse) und Vorschläge einbringen, wie sie ihre Qualität mithilfe konkreter Qualitätsmaßnahmen und -projekten verbessern wollen. Das dritte Element stellt die Prüfung der Indikations- und Prozessqualität anhand von Auszügen aus pseudonymisierten Patientenakten dar. Das vierte abschließende Element wird von einem kollegialen Gespräch zwischen Vertretern der Einrichtung und den externen Begutachtern gebildet. Hierbei werden konsentrierte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung in einer Zielvereinbarung festgeschrieben. Mit diesem Element werden von der Qualitätssicherung konkrete Verbesserungsansätze erfasst, die in aggregierter Form allen Leistungserbringern vermittelt werden können und so eine breitere, nachhaltigere Wirkung entfalten können.

Planung der Umsetzung und Empfehlungen

Nach Abschluss der Entwicklungsphase empfiehlt das AQUA-Institut bis zum Regelbetrieb eine umfassende Erprobung der vorgesehenen (Erhebungs-)Instrumente. Hinsichtlich der Sozialdaten bei den Krankenkassen gilt es, die Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Datenflüsse zu schaffen bzw. zu erproben. Die datenflusstechnischen und strukturellen Voraussetzungen für den Regelbetrieb mit Sozialdaten bei den Krankenkassen werden in derzeitigen bzw. in bevorstehenden separaten Projekten geschaffen. Darüber hinaus sollten Risikoadjustierungsmodelle für die Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen entwickelt werden.

Im Rahmen des separaten G-BA-Auftrags zur Entwicklung der Patientenbefragung wurde bereits die statistische und psychometrische Validierung des Patientenfragebogens mit beauftragt. Die Validierungsstudie befindet sich derzeit in Bearbeitung. Die grundlegenden strukturellen Rahmenbedingungen für die Patientenbefragung (Datenfluss, Zufallsstichprobenziehung etc.) müssen vom G-BA noch geschaffen werden. Für den vorgesehenen Qualitätsindex-ASK wird vom AQUA-Institut eine vergleichende Evaluierung – auf Basis der ersten kompletten Daten des ersten Regelbetriebsjahres – empfohlen. Für das Instrument der Externen Begutachtung sollte eine Machbarkeitsprüfung erfolgen.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Die Arthroskopie am Kniegelenk ist ein minimal-invasiver chirurgischer Eingriff, bei dem der Gelenkinnenraum des Kniegelenks unter Einsatz eines Arthroskops untersucht wird. Grundsätzlich kann zwischen einer diagnostischen und einer therapeutischen Arthroskopie unterschieden werden.

Der Durchführung einer Arthroskopie am Kniegelenk können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Sowohl bei degenerativen als auch traumatischen Erkrankungen kann eine Kniearthroskopie indiziert sein. Zu den häufigsten Krankheitsbildern, aufgrund derer arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk durchgeführt werden, gehören:

- Traumatisch und degenerativ bedingte Meniskusläsionen,
- Arthrosen des Kniegelenks (Gonarthrosen) und
- Rupturen des vorderen Kreuzbandes.

In Deutschland werden jährlich mehr als 413.000 Arthroskopien am Kniegelenk durchgeführt². Der arthroskopische Eingriff wird sowohl ambulant beim Vertragsarzt, ambulant am Krankenhaus (§ 115b SGB V) sowie belegärztlich und vollstationär im Krankenhaus durchgeführt.

Bereits am 11. November 2010 hatte der G-BA ein QS-Verfahren zur *Arthroskopie am Kniegelenk* beauftragt. Hintergrund für die Beauftragung waren Hinweise auf bestehende Qualitätsdefizite hinsichtlich der Indikationsstellung einer Arthroskopie am Kniegelenk sowie der Prozess- und Ergebnisqualität. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse der auf Basis der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (gemäß § 136 Abs. 2 SGB V (G-BA 2010) durchgeführten Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bezüglich der Indikationsstellung und Durchführung der Arthroskopie am Kniegelenk ein Verbesserungspotenzial (KBV 2011). Darüber hinaus konnten Hinweise auf Mängel in der Durchführungs- und Dokumentationsqualität bei einer Kniearthroskopie aufgezeigt werden (Walter 2011)³. Der entsprechende Entwicklungsbericht zur *Arthroskopie am Kniegelenk*, inkl. eines abgestimmten Indikatorensets zur Erfassung der Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität, wurde vom AQUA-Institut am 23. Dezember 2011 eingereicht und am 16. Februar 2012 vom G-BA abgenommen.

Der Auftrag vom 21. März 2013 schließt nun an den gleichnamigen Entwicklungsbericht von Dezember 2011 an.

Grund der aktuellen Beauftragung von Entwicklungen für ein QS-Verfahren zur *Arthroskopie am Kniegelenk* waren relevante Einschränkungen, die im vorausgegangenen Abschlussbericht für eine Umsetzung des entwickelten Indikatorensets aufgezeigt wurden. In Bezug auf das gesamte Indikatorenset wurde festgestellt, dass die notwendige Dokumentation sowohl bei den Leistungserbringern im ambulanten als auch im stationären Bereich nur mit einem hohen Aufwand umsetzbar ist. Darüber hinaus konnte ein zentrales Ziel des angestrebten QS-Verfahrens – die Messung der Indikationsqualität – über die verfügbaren Erhebungsinstrumente (z.B. (fallbezogene) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer) nicht zufriedenstellend erreicht werden.

² Gemäß G-DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes und Abrechnungsstatistik der KBV

³ Ergebnis einer KBV-internen Umfrage (Die Angaben beruhen auf der Einschätzung von Beteiligten, nicht auf einer systematischen Erfassung der Mängel.)

1.2. Auftrag durch den G-BA

Mit Schreiben vom 21. März 2013 wurde das AQUA-Institut vom G-BA mit der Entwicklung eines sektoren- und einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur *Arthroskopie am Kniegelenk* beauftragt.

Zielsetzung des zu entwickelnden QS-Verfahrens sind die Sicherstellung und Verbesserung der Behandlungsqualität hinsichtlich der Indikationsstellung und Entscheidungsfindung. Im Fokus stehen außerdem die Ergebnisqualität sowie die Vermeidung von Komplikationen. Die zu entwickelnden Indikatoren und Instrumente sollen zielgerichtet auf die Messung, vergleichende Darstellung und Förderung der Qualität ausgerichtet sein.

Für die Neuausrichtung des QS-Verfahrens zur *Arthroskopie am Kniegelenk* hält der G-BA folgende wesentliche (Weiter-)Entwicklungen für notwendig:

- Um zusätzliche Dokumentationsaufwände für Leistungserbringer zu vermeiden, sollen die Daten gemäß §299 Abs. 1a SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) als eine Datenquelle für Qualitätsindikatoren verwendet werden. Eine direkte Datenerhebung beim Leistungserbringer soll ausgeschlossen sein.
- Darüber hinaus wurde die Entwicklung eines verfahrensspezifischen Instrumentes zur Patientenbefragung beauftragt (gesonderter Auftrag).
- Auf Basis der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragung sollen „Auffälligkeitsindizes“ entwickelt werden, die Hinweise auf die zentralen Qualitätsprobleme der Indikationsstellung und des Behandlungsergebnisses geben. Diese Indizes sollen als Auslöser für das Instrument der sogenannten „Externen Begutachtung“ dienen.
- Ein neues Instrument „Externe Begutachtung“ soll entwickelt werden. Über dieses Instrument sollen Maßnahmen der Qualitätsverbesserung und -förderung eingeleitet werden können. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse für eine mögliche generische Anwendung des Instrumentes zusammengestellt werden.

Die Beauftragung zur Entwicklung des Instrumentes zur Patientenbefragung erfolgte in einem separaten Beschluss – ebenfalls am 21. März 2013. Das AQUA-Institut wurde beauftragt, Instrumente zur Abbildung der Patientenperspektive (Behandlungserfahrung und -ergebnisse aus Sicht der Patienten) für das QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* zu erarbeiten.

Ziel ist es, eine verfahrensspezifische Patientenbefragung zu entwickeln, um für einen Einrichtungsvergleich geeignete Indikatoren zur Abbildung der patientenbezogenen Ergebnisqualität (patient reported outcome) und relevante Aspekte der Prozessqualität zu erfassen. Die Entwicklung der Patientenbefragung ist dabei integraler Baustein der beauftragten Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk*.

Der Entwicklungsprozess zur Patientenbefragung wird in einem separaten Bericht dargestellt. Zu diesem erfolgt ein gesondertes Stellungnahmeverfahren ab Februar 2015. Der Abschlussbericht wird im Juni 2015 an den G-BA übergeben.

1.3. Projektierung

1.3.1. Projektteam

Die Entwicklung des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* wurde im AQUA-Institut von einem Projektteam mit insgesamt fünf Mitarbeitern betreut. Das Projektteam setzt sich wie folgt zusammen:

- drei Gesundheitswissenschaftler (davon die Projektleitung)
- ein Arzt (medizinischer Berater)
- ein biowissenschaftlicher Dipl. Dokumentar

1.3.2. Zeitplan

Die nachfolgende Tabelle gibt einen zeitlichen Überblick über die Entwicklungsschritte im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk*. Die gesamte Verfahrensentwicklung – von der Beauftragung durch den G-BA bis zur Abgabe des Abschlussberichts durch das AQUA-Institut – erstreckt sich über den Zeitraum von März 2013 bis Juli 2014.

Tabelle 1: Zeitplan der Verfahrensentwicklung

Arbeitsschritt	Termin
Beauftragung durch den G-BA	21. März 2013
Themerschließung	
Evidenzrecherche (HTA, Systematische Reviews, Leitlinien)	April 2013
Indikatorenrecherche/-register	
Indikatoren- und Literaturrecherche	April bis Mai 2013
Empirische Prüfung anhand anonymisierter Daten von Krankenkassen	Juni bis Oktober 2013
Erstellung des Indikatorenregisters	Juni bis Oktober 2013
Panelverfahren	
Auftaktveranstaltung	16. Oktober 2013
Bewertungsrunde 1	17. Oktober 2013 bis 6. November 2013
Paneltreffen im Rahmen der Bewertungsrunde 1	13. November 2013
Bewertungsrunde 2	18. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014
Paneltreffen im Rahmen der Bewertungsrunde 2	29. Januar 2014
Berichte und Stellungnahmeverfahren	
Abgabe des Vorberichts	24. März 2014
Stellungnahmeverfahren	25. März bis 19. Mai 2014
Abgabe des Abschlussberichts	14. Juli 2014
Veröffentlichung des Abschlussberichts	Nach Freigabe durch den G-BA

2. Themerschließung

Grundlage jeder Indikatorenentwicklung ist eine Themerschließung mit dem Ziel, die medizinischen Versorgungsaspekte, die themenspezifischen Rahmenbedingungen und die Qualitätspotenziale/-ziele zu ermitteln sowie grundlegende Aspekte zur Umsetzbarkeit eines zukünftigen QS-Verfahrens zu diskutieren.

Um einen Überblick über den evidenzbasierten Wissensstand zum Thema zu gewinnen, wurde nach entsprechenden Quellen bei Health Technology Assessment (HTA)-Agenturen recherchiert. Die Suche nach nationalen HTAs der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) erfolgte über das Portal des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale HTAs wurden zudem in der Datenbank des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) recherchiert. Insgesamt wurden 9 relevante Dokumente ermittelt. Für die händische Suche nach aggregierter Evidenz wurde auf die Cochrane Database of Systematic Reviews zurückgegriffen. Insgesamt konnten 6 relevante systematische Übersichtsarbeiten ermittelt werden.

Die Leitlinienrecherche wurde in den Metadatenbanken des Guideline International Network (G.I.N) des Leitlinien-Informations- und Recherchedienstes des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (www.leitlinien.de) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) durchgeführt. Insgesamt konnten 14 potenziell relevante Leitlinien (davon 2 deutsche Leitlinien) ermittelt werden.

2.1. Versorgungsaspekte

2.1.1. Intervention und Population

Die Arthroskopie des Kniegelenks ist ein minimal-invasives Verfahren, mit dem die bildgebende Untersuchung und ggf. chirurgische Behandlung des Knieinnenraums erfolgt. Die Darstellung des Kniegelenks erfolgt durch ein spezielles Endoskop, das Arthroskop, das durch einen kleinen Hautschnitt in das Gelenk eingeführt wird. Am Ende des Arthroskops ist eine Videokamera angebracht, die das Bild auf einen Monitor überträgt. Über weitere Zugänge können verschiedene Instrumente, wie Tasthäkchen oder ggf. mikrochirurgische Instrumente, in das Gelenk eingeführt werden, mit denen Eingriffe an den unterschiedlichen Strukturen des untersuchten Gelenks durchgeführt werden können (Kohn et al. 2009).

Bei der diagnostischen Arthroskopie erfolgt kein chirurgischer Eingriff an den Gelenkstrukturen, sondern nur die umfassende Begutachtung der Strukturen mit dem Ziel, eine Diagnose als Grundlage für weitere Therapieentscheidungen zu stellen. Im Rahmen einer therapeutischen Arthroskopie werden chirurgische Eingriffe an den Kniegelenkstrukturen durchgeführt. Dabei werden resektive von rekonstruktiven Eingriffen unterschieden (Höher 2005). Resektive Eingriffe umfassen alle Operationen, bei denen störendes oder erkranktes Gewebe aus dem Kniegelenk entfernt wird. Unter die rekonstruktiven Eingriffe fallen alle Operationen, bei denen defektes Gewebe ersetzt oder genäht wird. In Tabelle 2 sind die häufigsten arthroskopischen Eingriffe differenziert nach resektiven und rekonstruktiven Maßnahmen aufgelistet.

Eine alleinige diagnostische Arthroskopie ohne die Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffs ist heutzutage nur noch selten indiziert, da mit der Magnetresonanztomographie (MRT) eine nicht-invasive Methode mit vergleichbarer diagnostischer Aussagefähigkeit zur Verfügung steht. Internationale Leitlinien empfehlen, anstelle einer diagnostischen Arthroskopie i.d.R. eine MRT durchzuführen (NGC 2011b; ASERNIP-S 2008; NZGG 2003). Bei erheblichen Kniebeschwerden, die trotz klinischer und bildgebender Diagnostik nicht erklärbar sind, oder wenn eine MRT nicht anwendbar ist, kann die Indikation zur diagnostischen Arthroskopie jedoch gegeben sein. Indiziert ist eine diagnostische Arthroskopie außerdem zur Kontrolle im Rahmen einer Osteosynthese, oder wenn die differenzierte Beurteilung eines Knorpelschadens für die weitere Therapieplanung von Bedeutung ist (NGC 2011b; Von Engelhardt et al. 2010; ASERNIP-S 2008; Crawford et al. 2007; Robb et al. 2007; Spahn et al. 2007; Holland 2006; NZGG 2003).

Tabelle 2: Arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk

resektive Eingriffe	rekonstruktive Eingriffe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meniskusteilresektion ▪ Knorpelglättung ▪ Partielle Synovektomie (Abtragung von erkrankter Gelenkinnenhaut) ▪ Lavage (Gelenkspülung) ▪ Resektion einer Plica Synovialis (Entfernung einer Falte der Gelenkinnenhaut) ▪ Resektion an einem Fettkörper ▪ Exzision von erkranktem Knorpelgewebe ▪ Entfernen freier Gelenkkörper 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plastik des vorderen Kreuzbands ▪ Mikrofrakturierung, Pridie-Bohrung (knochenstimulierenden Techniken zur Anregung einer Knorpelneuerung) ▪ Meniskusrefixation (Meniskusnaht)

Laut Abrechnungsstatistik der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wurden im Jahr 2012 rund 193.000 Arthroskopien am Kniegelenk im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet, wovon ca. 181.000 Eingriffe ambulant erfolgten. Etwa 12.000 der im vertragsärztlichen Bereich abgerechneten Kniearthroskopien fanden innerhalb von belegärztlichen Behandlungen stationär statt. Gemäß der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (G-DRG-Statistik) wurden im Rahmen vollstationär erbrachter und über Fallpauschalen abgerechneter Leistungen im Jahr 2012 etwa 232.000 Arthroskopien am Kniegelenk dokumentiert, wobei in dieser Summe auch Eingriffe, die im Rahmen belegärztlicher Leistungen durchgeführt wurden, enthalten sind. Zu den nach §115b SGB V ambulant im Krankenhaus und den im Rahmen von Selektivverträgen durchgeführten Arthroskopien sind derzeit keine entsprechenden Daten verfügbar. Auf Grundlage der vorliegenden Zahlen ist also davon auszugehen, dass jährlich insgesamt mehr als 413.000 Arthroskopien am Kniegelenk in Deutschland durchgeführt werden.

Eine Arthroskopie am Kniegelenk wird heutzutage bei einer Reihe verschiedener Kniegelenkserkrankungen durchgeführt. Aus Tabelle 3 und Tabelle 4 lassen sich Informationen zu den häufigsten Diagnosen bei Fällen mit Arthroskopie am Kniegelenk entnehmen. Grundlagen sind auch hier die G-DRG-Statistik, aus der sich Zahlen zu den vollstationär durchgeführten Operationen – einschließlich belegärztlicher Operationen – entnehmen lassen (Tabelle 3), sowie die Abrechnungsstatistik der KBV mit Informationen zu den vertragsärztlich abgerechneten Arthroskopien. Die Daten in Tabelle 4 beziehen sich ausschließlich auf ambulant durchgeführte Leistungen. Es ist zu beachten, dass die für den stationären und die für den vertragsärztlich-ambulanten Bereich dargestellten Zahlen aufgrund unterschiedlicher Vorgaben für die Kodierung nicht direkt miteinander verglichen werden können. In den Kodierregeln für den stationären Bereich sind Haupt- und Nebendiagnosen definiert, wobei die Hauptdiagnose als die führende Diagnose in der Regel pro Behandlungsfall nur einmal angegeben wird. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass eine stationär durchgeführte Arthroskopie in der G-DRG-Statistik (Tabelle 3) nur einmal, in Form einer Hauptdiagnose, aufgeführt ist. Im vertragsärztlich-ambulanten Bereich wird hingegen nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnose unterschieden. Da pro Behandlungsfall im Quartal mehrere Diagnosen kodiert werden können, kann eine ambulant durchgeführte Arthroskopie in den Zahlen der Tabelle 4 mehrfach durch verschiedene Diagnosen abgebildet sein. Eine Aufsummierung der hier dargestellten Zahlen lässt deshalb keinen Schluss auf die Anzahl Arthroskopien im vertragsärztlich-ambulanten Bereich zu. Zudem ist zu beachten, dass es sich bei den in Tabelle 4 aufgeführten Diagnosen nicht immer um die behandlungsführende Diagnose handelt. Neben Diagnosen, welche die Indikation für die Arthroskopie darstellen, können in der Tabelle auch Diagnosen aufgeführt sein, die mit der Indikation zum Eingriff nicht direkt zusammenhängen.

Tabelle 3: Die 15 häufigsten Hauptdiagnosen bei vollstationär behandelten Fällen mit Kniearthroskopie 2012 (G-DRG-Statistik)

ICD-10 Diagnoseschlüssel	Bezeichnung der Diagnose	Anzahl Fälle (Hauptdiagnose)
Meniskusschädigungen		
M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	23.092
M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Meniskus	19.236
M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher be- zeichneter Teil des Innenmeniskus	12.919
S83.2	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bän- dern des Kniegelenkes: Meniskusriss, akut	9.606
M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonsti- ger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	8.966
M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher be- zeichneter Teil des Außenmeniskus	3.256
Gonarthrose		
M17.1	Gonarthrose: Sonstige primäre Gonarthrose	23.172
M17.9	Gonarthrose: Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	3.748
Kreuzbandschädigungen		
S83.53	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bän- dern des Kniegelenkes: Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des vorderen Kreuzbandes: Riss des vorderen Kreuz- bandes	30.347
M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	7.151
Weitere		
M94.26	Sonstige Knorpelkrankheiten: Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6.661
S83.0	Luxation der Patella	3.772
M22.0	Habituelle Luxation der Patella	3.580
M22.4	Chondromalacia patellae	3.430
M67.86	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Synovialis und der Seh- nen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	3.187

Tabelle 4: Die 15 häufigsten Diagnosen bei ambulant behandelten Fällen mit Kniearthroskopie, vertragsärztlicher Bereich, 2012 (Abrechnungsstatistik der KBV⁴)

ICD-10 Diagnoseschlüssel	Bezeichnung der Diagnose	Anzahl Fälle (Diagnose)
Meniskusschädigungen		
M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	64.958
M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	31.410
S83.2	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes: Meniskusriss, akut	30.099
M23.39	Sonstige Meniskusschädigungen: Nicht näher bezeichneter Meniskus	28.446
M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	19.896
M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Meniskus	11.363
M23.3-	Sonstige Meniskusschädigungen	10.746
Gonarthrose		
M17.9	Gonarthrose: Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	47.484
M17.1	Gonarthrose: Sonstige primäre Gonarthrose	23.915
Weitere		
M22.4	Krankheiten der Patella: Chondromalacia patellae	21.922
M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: N.n.b. Band oder n.n.b. Meniskus	21.417
M94.26	Sonstige Knorpelkrankheiten: Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	19.203
Z98.8	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff: Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen	14.873
M67.86	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Synovialis und der Sehnen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	11.419
M25.46	Gelenkerguss: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	9.266

Entsprechend der vorliegenden Zahlen ist eine Diagnose zur Meniskusschädigung die mit Abstand häufigste Hauptdiagnose, die in Verbindung mit einem stationär durchgeführten arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk kodiert wurde, gefolgt von Diagnosen zur Kreuzbandschädigung und Diagnosen zur Gonarthrose. Bei ambulant durchgeführten Arthroskopien werden häufig Diagnosen zur Meniskusschädigung und Diagnosen zur Gonarthrose im selben Quartal dokumentiert, in dem auch eine Arthroskopie durchgeführt wurde. Weitere häufige Diagnosen im ambulanten Bereich sind verschiedene Formen der Chondromalazie.

Im Folgenden werden Erkrankungsbilder, die häufig in Zusammenhang mit einer Arthroskopie stehen, ihre Diagnostik und arthroskopische Behandlung einschließlich der Kriterien zur Indikation für eine Arthroskopie beschrieben.

⁴ Auskunft der KBV vom 21. Februar 2014

Meniskusschädigungen

Erkrankungsbild

Meniskusläsionen werden nach ihrer Morphologie und Lokalisation sowie ihrer Entstehungsgeschichte unterschieden (Agneskirchner et al. 2004). Die häufigste Form von Meniskusschädigungen sind degenerativ bedingte Meniskusläsionen. Degenerative Veränderungen des Meniskus entstehen zumeist durch eine vorzeitige Alterung oder eine chronische Überbeanspruchung und einen erhöhten Verschleiß des Gewebes. Hierdurch kommt es zur fortschreitenden Gewebslockerung und Bildung von zunächst kleineren Rissen im Inneren des Meniskus, die sich zu größeren, degenerativen Veränderungen ausweiten können. Aufgrund der reduzierten Belastbarkeit können schließlich schon bei geringfügigen, ungünstigen Krafteinwirkungen auf das Kniegelenk, beispielsweise durch einen Fehltritt, komplette Meniskusrisse entstehen. Meniskusschädigungen auf Grundlage degenerativer Veränderungen treten vorwiegend bei älteren Patienten auf und sind i.d.R. gekennzeichnet durch komplexe Rissbildungen mit Zerkfaserung des Meniskusgewebes (Müller-Rath et al. 2011; Agneskirchner et al. 2004; Röseler et al. 1999).

Bei einem kleineren Teil der Meniskusläsionen liegt primär keine degenerative Veränderung, sondern eine Verletzung durch akute, erhebliche Krafteinwirkung zugrunde. Diese traumatisch bedingten Meniskusläsionen entstehen häufig bei Sportunfällen mit Verdrehungen des Kniegelenks und sind zumeist einfache und vertikal verlaufende Risse. Selten tritt eine traumatisch bedingte Meniskusläsion isoliert auf, oft liegen gleichzeitig Verletzungen eines oder mehrerer Kniebänder vor. Von akuten, traumatischen Meniskusverletzungen sind in der Regel jüngere und körperlich aktive Patienten betroffen (Agneskirchner et al. 2004; Röseler et al. 1999).

Diagnostik

Die Diagnostik von Meniskusläsionen erfolgt auf Grundlage der Anamnese und der klinischen Untersuchung sowie ggf. mithilfe bildgebender Verfahren. Anhaltspunkte für traumatisch bedingte, akute Meniskusläsionen geben häufig der Unfallmechanismus und das Auftreten eines Gelenkergusses. Ein typisches klinisches Zeichen für beide Formen von Meniskusschäden ist der Druckschmerz im Bereich des Gelenkspalts. Mithilfe verschiedener klinischer Tests, bei denen durch bestimmte Gelenkpositionen ein Schmerz über dem Gelenkspalt oder ein sogenanntes „Schnappphänomen“ provoziert wird, lassen sich Meniskusläsionen in vielen Fällen treffsicher diagnostizieren. Zu den gängigen klinischen Meniskustests zählen der Mc Murray-, Apley-Grinding-, Thessaly-, Ege- sowie der Steinmann-Test (Ockert et al. 2010; Solomon et al. 2001). Auch über eine MRT können Meniskusläsionen mit hoher Genauigkeit erkannt werden (Rayan et al. 2009; Schurz et al. 2008; KCE 2006; Bryan et al. 2004).

Arthroskopische Behandlung

Das Standardverfahren bei der arthroskopischen Behandlung von Meniskusläsionen ist die Entfernung des geschädigten Meniskusgewebes als sogenannte Meniskusteilresektion (Müller-Rath et al. 2011; Agneskirchner et al. 2004). Die Meniskusteilresektion ist das am häufigsten verwendete arthroskopische Verfahren. Laut G-DRG-Statistik wurde unter den im Jahr 2012 vollstationär behandelten Patienten insgesamt 129.601-mal eine Meniskusteilresektion durchgeführt. Vergleichsweise selten kann in speziellen Fällen von traumatisch bedingten Meniskusläsionen ein abgerissener Meniskusteil mittels sogenannter Meniskusrefixation wieder angenäht werden (Heckmann et al. 2006; Agneskirchner et al. 2004). Äußerst selten wird zur Behandlung von Patienten, bei denen kein intaktes Meniskusgewebe mehr vorhanden ist, ein Ersatz des Meniskusgewebes als Meniskus-Transplantation durchgeführt (Heckmann et al. 2006; Agneskirchner et al. 2004).

Indikation zur Arthroskopie

Die Indikation zur Arthroskopie bei degenerativ bedingten Meniskusläsionen ist in erster Linie abhängig von dem klinischen oder bildgebenden Nachweis einer Läsion sowie den Beschwerden des Patienten. In der klinischen Untersuchung muss ein positiver klinischer Meniskustest vorliegen und/oder in der MRT muss eine Grad-3-Läsion des Meniskus (d.h. der Riss erreicht die Oberfläche des Meniskus) nachgewiesen sein. Wenn der Patient zusätzlich akute Gelenkblockierungen als Zeichen eines instabilen Risses aufweist, ist eine Arthroskopie unmittelbar indiziert. Liegen Kniegelenkbeschwerden ohne akute Blockierungen vor, deutet dies auf eine stabile Meniskusläsion hin, deren Beschwerden häufig bereits konservativ mittels Physiotherapie und medikamentösen Maßnahmen erfolgreich zu behandeln sind. Erst im Falle eines Versagens der konservativen Therapien ist ein arthroskopischer Eingriff, meist als Meniskusteilresektion, indiziert (Katz et al. 2013; Englund et al.

2012; NGC 2011a; Ockert et al. 2010; Beaufils et al. 2009; Herrlin et al. 2007; NZGG 2003; Röseler et al. 1999).

Auch traumatisch bedingte Meniskusläsionen müssen über klinische Tests oder in der MRT sicher nachgewiesen sein, bevor eine Arthroskopie erfolgt. Sofern bestimmte Voraussetzungen gegeben sind, sollte einer Meniskusrefixation der Vorzug vor einer -resektion gegeben werden. Eine Meniskusrefixation ist jedoch nur dann erfolgsversprechend, wenn sich die Läsion in der mit Blutgefäßen versorgten Zone nahe der Gelenkkapsel befindet. Insbesondere wird diese Methode bei jungen, aktiven Patienten empfohlen (Beaufils et al. 2009; Heckmann et al. 2006; Agneskirchner et al. 2004).

Kreuzbandläsionen

Erkrankungsbild

Das vordere und hintere Kreuzband gehören gemeinsam mit den Seitenbändern zum Bandapparat des Kniegelenks. Läsionen des vorderen Kreuzbands treten deutlich häufiger auf als die des hinteren und sind auch deutlich häufiger Anlass für eine Arthroskopie. Laut G-DRG-Statistik wurden im Jahr 2012 vollstationär 30.347 Arthroskopien bei einer Hauptdiagnose zum Riss des vorderen Kreuzbandes (ICD-Kode S83.53) durchgeführt. Nur 652 Arthroskopien erfolgten bei einer Hauptdiagnose zum Riss des hinteren Kreuzbandes (ICD-Kode S83.54). Ein Kreuzbandriss kann zu einer Instabilität des Kniegelenks und zu einer Beeinträchtigung der körperlichen Belastungsfähigkeit führen. Unbehandelte Kreuzbandläsionen können zudem langfristig zur Entwicklung einer posttraumatischen Gonarthrose beitragen, indem durch die chronische Instabilität des Kniegelenks Knorpelgewebe und Menisken geschädigt werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch nicht, dass durch eine Kreuzbandrekonstruktion die Entwicklung einer posttraumatischen Gonarthrose generell verhindert werden kann, denn durch den Unfall bedingte Knorpel- und Meniskusschäden können trotz Kreuzbandrekonstruktion zur Entwicklung einer posttraumatischen Gonarthrose führen (Teske et al. 2010; Petersen et al. 2009).

Wie traumatische Meniskusläsionen entstehen Läsionen des vorderen Kreuzbands am häufigsten durch Sportunfälle bei jüngeren, körperlich aktiven Patienten. Kreuzbandläsionen treten isoliert oder in Kombination mit weiteren Band-, Meniskus- oder Knorpelverletzungen auf (Teske et al. 2010; Petersen et al. 2009; DGU 2008).

Diagnostik

In der Anamnese berichten Betroffene häufig von einem Sturzereignis, bei dem sie ein Schnappen oder Reißen im Kniegelenk wahrgenommen haben. In der klinischen Untersuchung weist ein Hämarthros (blutiger Gelenkerguss) ebenfalls auf eine akute Kreuzbandläsion hin. Liegt das Trauma länger zurück, schildern Patienten typischerweise ein Instabilitätsgefühl im Gelenk, wiederkehrende Kniegelenkergüsse und Ereignisse, in denen das Gelenk plötzlich nachgibt oder wegnickt (Giving-Way-Phänomen). Empfohlene klinische Tests zur Diagnose einer vorderen Kreuzbandläsion sind der Lachman-Test, der vordere Schubladentest sowie der Pivot-Shift-Test, bei denen die Verschiebbarkeit des Unterschenkels bzw. des Schienbeins gegenüber dem Oberschenkel untersucht wird. Werden diese Tests in Kombination miteinander angewendet, kann eine hohe Sensitivität und Spezifität der Diagnostik erreicht werden (Meuffels et al. 2012; DGU 2008; Solomon et al. 2001).

In Ergänzung zu einem unsicheren klinischen Befund kann eine MRT dazu dienen, Verletzungen am Kreuzband zu bestätigen oder auszuschließen (NGC 2011a; Rayan et al. 2009; KCE 2006; Bryan et al. 2004). Besteht der Verdacht auf weitere Kniebinnenverletzungen, sollte eine MRT angewendet werden, um diese im Rahmen der Therapieentscheidungen berücksichtigen zu können (Navali et al. 2013; Meuffels et al. 2012; NGC 2011a; Ockert et al. 2010; Brand et al. 2009; ASERNIP-S 2008). Ergänzend sollte das Vorliegen von knöchernen Bandausrissen oder Frakturen über ein Röntgenbild überprüft werden (NGC 2011a; DGU 2008; Röseler et al. 1999).

Arthroskopische Behandlung

Das gerissene Kreuzband kann mittels eines arthroskopischen Eingriffs durch ein Transplantat ersetzt werden (Kreuzbandplastik). Als Transplantate werden heute in den meisten Fällen körpereigene Sehnen aus der Beinmuskulatur des Patienten eingesetzt. Die korrekte Anlage der Bohrkanäle, durch welche das Transplantat geführt wird, hat große Bedeutung für die gewünschte Positionierung des Transplantats im Gelenk und damit für den Erfolg der Operation. Insgesamt stellt die Rekonstruktion von Kreuzbändern ein technisch aufwendiges Verfahren dar (Teske et al. 2010; Petersen et al. 2009; Wagner et al. 2006). Da neben einer Kreuzbandläsion

auch weitere Kniebinnenverletzungen vorliegen können, werden parallel zur Kreuzbandplastik häufig auch Eingriffe an anderen Gelenkstrukturen durchgeführt. Am häufigsten betrifft dies Operationen am Meniskus.

Indikation zur Arthroskopie

Läsionen des vorderen Kreuzbandes können sowohl operativ als auch konservativ behandelt werden (Ageberg et al. 2013; Frobell et al. 2013; Linko et al. 2005). Die arthroskopische Kreuzbandersatzplastik gilt dann als indiziert, wenn eine deutliche objektive (d.h. durch den Untersucher festgestellte) Instabilität des Kniegelenks vorliegt, die sich in klinischen Tests nachweisen lässt. Bei Vorliegen von subjektiver (d.h. durch den Patienten empfundener) Instabilität im Sport oder im Alltag mit wiederkehrenden Gelenkschwellungen aufgrund des Wegknickens des Kniegelenks ist eine Arthroskopie ebenfalls mit voraussichtlich hohem Nutzen für den Patienten verbunden. Außerdem gilt eine Arthroskopie als sinnvoll, wenn bei komplexen Knieverletzungen zusätzlich eine Instabilität der Seitenbänder oder eine nahtfähige Meniskusläsion vorliegt. Liegen keine begleitenden Schädigungen des Kniegelenks und keine deutliche Instabilität vor, sollte die Entscheidung zur Arthroskopie von den individuellen Bedürfnissen des Patienten abhängig gemacht werden. Besteht eine Anforderung nach größerer Belastungsfähigkeit des Kniegelenks in Sport oder Beruf, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Patient von einer Arthroskopie profitieren wird (Meuffels et al. 2012; Pujol et al. 2012; NGC 2011a; Teske et al. 2010; Beaufils et al. 2009; DGU 2008).

Mit Ausnahme von Fällen, in denen eine Akutoperation erforderlich ist (z.B. bei osteochondraler Fraktur oder disloziertem nahtfähigem Meniskusriss), wird empfohlen, eine Kreuzbandrekonstruktion erst nach Abklingen der akuten Entzündungsphase durchzuführen. Das Knie sollte vollständig streckbar und weitgehend frei beugbar sein. Durch das Einhalten dieses Zeitraums werden die Risiken des Auftretens eines postoperativen Bewegungsdefizits sowie einer Thrombose reduziert (Meuffels et al. 2012; Beaufils et al. 2009; DGU 2008; Phelan et al. 2006).

Gonarthrose

Erkrankungsbild

Die Gonarthrose ist die häufigste Kniegelenkerkrankung und ist gekennzeichnet durch eine Erosion des Gelenkknorpels, die mit zunehmendem Schweregrad zu einer Schädigung tieferreichender Knorpelstrukturen bis in das Knochengewebe hinein führt. Mit fortschreitendem Verlust des Knorpelgewebes kommt es zu einer zunehmenden Gelenkspaltverschmälerung, Veränderungen der Gelenkinnenhaut, Verdichtung des Knochengewebes (subchondrale Sklerosierung) sowie zur Ausbildung von Knochenneubildungen (Osteophyten) an den Gelenkrändern. Die Ursachen für eine Gonarthrose sind vielfältig und können u.a. begründet sein durch:

- Überbeanspruchung, beispielsweise durch Sport, Beruf oder hohes Körpergewicht
- alters- und stoffwechselbedingte verringerte Belastbarkeit des Gewebes
- Instabilität des Kniegelenks
- Achsenfehlstellungen
- Folgezustände nach entzündlichen Gelenkerkrankungen
- Folgezustände nach traumatischen Verletzungen

Für den Patienten ist eine Gonarthrose zu Beginn der Erkrankung häufig mit kurzen Anlauf- und Belastungsschmerzen verbunden. Im weiteren Verlauf kommen belastungsabhängige Dauerschmerzen und bei fortgeschrittener Gonarthrose Ruheschmerzen, Schwellungen und Gelenkergüsse sowie Funktionseinschränkungen hinzu (Rehart et al. 2008; Müller-Hilke 2007; Fritz et al. 2006; Lehmann et al. 2004).

Diagnostik

Eine Gonarthrose lässt sich mit Hilfe klinischer und radiologischer Kriterien diagnostizieren. Neben den von den Patienten berichteten Symptomen sind klinisch festgestellte Vergrößerungen der Gelenkkontur, tastbare Osteophyten, pathologische Gelenkgeräusche, Achsabweichungen oder Gangbildstörungen Hinweise auf eine Gonarthrose. Mittels Röntgenbild kann eine Gonarthrose sicher diagnostiziert oder ausgeschlossen und ihr Schweregrad ermittelt werden. (Fritz et al. 2006; Lehmann et al. 2004).

Arthroskopische Behandlung

Arthroskopische Verfahren, die zur Behandlung einer Gonarthrose angewendet werden, sind die Lavage (Gelenkspülung) und das Débridement. Unter Lavage wird die gründliche Spülung des Gelenks mit physiologischer Kochsalzlösung verstanden, durch die frei im Gelenk liegende Partikel wie Knorpelreste, freie Gelenkinnenhaut, Zellreste und Kalziumkristalle aus dem Gelenk ausgespült werden sollen (Avouac et al. 2010; Campbell et al. 2010; Reichenbach et al. 2010). Das Débridement fasst alle Prozeduren zusammen, bei denen erkrankte oder störende Gewebeanteile entfernt werden. Hierunter fallen die Meniskusteilresektion, die Entfernung freier Gelenkkörper, das Abtragen von Osteophyten, die teilweise oder komplette Entfernung der Gelenkinnenhaut (partielle oder totale Synovektomie), die Entfernung einer Falte der Gelenkinnenhaut (Resektion einer Plica synovialis) sowie die Glättung von Knorpel- oder Meniskusgewebe (Stuart et al. 2006; Burkart et al. 2005).

Indikation zur Arthroskopie

Der therapeutische Nutzen von Lavage und Débridement zur Behandlung einer Gonarthrose ist umstritten. Sowohl systematische Übersichtsarbeiten als auch internationale Leitlinien geben an, dass die Durchführung einer Arthroskopie bei Gonarthrose dann sinnvoll ist, wenn die führenden Symptome des Patienten nicht primär auf die Gonarthrose zurückzuführen sind, sondern auf andere Kniebinnenschäden, die arthroskopisch behandelt werden können. Dies betrifft das Vorliegen eines instabilen Meniskusrisses oder eines freien Gelenkkörpers, deren Symptome sich in mechanischen Blockierungen des Kniegelenks zeigen. In diesen Fällen kann ein arthroskopischer Eingriff, als Meniskusteilresektion und/oder Entfernung eines Gelenkkörpers, zu einer Schmerzlinderung und zur Verbesserung der Kniefunktion beitragen (Avouac et al. 2010; Reichenbach et al. 2010; Zhang et al. 2010; AHRQ 2009; AAOS 2008; Laupattarakasem et al. 2008; MOH 2007; Samson et al. 2007; MAS 2005b; MAS 2005a).

Im Gegensatz hierzu vertreten verschiedene Autoren die Ansicht, dass Patienten mit Gonarthrose in definierten Fällen von einem arthroskopischen Débridement profitieren, sofern die Indikation differenziert nach spezifischen Kriterien wie z.B. Arthrosegrad, Vorliegen einer Beinachsenfehlstellung, Alter und Body Mass Index (BMI) des Patienten sowie vorausgegangenen konservativen Therapien gestellt werde (Stöhr et al. 2009; Dearing et al. 2008; Siparsky et al. 2007; Day 2005). In randomisiert kontrollierten Studien (RCT) konnten diese Annahmen bisher jedoch nicht bestätigt werden. Im Juli 2011 beauftragte der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung der therapeutischen Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose. Im Abschlussbericht zur Nutzenbewertung kommt das Institut zu dem Ergebnis, dass der Nutzen der therapeutischen Arthroskopie zur Behandlung einer Gonarthrose nicht belegt sei (IQWiG 2014). Grundlage der Bewertung waren randomisierte kontrollierte Studien zu arthroskopischen Eingriffen wie Lavage oder Débridement. Nicht eingeschlossen wurden Studien mit Patienten, bei denen „gravierende, primär nicht arthrotische Veränderungen an den Kniebinnenstrukturen (zum Beispiel Meniskusriss, freier Gelenkkörper) die Symptomatik dominierten“ (IQWiG 2014).

Als Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Gonarthrose empfehlen internationale Leitlinien insbesondere physiotherapeutische Maßnahmen sowie medikamentöse Behandlungen mit nicht-steroidalen Antirheumatika und ggf. Analgetika und Relaxantien. Außerdem werden Patientenschulungen, orthopädische Hilfsmittel, Nahrungsergänzungsmittel und ggf. Maßnahmen zur Gewichtsreduktion genannt. Des Weiteren können intraartikuläre Injektionen, beispielsweise mit Hyaluronsäure in Frage kommen. Als operative Verfahren sind u. U. die Umstellungsosteotomie sowie – im fortgeschrittenen Stadium der Gonarthrose – die Endoprothesenversorgung indiziert (NGC 2011b; Zhang et al. 2010; AAOS 2008; MOH 2007). Deutsche Leitlinien dazu wurden im Rahmen der Literaturrecherche nicht ermittelt.

Häufige weitere Erkrankungsbilder des Kniegelenkes

Während bei der Gonarthrose in der Regel ein degenerativer und zumeist generalisierter Verlust des Knorpelgewebes stattfindet, können Schädigungen des Knorpels auch in einem örtlich begrenzten Bereich, der von intaktem Knorpelgewebe umgeben ist, auftreten. Bei einer Chondromalazie liegt eine Knorpelerweichung vor, die zu Auffaserungen und Rissen des Knorpels bis hin zum vollständigen Verlust der Knorpelgelenkfläche führen kann. Auslöser einer Chondromalazie ist ein Missverhältnis zwischen Belastung und Belastbarkeit des Gelenks, das seine Ursache in Form- und Stellungsfehlern, Traumata oder besonderer sportlicher oder beruflicher Belastung haben kann (Kusma 2011). Als Osteochondrosis dissecans wird eine – meist im jugendlichen Alter

auftretende – aseptische Knochennekrose bezeichnet, bei der es zu Abstoßungen von Knorpel- oder Knorpel-Knochen-Fragmenten kommen kann. Die genauen Ursachen einer Osteochondrosis dissecans sind noch nicht geklärt. Beide Erkrankungsbilder werden heutzutage konservativ oder arthroskopisch behandelt (Kusma 2011; Jürgensen et al. 2002). Durch Chondromalazie oder Osteochondrosis dissecans verursachte, kleinere umschriebene Knorpelläsionen werden häufig mittels knochenstimulierenden Techniken wie der sogenannten Pridie-Bohrung oder einer Mikrofrakturierung behandelt. Diesen Techniken liegt eine subchondrale Knochenöffnung zugrunde: Durch Bohrungen in den knöchernen Markraum kommt es zur Einblutung in den Knorpeldefekt, wodurch verschiedene Wachstumsfaktoren in den Defekt eintreten, welche die Ausbildung eines Knorpelersatzgewebes anregen (Fritz et al. 2006; Resinger et al. 2004). Alternativ hierzu stellt die Knorpeltransplantation (autologe Chondrozytentransplantation) ein neues Verfahren zur Behandlung von auch großflächigeren Knorpelverletzungen dar. Zusätzlich zur Arthroskopie erfolgt hierbei eine offene Operation am Kniegelenk (Braun et al. 2007; Knutsen et al. 2007; Fritz et al. 2006).

Die rheumatische Synovitis ist eine weitere, nicht seltene Indikation für eine Arthroskopie am Kniegelenk. Hierbei handelt es sich um eine schmerzhafte Entzündung und Verdickung der Gelenkinnenhaut, die durch teilweise oder komplette Entfernung der Gelenkinnenhaut (partielle oder totale Synovektomie) behandelt wird (Carl et al. 2008).

2.1.2. Patientenrelevante Endpunkte

Ein wesentliches Ziel jeder Arthroskopie sollte der Nutzen für den Patienten sein. Dieser ist u.a. dann gegeben, wenn bei korrekter Indikationsstellung die für den Patienten wesentlichen Ergebnisse erreicht und Komplikationen vermieden werden. Ob dies erreicht werden kann, wird von verschiedenen Prozessen innerhalb der Versorgung beeinflusst. Im Hinblick auf mögliche Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung sind die relevanten Prozesse in Abschnitt 2.3 konkretisiert.

A – Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion

Zu den patientenrelevanten Endpunkten einer Arthroskopie am Kniegelenk gehören die Verringerung der Kniebeschwerden und die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion. Abhängig von der Art des arthroskopischen Eingriffs und der zugrundeliegenden Diagnose lassen sich unterschiedliche spezifische Kriterien formulieren. Als patientenrelevante Endpunkte einer Behandlung von degenerativen Kniegelenkserkrankungen (insbesondere degenerativ bedingte Meniskusschädigungen oder Gonarthrose) gelten (Sihvonen et al. 2013; Sihvonen et al. 2012; MAS 2005b; Roos et al. 2003; Röseler et al. 1999; Roos et al. 1998):

- Linderung der Häufigkeit und Intensität von Schmerzen
- Linderung des Auftretens von Schwellungen und Gelenkergüssen
- Beseitigung von Gelenkblockierungen
- Verbesserung der Kniebeweglichkeit
- Verbesserung der Belastungsfähigkeit des Kniegelenks
- Verbesserung der Lebensqualität in Bezug auf das Kniegelenk

Das Ziel einer Behandlung von degenerativen Kniegelenkserkrankungen besteht in erster Linie in der Linderung der Symptome und einer Verbesserung der Kniefunktion, da eine kausale Therapie und damit eine Heilung der chronischen Erkrankung nicht möglich ist.

Während die Schmerzlinderung bei den degenerativen Kniegelenkserkrankungen im Vordergrund steht, besteht das Behandlungsziel einer (traumatischen) Kreuzbandläsion primär in der Wiederherstellung der Stabilität und Belastungsfähigkeit des Kniegelenks. Langfristiges Ziel ist damit auch die Vermeidung instabilitätsbedingter Folgeschäden. Die patientenrelevanten Endpunkte einer Behandlung von Kreuzbandläsionen sind demnach (DGU 2008; Irrgang 2008; Mauro et al. 2008):

- Wiederherstellung der durch die Verletzung eingeschränkten Kniestabilität
- Wiederherstellung der Belastungsfähigkeit des Kniegelenks
- Wiederherstellung der Lebensqualität in Bezug auf das Kniegelenk
- Vermeidung instabilitätsbedingter Folgeschäden am Knorpel und den Menisken

Einen Sonderfall stellt die diagnostische Arthroskopie dar, die heutzutage nur noch dann angewendet werden sollte, wenn die präoperative Diagnostik, einschließlich MRT, ausgeschöpft ist (NGC 2011b; ASERNIP-S 2008; NZGG 2003). Das unmittelbare Ziel dieses Eingriffs ist es, zuverlässige und detaillierte Informationen zu den Knieinnenstrukturen des Patienten zu gewinnen, die im Rahmen andere präoperativer Maßnahmen nicht zu erhalten waren. Der Patient profitiert nur dann von diesem Eingriff, wenn die gewonnenen Informationen als Grundlage für richtungsweisende Therapieplanungen genutzt werden können und mit nicht-invasiven Methoden nicht zu erhalten waren. Unter Berücksichtigung des gesamten Behandlungsverlaufs gehören demnach auch bei einer diagnostischen Arthroskopie mittelbar die Verringerung der Kniebeschwerden und die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion zu den patientenrelevanten Endpunkten.

B – Vermeidung von Folgeeingriffen

Indirekt lässt sich der Erfolg einer Arthroskopie auch über die Notwendigkeit von Folgeeingriffen abbilden. Wenn ein Patient, bereits kurze Zeit nach der Arthroskopie eine erneute Arthroskopie mit dem gleichen Behandlungsziel benötigt, kann dies darauf hinweisen, dass er von der ersten Arthroskopie nicht profitiert hat. Der mangelnde Erfolg der ersten Arthroskopie kann in einer inadäquaten Indikationsstellung, einer fehlerhaften Durchführung des Eingriffs oder einer inadäquaten Nachbehandlung begründet sein. Aber auch die Indikationsstellung einer Wiederholungsarthroskopie muss hinterfragt werden.

Bei Patienten mit Kreuzbandplastik kann eine erneute Operation dann notwendig werden, wenn ein Versagen des Kreuzbandtransplantats auftritt. Dies kann u.a. auf eine Fehlplatzierung der Bohrkanäle, ein Versagen der Fixierung oder einer inadäquaten Rehabilitation zurückzuführen sein. Wechseloperationen eines Bandersatzes am Kniegelenk sind technisch sehr aufwendig und zeigen häufig ein schlechteres Ergebnis als primäre Kreuzbandoperationen (Mayr et al. 2012; Petersen et al. 2009; Phelan et al. 2006).

Bei einer Arthroskopie, die zur Behandlung einer Gonarthrose eingesetzt wird, besteht insbesondere bei jüngeren Patienten ein mittelbares Ziel darin, den Zeitpunkt für den Bedarf einer Knie-Endoprothese hinauszuzögern (Steadman et al. 2013; Johanson et al. 2011; Wai et al. 2002).

C – Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen

Die Arthroskopie stellt ein minimal-invasives Verfahren dar, mit dem jedoch, abhängig von der Art des Eingriffs, nicht unerhebliche Komplikationsrisiken verbunden sind. Auswertungen von mehr als 90.000 Kniearthroskopien auf Grundlage von Daten des American Board of Orthopaedic Surgery ergaben eine Gesamtrate von 4,7 % an intra- und postoperativen Komplikationen nach Arthroskopie am Kniegelenk. Mit 20,1 % war die Komplikationsrate bei Rekonstruktionen des hinteren Kreuzbands am höchsten, gefolgt von Rekonstruktionen des vorderen Kreuzbands mit einer Komplikationsrate von 9 %. Bei Meniskusteilresektionen traten gemäß den Ergebnissen der Studie in 2,8 % der Fälle Komplikationen auf (Salzler et al. 2013).

Zu den schwerwiegenden, und u.U. durch entsprechende Prophylaxe bzw. Vorsichtsmaßnahmen vermeidbaren postoperativen Komplikationen zählen Thrombosen, Embolien (Tucker et al. 2010), Wundinfektionen (Müller-Rath et al. 2010; Meyer et al. 2008) oder ein blutiger Gelenkerguss (Hämarthros) (Bohensky et al. 2013; Reigstad et al. 2006). Zu den schwerwiegenden, intraoperativen Komplikationen gehören ebenfalls Verletzungen von Knorpel, Knochen, Bändern sowie Nerven oder Gefäßen (Bernard 2006; Holland 2006; Safran et al. 2006).

Insbesondere im Rahmen eines arthroskopischen Ersatzes des Kreuzbandes können gravierende Komplikationen, wie Einschränkungen der Kniebeweglichkeit und die Entwicklung einer Arthrofibrose auftreten. Ursachen hierfür können beispielsweise ein zu früher Operationszeitpunkt oder inadäquate postoperative Maßnahmen sein (Mayr et al. 2012; Petersen et al. 2009; Phelan et al. 2006).

2.2. Rahmenbedingungen

2.2.1. Versorgungspolitischer Rahmen

Die Arthroskopie am Kniegelenk kann sowohl ambulant als auch, unter bestimmten Voraussetzungen, stationär durchgeführt werden. Im AOP-Katalog zum Vertrag über ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (§ 115b Abs. 1 SGB V) ist auch für die arthroskopischen Eingriffe am Kniegelenk definiert, welche der Eingriffe in der Regel ambulant erbracht werden sollen (Kategorie 1), und bei welchen Eingriffen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist (Kategorie 2). Darüber hinaus sind in der Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V Kriterien aufgeführt, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der Arthroskopie erforderlich sein kann.

Der genannte Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Mit dem Vertrag wird beabsichtigt, auf der Basis von §39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen, eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern. Die Kooperation zwischen Ärzten im niedergelassenen und stationären Bereich, insbesondere in der prä- und postoperativen Phase der Versorgung, soll durch die gesetzlichen Regelungen verbessert werden. Eine enge Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist darüber hinaus durch das Belegarztwesen gegeben. Gemäß §121 SGB V können Vertragsärzte als Belegärzte Arthroskopien im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel voll- oder teilstationär durchführen.

Für die Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen benötigen Vertragsärzte eine Genehmigung ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die entsprechenden Genehmigungsvoraussetzungen sind durch die „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen“ (Arthroskopie-Vereinbarung) geregelt. Neben der fachlichen Befähigung des Operators werden hier auch räumliche und apparative Voraussetzungen definiert. Darüber hinaus hat der G-BA in der „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie“ (QBA-RL) Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen des Knie- und Schultergelenkes definiert. Diese Kriterien dienen den Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundlage für die sogenannten Stichprobenprüfungen gemäß Richtlinie des G-BA zu „Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“ (siehe Abschnitt 2.2.3).

Nach Angaben der KBV waren im Jahr 2012 in Deutschland 2.805 Vertragsärzte zur ambulanten Abrechnung einer Kniearthroskopie berechtigt. 557 Vertragsärzte führten als Belegärzte entsprechende Arthroskopien stationär durch. Im Jahr 2012 erhielten Patienten laut G-DRG-Statistik in 1.172 deutschen Krankenhäusern eine stationäre Arthroskopie⁵.

2.2.2. Akteure der Versorgung

An der Versorgung von Patienten, die eine Arthroskopie am Kniegelenk erhalten, sind eine Reihe unterschiedlicher Akteure sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor beteiligt. Zu den häufigsten zählen:

- Allgemeinmediziner
- Orthopäden
- Physiotherapeuten
- Unfallchirurgen

Je nach Krankheitsbild können der Behandlungsverlauf sowie das Spektrum der beteiligten Leistungserbringer verschieden ausfallen.

Am Anfang der Versorgungskette, vor allem bei degenerativen Erkrankungen, steht zumeist ein Allgemeinmediziner in seiner Funktion als Hausarzt oder auch vereinzelt ein Rheumatologe, der den Patienten aufgrund symp-

⁵ Krankenhäuser, die über mehrere Standorte verfügen und über ein einheitliches Institutionskennzeichen abrechnen, werden hier nur einmal gezählt.

tomatischer Beschwerden einem niedergelassenen Orthopäden und/oder Unfallchirurgen zuweist. Jedoch ist auch der direkte Kontakt des Patienten mit einem der genannten Fachärzte keine Seltenheit. Bei einer akuten traumatischen Verletzung beginnen Versorgung und Diagnostik nicht selten in der stationären Notaufnahme. Die Indikationen zu einem arthroskopischen Eingriff stellen in der Regel die Fachärzte. Sie führen die spezifische präoperative Diagnostik mit Anamnese und klinischer Untersuchung durch und veranlassen ggf. darüber hinaus bildgebende Verfahren über Zuweisung zu einem Radiologen. Je nach Befundlage veranlassen Facharzt oder Hausarzt u.U. zunächst konservative Maßnahmen, wie beispielsweise Physiotherapie. Der Operateur ist nicht immer identisch mit dem die Indikation stellenden Arzt. Der Operateur muss sich aber der Korrektheit der Indikation vergewissern. Dazu müssen ihm die präoperativen Befunde vorliegen. Da der Operateur selten die komplette Weiterbehandlung des Patienten durchführt, verlangt auch die Nachsorge eine gute Koordination und Kooperation. An der Weiterbehandlung beteiligte Leistungserbringer sind neben dem Orthopäden und/oder Unfallchirurgen vor allem der Hausarzt und – bei entsprechender Indikation – der Physiotherapeut. Insbesondere nach einer Rekonstruktion des Kreuzbandes kann die physiotherapeutische Nachbehandlung im Rahmen einer ambulanten oder stationären Rehabilitation stattfinden (Holland 2006).

Ambulant können Arthroscopien in einer ambulant operierenden Einrichtung (vertragsärztlich oder selektivvertraglich) oder ambulant am Krankenhaus (ambulantes Operieren nach § 115b SGB V oder selektivvertraglich) durchgeführt werden. Unter den stationär durchgeführten Arthroscopien lassen sich die Operationen in der Haupt- und in der Belegabteilung eines Krankenhauses unterscheiden. Bei Eingriffen, die eine intensive postoperative Betreuung erfordern, kann es angezeigt sein, diese nicht ambulant durchzuführen. Aus Tabelle 5 geht hervor, bei welcher Indikation eher eine ambulante bzw. eher eine stationäre Arthroscopie geeignet ist. Gemäß Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V sind, neben dem zugrunde liegenden Erkrankungsbild, auch das soziale und häusliche Umfeld sowie Begleiterkrankungen des Patienten wichtige weitere Entscheidungskriterien für die Frage nach einer ambulanten oder stationären Durchführung der Arthroscopie (Strobel 2010; Holland 2006).

Tabelle 5: Indikationen für eine ambulante bzw. stationäre Versorgung

Hohe Wahrscheinlichkeit für eine ambulante Versorgung	Hohe Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meniskusresektion ▪ Meniskusrefixation ▪ Partielle Synovektomie ▪ Lokal begrenzte Eingriffe am Gelenkknorpel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgedehnte Eingriffe am Gelenkknorpel ▪ Kreuzbandrekonstruktion ▪ Ausgedehnte Resektionen an der Gelenkkapsel mit hohem Blutungsrisiko ▪ Unklare intraartikuläre Befunde ▪ Wiederholungseingriffe mit unklarer Pathologie

2.2.3. Bestehende Qualitätsprojekte

In Deutschland besteht derzeit mit der Stichprobenprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 2 SGB V ein bundesweites arthroscopiebezogenes Qualitätsprojekt. Darüber hinaus existieren u.a. folgende freiwillige überregionale Projekte zur Qualitätssicherung:

- Peer-Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM)
- Qualis® ein Projekt zur Dokumentation und Qualitätssicherung für orthopädische und unfallchirurgische Leistungen mit einem integrierten Befragungsinstrument für Patienten
- Patientenbefragungsbogen zur Qualitätssicherung für ambulante Operationen (AQS1)

Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 2 SGB V

Die „Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V („Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“)“ des G-BA regelt die Überprüfung der Behandlungsqualität verschiedener vertragsärztlicher Leistungen im Einzelfall. In der seit 2010 gültigen „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroscopie“ des G-BA sind bundesweit einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroscopischer Operationen definiert, die im Rahmen der Stichprobenprüfungen angewendet werden.

Laut „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ sind mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte jährlich zu überprüfen; in den ersten beiden Jahren nach Inkrafttreten der „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie“ waren als Übergangsregelung mindestens zehn Prozent gefordert. Die Auswahl der zu überprüfenden Ärzte erfolgt in den meisten Fällen zufallsbezogen; sie kann jedoch auch kriterienbezogen anhand von nach §4 Abs. 3 SGB V der Qualitätsprüfungs-Richtlinie definierten Kriterien erfolgen (KBV 2012b). Eines dieser Kriterien ist das Vorliegen begründeter, ggf. datengestützter Hinweise auf eine unzureichende Versorgungsqualität.

In den Stichprobenprüfungen wird die Qualität der arthroskopischen Leistung anhand von in der „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie“ definierten Anforderungen auf Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen beurteilt. Hierzu sind vom Arzt die entsprechenden Originaldokumente einzureichen. Bezogen auf jeden zu überprüfenden Arzt und das jeweilige Abrechnungsquartal wählen die Kassenärztlichen Vereinigungen per Zufallsgenerator zwölf Patienten aus, zu denen die zugehörigen Dokumentationen angefordert werden. Folgende fünf Parameter werden bewertet:

- Eindeutige Identifikation Arzt/Patient
- Medizinische Fragestellung und Operationsgrund
- Schriftliche Dokumentation der Operation
- Technische Bilddokumentation
- Bildliche Darstellung der Operation

Die Gesamtbewertung erfolgt nach den vier Abstufungen „keine“, „geringe“, „erhebliche“ und „schwerwiegende“ Beanstandungen. Dabei fließt das Kriterium „Medizinische Fragestellung und Operationsgrund“ mit 10 % der zu erreichenden Punktzahl mit einem vergleichsweise geringen Anteil ein. Die Bewertung der Originaldokumente übernehmen von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtete sogenannte Qualitätssicherungskommissionen, welche sich aus mindestens drei erfahrenen Ärzten zusammensetzen.

Auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der Qualitätssicherungs-Kommission entscheidet die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung über zu treffende Maßnahmen. Liegen geringe bis schwerwiegende Beanstandungen vor, kann eine schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel erfolgen. Dies ist unter Umständen verbunden mit einem Beratungsgespräch. Bei Vorliegen von erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen können die Konsequenzen in einer Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen, einer Praxisbegehung oder der Pflicht zur Teilnahme an einem Kolloquium zur Feststellung der fachlichen Befähigung des Arztes bestehen. Schwerwiegende Beanstandungen können auch einen Widerruf der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen zur Folge haben. Gemäß Qualitätsbericht 2012 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV 2012b) waren die häufigsten Maßnahmen bei festgestellten Mängeln die schriftliche Empfehlung sowie die Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen. Beratungsgespräche und Kolloquien wurden nur selten, Praxisbegehungen nicht durchgeführt. Anhand der dargestellten Zahlen lässt sich vermuten, dass dabei länderbezogen z.T. sehr unterschiedlich vorgegangen wird.

Peer-Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM)

Im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) können Krankenhausträger und Kliniken aus Deutschland, Österreich und der Schweiz auf freiwilliger Basis an Maßnahmen des Qualitätsmanagements teilnehmen. Adressiert wird die Qualität der Behandlung von häufigen bzw. als relevant definierten Krankheitsbildern oder operativen Eingriffen bestimmter medizinischer Fachgebiete. Schwerpunkte sind die Abbildung der Ergebnisqualität, insbesondere die Sterblichkeit. Ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements im Rahmen der IQM sind die Peer-Review-Verfahren (Rink 2013; Rink 2012).

Das Peer-Review-Verfahren kann vor allem als Beispiel für die Entwicklung des Instrumentes „Externe Begutachtung“ herangezogen werden. Eine Verknüpfung des Peer-Review-Verfahrens mit dem sektorenübergreifenden QS-Verfahren zur *Arthroskopie am Kniegelenk* wäre dagegen nicht sachgerecht, da sich das Verfahren der IQM nicht auf Patienten mit Arthroskopie am Kniegelenk erstreckt.

Als Kriterien für die Teilnahme eines Krankenhauses an einem Peer Review werden u.a. Benchmark-Ergebnisse der über Routinedaten berechneten Qualitätsindikatoren herangezogen. Die Entscheidung, in welcher Klinik ein Peer Review durchgeführt wird, trifft ein aus Chefärzten der Mitgliedskliniken bestehender „Fachausschuss Peer Review“ anhand jährlich definierter Kriterien. Es können sowohl Krankenhäuser, die vergleichsweise schlechte Ergebnisse in einem Qualitätsindikator aufweisen, als auch Krankenhäuser, die besonders gut abschneiden, ausgewählt werden (Rink 2013; Rink 2012).

In den ausgewählten Krankenhäusern erfolgt eine Prozess- und Fehleranalyse durch externe, in einem Curriculum der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2011) als sogenannte Peers ausgebildete Chefärzte im Dialog mit den verantwortlichen Chefärzten des Krankenhauses. Dabei werden 20 Patientenakten zunächst durch die Ärzte der Einrichtung selbst und anschließend, im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs, durch die Peers analysiert. Über den Fachausschuss Peer Review wird jährlich zentral festgelegt, nach welchen Kriterien die Fälle ausgewählt werden sollen. Die Auswahl kann z.B. anhand definierter Altersgruppen oder Komorbiditäten, aber auch per Zufallsprinzip erfolgen. Die Akten werden danach bewertet, ob im vorliegenden Fall Verbesserungspotenzial, eine Fehlkodierung oder ein optimaler Behandlungsverlauf vorliegt. Daraufhin folgt eine gemeinsame Diskussion aller Fälle, in der eventuelle Qualitätsprobleme identifiziert und konkrete Maßnahmen der Verbesserung der Behandlungsqualität erarbeitet werden. Ein Optimierungspotenzial wird über alle Fälle hinweg anhand folgender Kriterien ermittelt:

- Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?
- Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?
- Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?
- Wurden Behandlungsleitlinien/Standards berücksichtigt?
- Kontrolle der Behandlungsverläufe?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?
- War die Dokumentation umfassend und schlüssig?

Die zentralen Ergebnisse des Gesprächs werden an die Geschäftsführung des Krankenhauses rückgespiegelt (Rink 2013; Rink 2012).

Patientenbefragungen

Im Bereich der Arthroskopie am Kniegelenk bestehen derzeit zwei deutschlandweite freiwillige Initiativen zur Durchführung von Patientenbefragungen mit dem Ziel der Erfassung von Aspekten der Versorgungsqualität aus Patientensicht. Diese sind Befragungen im Rahmen des über den Berufsverband für Arthroskopie angebotenen Qualis[®]-Systems sowie Befragungen mit dem AQS1-Patientenfragebogen, der von Mitgliedern des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e.V. (BAO) angewendet werden kann. Die genannten Patientenbefragungen können für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Über die Qualis[®]-Software können Ärzte die Befund- und Operationsdokumentation sowie die Erstellung von Arztbriefen bei Arthroskopien vornehmen. Hierbei werden automatisch alle Abrechnungsdaten erfasst und dem Anwender statistisch aufbereitet zurückgespiegelt. Auf diese Weise erhält der Arzt Informationen zu eigenen Struktur- und Prozessparametern im Vergleich zu anderen teilnehmenden Ärzten. Ein zentraler Bestandteil des Qualis[®]-Systems ist eine Online-Patientenbefragung, über die eine Erfassung der Ergebnisqualität einschließlich aufgetretener Komplikationen ermöglicht wird. Im Internet unter <https://www.qualis.org> finden die Patienten einen auf ihre Operation (Knie, Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk etc.) abgestimmten Befragungsbogen vor. Die Patienten erhalten über ein individuelles Kenn- und Passwort Zugang zur Befragung. Die Befragung findet vor einem Eingriff sowie einen Monat, 6, 12 und 24 Monate nach der Operation statt. Für die Nutzung der Vernetzungsoptionen zur vergleichenden Qualitätssicherung ist die Mitgliedschaft im Berufsverband für Arthroskopie e.V. (BVASK) Voraussetzung. Die Befragungsergebnisse der Initiative bieten wichtige Rückmeldungen an den Bundesverband und die Einrichtungen selbst, über die Ergebnisqualität, aufgetretene Komplikationen sowie Optimierungsmöglichkeiten. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

Grundlage der vom BAO geförderten Patientenbefragungen ist der AQS1-Patientenfragebogen⁶. Dieser kann in ambulant operierenden Einrichtungen als Baustein zur Zertifizierung nach DIN ISO 9001 eingesetzt werden.

⁶ Vertrieb durch medicaltex GmbH, <https://www.medicaltex.de/Produkte/Patientenbefragung-AQS1>

Dabei handelt sich um ein allgemeines, fächerübergreifendes (generisches) Instrument das für Patienten mit ambulanten Operationen konzipiert wurde. Neben der Ergebnisqualität wird hier auch die Prozessqualität aus Patientensicht erfragt. Auch diese Befragung bietet operierenden Einrichtungen wertvolle Informationen zu den durchgeführten Eingriffen aus Sicht ihrer Patienten.

2.3. Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung

Die ergebnisbezogenen Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung wurden in Abschnitt 2.1.2 als folgende drei patientenrelevante Endpunkte formuliert:

- A – Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion
- B – Vermeidung von Folgeeingriffen
- C – Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen

Mit Blick auf die patientenrelevanten Endpunkte wurden die entsprechenden prozessbezogenen Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung entwickelt. Anhand von Leitlinien, Literatur und Versorgungsdaten werden die aktuellen Verbesserungspotenziale ausführlich dargestellt. Sie lassen sich drei übergeordneten Phasen im Behandlungsverlauf zuordnen:

- 1 – Indikationsstellung
- 2 – Durchführung der Arthroskopie
- 3 – Nachbehandlung

Das Behandlungsergebnis einer Arthroskopie wird von der Qualität der Durchführung des Eingriffs und der Nachbehandlung beeinflusst. Wesentlich für das Erreichen der für den Patienten relevanten Behandlungsziele ist außerdem die Qualität der Indikationsstellung zur Arthroskopie.

1 – Indikationsstellung

Eine aktuelle Studie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) (Lüring et al. 2013) in der schwerpunktmäßig regionale Unterschiede hinsichtlich der Raten endoprothetischer Knieoperationen in Deutschland analysiert wurden, zeigte auch bezüglich der Raten ambulanter Arthroskopien erhebliche Unterschiede je nach Region. Betrachtet wurden im Zeitraum zwischen 2006 und 2011 durchgeführte Arthroskopien bei Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). Gemäß Ergebnissen der Studie ist die Anzahl ambulanter Arthroskopien pro Einwohner in weiten Teilen Nordostdeutschlands vergleichsweise niedrig, während in vielen Regionen Bayerns und im Osten von Baden-Württemberg vergleichsweise hohe Arthroskopieraten zu verzeichnen sind. Die Autoren betonen, dass die festgestellten Unterschiede multifaktorielle Ursachen haben und in der Studie nicht geprüft werden konnte, inwieweit die Versorgung einer Region dem dortigen Bedarf tatsächlich entspricht. In der Studie konnte jedoch gezeigt werden, dass die Arthroskopieraten in Regionen mit besserer sozio-ökonomischer Lage höher sind als die Arthroskopieraten in weniger wohlhabenden Regionen. Laut Autoren könne dies – neben einem möglicherweise unterschiedlichen Anspruchsverhalten der Patienten – eine Überversorgung sozial besser oder eine Unterversorgung sozial schlechter gestellter Regionen widerspiegeln. In der Studie zeigt sich des Weiteren, dass die Arthroskopieraten umso niedriger sind, je höher die Dichte an niedergelassenen Orthopäden in einer Region ist und dass Patienten in Städten oder deren naher Umgebung seltener arthroskopiert werden als Patienten in ländlichen Regionen. Die Autoren vermuten, dass Patienten in Städten oder städtischer Umgebung sowie Patienten mit einem stärkeren Angebot an niedergelassenen Orthopäden eher Zugang zu konservativen Therapien haben als andere Patienten. Allerdings wird betont, dass dies anhand der untersuchten Daten nicht bewiesen werden könne (Lüring et al. 2013).

Verbesserungspotenzial bzgl. der Indikationsstellung zur Arthroskopie am Kniegelenk lässt sich auf Grundlage von Erfahrungen bei den Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 2 SGB V vermuten: Im Rahmen einer unsystematischen Befragung berichteten Mitglieder der QS-Kommissionen für die Stichprobenprüfungen, dass unplausible Indikationen zu den festgestellten Mängeln bei den Qualitätsprüfungen gehören (Walter 2011).

Da die Arthroskopie ein invasiver Eingriff ist, muss die Indikation hierzu sorgfältig gestellt werden. Voraussetzungen hierfür sind eine gründliche und systematische präoperative Diagnostik und der Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung. Die Entscheidung zur Arthroskopie sollte nur dann erfolgen, wenn der voraussichtliche individuelle Nutzen die gegebenen Risiken überwiegt. Die bezüglich der Indikationsstellung ermittelten Qualitätspotenziale/-ziele lassen sich in drei übergeordnete Themen zusammenfassen:

1.a – Diagnostik

Bevor eine Indikation zur Arthroskopie gestellt wird, müssen die möglichen Ursachen der Kniebeschwerden im Rahmen einer präoperativen Diagnostik ermittelt werden. Dadurch kann geklärt werden, ob eine Arthroskopie als adäquate Behandlungsoption für das Beschwerdebild des Patienten medizinisch sinnvoll ist. Fehlindikationen können hierdurch verhindert werden. Auf Grundlage fundierter präoperativer Befunde kann außerdem die Operationsstrategie geplant und der Eingriff auf ein klar definiertes Behandlungsziel ausgerichtet werden. Unnötige intraoperative Maßnahmen an den Kniebinnenstrukturen können vermieden werden, wenn arthroskopische Nebenbefunde mit Blick auf die präoperativen Befunde beurteilt werden (Brand et al. 2009; Holland 2006). Zudem ist es wichtig, eventuelle Begleitverletzungen oder Begleiterkrankungen, die mit einem schlechteren Ergebnis des Eingriffs korrelieren könnten, präoperativ zu erkennen, um die richtige Therapieentscheidung treffen zu können (Teske et al. 2010; Petersen et al. 2009).

Gutachterliche Untersuchungen der Ärztekammer Nordrhein aus den Jahren 1999 bis 2003 stellten eine Reihe vorschneller Entscheidungen zur Arthroskopie fest. In den 98 betrachteten Fällen mit Kniearthroskopie wurde ein nachvollziehbarer und systematischer Ablauf, der zu einer sicheren Indikationsstellung führt, nicht immer eingehalten (Holland 2006). Auch wenn diese Ergebnisse auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, sind sie aufgrund der geringen Anzahl betrachteter Fälle nicht ohne Weiteres verallgemeinerbar.

Bei der präoperativen Diagnostik sollte jedoch ein systematisches und gründliches Vorgehen gewährleistet sein, welches Folgendes beinhaltet (Holland 2006):

- Exakte Anamnese
- Sorgfältige klinische Untersuchung
- Ergänzende apparative Diagnostik

Die vollständige Anamnese ermöglicht eine erste richtungsweisende Verdachtsdiagnose. Folgende Inhalte sollten Bestandteile jeder Anamnese bei Patienten mit Kniebeschwerden sein (NGC 2011b; DGU 2008; NZGG 2003; Solomon et al. 2001; Röseler et al. 1999):

- Vorgeschichte
- Beschwerdebild
- bei Unfällen: Ermittlung des Verletzungsmechanismus
- Begleitumstände

Die klinische Untersuchung dient dazu, die Kniebeschwerden und die Funktionseinschränkungen präzise zu lokalisieren und den anatomischen Strukturen im Gelenk zuzuordnen. Zusammen mit den Befunden aus der Anamnese lassen sich die möglichen Ursachen der Kniebeschwerden in der Regel gezielt eingrenzen. Studien zeigen, dass die systematische klinische Diagnostik durch einen erfahrenen Untersucher in vielen Fällen bereits die Festlegung auf eine präoperative Verdachtsdiagnose ermöglicht, welche sich in der Arthroskopie bestätigt (Nickinson et al. 2010; Ockert et al. 2010; Brand et al. 2009; Rayan et al. 2009; Solomon et al. 2001). Die klinische Untersuchung des Kniegelenks beinhaltet:

- Inspektion
- Palpation
- Funktions- und Schmerztests

Bei Verdacht auf einen Band- oder Meniskusschaden wird empfohlen, in der klinischen Untersuchung stets mehrere Funktions- und Schmerztests durchzuführen, um die Sensitivität und die Spezifität der Untersuchung zu erhöhen (Galli et al. 2013; Meuffels et al. 2012; Ockert et al. 2010; Solomon et al. 2001). Lassen sich nach

einer frischen Verletzung die klinischen Tests schmerzbedingt nicht oder nur eingeschränkt durchführen, sollte die Untersuchung nach einigen Tagen wiederholt werden (Ockert et al. 2010; DGU 2008).

Um zu einer Diagnosesicherung zu gelangen, kommen folgende Verfahren apparativer Diagnostik in Frage:

- Bildgebende Untersuchungen
- Labordiagnostik
- Gelenkpunktion mit mikrobiologischer Untersuchung

Als bildgebende Verfahren werden insbesondere die Röntgenuntersuchung und die MRT angewendet. Seltener, und nur in spezifischen Fällen, können die Sonographie, Szintigraphie oder Computertomographie sinnvoll sein. Die Röntgenuntersuchung wird als obligater Bestandteil der präoperativen Diagnostik bei Kniebeschwerden empfohlen (NGC 2011b; Brand et al. 2009; DGU 2008). Hierüber lässt sich das Vorliegen von Knochenschädigungen, Arthrose oder einer Beinachsenfehlstellung prüfen. Bei traumatischen Knieverletzungen kann mittels Röntgenbild sichergestellt werden, dass eventuell vorliegende knöcherne Bandausrisse oder Frakturen nicht übersehen werden (NGC 2011b; DGU 2008; Röseler et al. 1999).

Die Durchführung einer MRT bei Patienten mit Kniebeschwerden wird nur dann empfohlen, wenn in der klinischen Untersuchung und im Röntgenbild kein eindeutiger pathologischer Befund ermittelt werden kann, der die Symptomatik des Patienten erklären kann. Die MRT kann dann einen wichtigen Beitrag zur Diagnosesicherung leisten und helfen, unnötige diagnostische Arthroscopien zu vermeiden (NGC 2011a; Rayan et al. 2009; Schurz et al. 2008; KCE 2006; Bryan et al. 2004). Bei komplexem Knie Trauma sollte eine MRT stets als Ergänzung zur klinischen Untersuchung eingesetzt werden, um die vorliegenden Binnenschädigungen umfassend zu diagnostizieren und eine differenzierte Therapie- bzw. Operationsplanung zu ermöglichen (Navali et al. 2013; Meuffels et al. 2012; NGC 2011a; Ockert et al. 2010; Brand et al. 2009; ASERNIP-S 2008).

Eine spezifische Labordiagnostik muss bei Verdacht auf rheumatologisch bedingte Beschwerden oder bei Vorliegen von Entzündungs- bzw. Infektionszeichen erfolgen. Bei Verdacht auf eine Infektion sollte eine Gelenkpunktion mit mikrobiologischer Untersuchung durchgeführt werden (NGC 2011b).

Alle im Rahmen der präoperativen Diagnostik erhobenen Befunde müssen vollständig und nachvollziehbar dokumentiert werden. Nur auf Grundlage einer vollständigen und nachvollziehbaren Dokumentation lassen sich alle präoperativen Befunde in Beziehung zueinander setzen und in der Gesamtschau beurteilen. Die Dokumentation ist Voraussetzung dafür, alle Maßnahmen im weiteren Behandlungsverlauf begründen zu können und dem Patienten eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Aus ihr muss hervorgehen, welche Basis dem formulierten Behandlungsziel zugrundeliegt (Holland 2006).

Bei Beteiligung verschiedener Leistungserbringer an der Behandlung des Patienten dient die umfassende Dokumentation zudem der Informationsübermittlung, beispielsweise an den Radiologen oder an den Arthroskopeur. Vorbefunde enthalten wichtige Informationen, auf deren Grundlage der weiterbehandelnde Arzt Entscheidungen zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen treffen kann. Durch die vollständige Übermittlung der Vorbefunde kann zudem eine unnötige apparative Mehrfachdiagnostik vermieden werden. Die gute und koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer in der präoperativen Phase ist von besonderer Bedeutung für eine sachgerechte Indikationsstellung. (Holland 2006).

Eine gute präoperative Diagnostik zeigt sich in einer hohen Korrelation der präoperativen Verdachtsdiagnose mit dem tatsächlichen arthroskopischen Befund, sowie in einer hohen Rate von Arthroscopien, bei denen sich ein behandlungsbedürftiger Befund zeigt (Nickinson et al. 2010; Solomon et al. 2001).

1.b – Vorliegen von Kriterien für eine Indikation

Die Entscheidung zur Arthroskopie sollte nur dann erfolgen, wenn – auf Grundlage der präoperativen Diagnostik und der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient – ein klares Behandlungsziel definiert werden kann und von einem Nutzen für den Patienten auszugehen ist. Je nach Erkrankungsbild und Eingriffsart lassen sich unterschiedliche Kriterien für eine Indikation zur Arthroskopie formulieren (siehe Abschnitt 2.1.1).

Auf Grundlage von Empfehlungen vorwiegend internationaler Leitlinien lassen sich, bezogen auf die häufigsten Erkrankungsbilder bzw. Eingriffe, folgende Kriterien für eine Indikation zur Arthroskopie konkretisieren:

- Eine diagnostische Arthroskopie sollte nur dann durchgeführt werden, wenn die präoperative Diagnostik, einschließlich MRT, ausgeschöpft ist (NGC 2011b; ASERNIP-S 2008; NZGG 2003).
- Eine unmittelbare Indikation zur therapeutischen Arthroskopie zur Behandlung einer degenerativ bedingten Meniskusschädigung besteht, wenn eine komplette Meniskusläsion – nachgewiesen durch positiven Meniskustest oder MRT – mit Gelenkblockierungen vorliegt. Ohne Vorliegen akuter Gelenkblockierungen sollte eine Arthroskopie erst dann in Betracht gezogen werden, wenn physiotherapeutische und medikamentöse Maßnahmen ausgeschöpft wurden (NGC 2011a; Beaufils et al. 2009; NZGG 2003).
- Die arthroskopische Behandlung von Läsionen des vorderen Kreuzbandes wird empfohlen bei
 - deutlicher objektiver Instabilität des Kniegelenks
 - komplexen Knieverletzungen mit erheblicher Instabilität der Seitenbänder
 - Vorliegen einer nahtfähigen Meniskusläsion
 - subjektiver Instabilität mit wiederkehrenden Gelenkschwellungen
- In allen anderen Fällen sind die Präferenzen des Patienten als entscheidende Kriterien zu berücksichtigen. Sofern keine Notwendigkeit zur Akutoperation besteht, sollte eine Kreuzbandplastik erst nach Abklingen der Entzündungsphase durchgeführt werden (Meuffels et al. 2012; NGC 2011a; Beaufils et al. 2009; DGU 2008). Ein zweizeitiges Vorgehen, bei dem zeitnah nach dem Trauma eine arthroskopische Resektion von Bandanteilen und Bandresten zur Vorbereitung der späteren zweiten Arthroskopie mit Kreuzbandplastik durchgeführt wird, gilt heutzutage als überholt (Petersen et al. 2012; Petersen et al. 2009).
- Gemäß Empfehlungen internationaler Leitlinien besteht bei dem primären Ziel, eine Gonarthrose zu behandeln, keine Indikation zur arthroskopischen Gelenkspülung und Débridement. Eine Arthroskopie wird nur für die Fälle empfohlen, in denen instabile Meniskusrisse oder mechanischen Blockierungen, z.B. durch freie Gelenkkörper, vorliegen. Als arthroskopische Maßnahmen kommen dabei die Meniskusteilresektion oder die Entfernung freier Gelenkkörper in Frage (Avouac et al. 2010; Zhang et al. 2010; AHRQ 2009; AAOS 2008; MOH 2007).

Laut der in Tabelle 3 im Abschnitt 2.1.1 dargestellten Zahlen wurden im Jahr 2012 im stationären Bereich etwa 27.000 Arthroskopien bei einer Hauptdiagnose Gonarthrose durchgeführt. Im ambulanten Bereich wurde eine Diagnose Gonarthrose etwa 71.000mal im selben Quartal dokumentiert, in dem eine Arthroskopie durchgeführt wurde (Tabelle 4). Aus den Zahlen zum vertragsärztlich-ambulanten Bereich ist allerdings nicht zu schließen, dass die Gonarthrose jeweils auch zwingend die Diagnose war, welche die Indikation für die Arthroskopie darstellte (Abschnitt 2.1.1). Aus den Tabellen zu den 10 häufigsten Operations- und Prozedurenschlüsseln (OPS-Kodes), die bei vollstationär oder ambulant durchgeführten Arthroskopien dokumentiert werden, geht hervor, dass neben der Meniskusteilresektion als häufigster Eingriff auch andere Maßnahmen des Débridements sowie die Gelenkspülung bei einer Hauptdiagnose Gonarthrose (stationärer Bereich, Tabelle 6) bzw. bei gleichzeitigem Vorliegen einer Diagnose Gonarthrose (ambulant – vertragsärztlicher Bereich, Tabelle 7) vergleichsweise häufig durchgeführt werden.⁷

Auch in Zusammenhang mit einer Diagnose aus dem Bereich Meniskusschädigung (akute Meniskusläsionen ausgeschlossen) ist die Meniskusteilresektion das am häufigsten verwendete arthroskopische Verfahren. Daneben werden aber auch Maßnahmen am Knorpel und an der Gelenkinnenhaut relativ häufig durchgeführt (Tabelle 8 und Tabelle 9)⁸. Es lässt sich vorsichtig annehmen, dass diese Eingriffe nicht selten aufgrund von arthrotischen Veränderungen im Kniegelenk durchgeführt werden.

⁷ Bei der Interpretation der Zahlen ist zu beachten, dass je durchgeführter Arthroskopie mehrere OPS-Kodes dokumentiert werden können. Durch eine Addition der Häufigkeiten kann deshalb nicht auf die absolute Anzahl aller Arthroskopien geschlossen werden. Aus den Zahlen in Tabelle 7 darf nicht geschlossen werden, dass die Diagnose Gonarthrose bei allen hier aufgeführten Eingriffen zwingend auch die führende Diagnose war. Neben der Diagnose Gonarthrose können eine oder mehrere weitere Diagnosen dokumentiert worden sein, sodass auch eine andere Diagnose die Indikation für den Eingriff darstellen kann. Entsprechendes gilt für die Tabelle 9 hinsichtlich der Diagnose „Meniskusschädigung“ (siehe Abschnitt 2.1.1.).

⁸ Insbesondere im stationären Sektor werden je Kniearthroskopie häufig mehrere OPS-Kodes dokumentiert. Da die Meniskusschädigung in den Daten zu den stationären Arthroskopien die Hauptdiagnose ist, lässt sich vermuten, dass die weiteren dokumentierten Eingriffe häufig aufgrund von zusätzlichen pathologischen Befunden ergänzend zu einer Meniskusteilresektion innerhalb einer Kniearthroskopie durchgeführt werden.

Tabelle 6: Die 10 häufigsten arthroskopischen Prozeduren bei vollstationär behandelten Patienten im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose zu Gonarthrose (ICD-Kodes aus M17.-) 2012 (G-DRG-Statistik)

OPS-Kode	Prozedur	Anzahl (stationär) 2012
5-812.5	Meniskusresektion, partiell	18.526
5-812.eh	Knorpelglättung (Chondroplastik) – Kniegelenk	13.528
5-811.2h	Synovektomie, partiell – Kniegelenk	10.464
5-810.0h	Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch – Kniegelenk	7.085
5-812.fh	Subchondrale Knochenöffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik) – Kniegelenk	6.507
1-697.7	Diagnostische Arthroskopie – Kniegelenk	5.301
5-811.0h	Resektion einer Plica synovialis – Kniegelenk	4.934
5-811.1h	Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper) – Kniegelenk	3.249
5-812.0h	Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel – Kniegelenk	3.034
5-810.4h	Entfernung freier Gelenkkörper – Kniegelenk	2.772

Tabelle 7: Die 10 häufigsten arthroskopischen Prozeduren bei ambulant behandelten Patienten, bei denen im gleichen Quartal eine Diagnose zu Gonarthrose dokumentiert wurde (ICD-Kodes aus M17.-), vertragsärztlicher Bereich, 2012 (Abrechnungsstatistik der KBV⁹)

OPS-Kode	Prozedur	Anzahl (ambulant) 2012
5-812.5	Meniskusresektion, partiell	32.345
5-812.fh	Subchondrale Knochenöffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik) – Kniegelenk	16.038
5-810.4h	Entfernung freier Gelenkkörper – Kniegelenk	12.246
5-812.6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	8.633
5-812.eh	Knorpelglättung (Chondroplastik) – Kniegelenk	4.766
5-810.2h	Arthroskopische Gelenkrevision: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	3.042
5-810.9h	Arthroskopische Gelenkrevision: Resektion von Bandanteilen und Bandresten: Kniegelenk	2.704
5-812.4h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik: Kniegelenk	1.997
5-812.0h	Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel – Kniegelenk	1.525
5-811.3h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Kniegelenk	1.318

⁹ Auskunft der KBV vom 21 Februar 2014

Tabelle 8: Die 10 häufigsten Prozeduren im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose zu Meniskusschädigung (ICD-Kodes aus M23.2-, M23.3-) 2012 (G-DRG-Statistik)

OPS-Kode	Prozedur	Anzahl (stationär) 2012
5-812.5	Meniskusresektion, partiell	75.342
5-812.eh	Knorpelglättung (Chondroplastik) – Kniegelenk	35.105
5-811.2h	Synovektomie, partiell – Kniegelenk	27.055
5-810.0h	Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch – Kniegelenk	15.625
5-811.0h	Resektion einer Plica synovialis – Kniegelenk	15.621
5-812.fh	Subchondrale Knochenöffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik) – Kniegelenk	8.446
1-697.7	Diagnostische Arthroskopie – Kniegelenk	6.881
5-811.1h	Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper) – Kniegelenk	6.806
5-812.0h	Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel – Kniegelenk	5.247
5-810.4h	Entfernung freier Gelenkkörper – Kniegelenk	4.370

Tabelle 9: Die 10 häufigsten arthroskopischen Prozeduren bei ambulant behandelten Patienten, bei denen im gleichen Quartal eine Diagnose zu Meniskusschädigung dokumentiert wurde (ICD-Kodes aus M23.2-, M23.3-), vertragsärztlicher Bereich, 2012 (Abrechnungsstatistik der KBV ¹⁰)

OPS-Kode	Prozedur	Anzahl (ambulant) 2012
5-812.5	Meniskusresektion, partiell	87.269
5-812.fh	Subchondrale Knochenöffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik) – Kniegelenk	21.772
5-810.4h	Entfernung freier Gelenkkörper – Kniegelenk	19.693
5-812.6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	18.447
5-812.eh	Knorpelglättung (Chondroplastik) – Kniegelenk	9.098
5-810.9h	Arthroskopische Gelenkrevision: Resektion von Bandanteilen und Bandresten: Kniegelenk	6.723
5-810.2h	Arthroskopische Gelenkrevision: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	4.771
5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	4.327
5-811.2h	Synovektomie, partiell – Kniegelenk	3.055
5-812.0h	Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel – Kniegelenk	2.610

¹⁰ Auskunft der KBV vom 21. Februar 2014

1.c – Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Entscheidung für oder gegen eine Arthroskopie lässt sich in vielen Fällen nicht allein auf Basis des medizinischen Sachverhaltes treffen. Arzt und Patient sollten vielmehr eine gemeinsame Entscheidung unter Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten und seiner individuellen Lebensumstände (z.B. Anforderungen an die funktionelle Belastbarkeit des Knies) treffen. Vor der Entscheidung für oder gegen eine Arthroskopie sollte ein Patient abwägen können, welcher Nutzen durch den Eingriff für ihn zu erwarten ist. Damit der Patient in der Lage ist, realistische Erwartungen zu entwickeln und die Vor- und Nachteile für sich persönlich abzuwägen, muss er über folgende Themen aufgeklärt werden (Leclercq et al. 2010; Thorstensson et al. 2009; Scheibler et al. 2008; Rosenberger et al. 2005; McGaughey 2004; Mancuso et al. 1995):

- Grund der Arthroskopie (vorliegende Erkrankung bzw. Verletzung)
- Ziel und Erfolgsaussichten des geplanten Eingriffs
- Ablauf des Eingriffs
- Risiko möglicher Komplikationen
- Behandlungsalternativen und deren Erfolgsaussichten
- Verlauf der postoperativen Phase, einschließlich Aufwand der postoperativen Rehabilitation

Patientengerechte Informationsmaterialien in Ergänzung zur mündlichen Aufklärung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten alle relevanten Informationen auf verständliche Weise erhalten (Leclercq et al. 2010; McGaughey 2004).

Abhängig vom Erkrankungsbild lassen sich die Anforderungen an das Gespräch von Patient und Arzt noch weiter spezifizieren: Bei der Entscheidung für oder gegen eine Kreuzbandrekonstruktion sollte mit dem Patienten dessen Wunsch nach der Belastungsfähigkeit seines Kniegelenks erörtert werden. Für Patienten, die kniebelastende Sportarten oder kniebelastende berufliche Tätigkeiten ausüben, können eine Rekonstruktion des Kreuzbands und die damit verbundene Wiederherstellung der Kniestabilität von hohem Nutzen sein. Für andere Patienten, die in den möglichen Komplikationsrisiken und der langen Phase der Rehabilitation große Nachteile sehen, kann hingegen der Verzicht auf die Operation die sinnvollste Entscheidung sein (Pujol et al. 2012; NGC 2011a; Beaufils et al. 2009; Calvisi et al. 2008; DGU 2008; Hinterwimmer et al. 2003). Patienten mit einer degenerativ bedingten Meniskusschädigung sollten vor der Entscheidung zur Meniskusteilresektion darüber aufgeklärt werden, dass eine Linderung der Symptome möglicherweise zeitlich begrenzt sein kann bzw. trotz Symptomlinderung möglicherweise weiterhin Einschränkungen nach der Arthroskopie bestehen können (Beaufils et al. 2009). Patienten mit begleitender Diagnose Gonarthrose sollten darüber informiert werden, dass die Behandlung zwar die akuten Symptome (beispielsweise die Gelenkblockierung) lindern, die Arthroskopie aber keine Heilung der Gonarthrose bewirken kann (Siparsky et al. 2007; Stuart et al. 2006).

Mehrere internationale Untersuchungen zeigen, dass das Prinzip einer „informierten Entscheidung“ des Patienten vor einer Operation in der klinischen Praxis nur unzureichend umgesetzt wird (Leclercq et al. 2010). Laut Ergebnissen einer australischen Studie trifft dies auch auf die Aufklärung von Patienten zu, die eine Arthroskopie erhalten. Die befragten Patienten gaben häufig an, dass die Aufklärung bezüglich Komplikationsrisiken und Erfolgsaussichten sowie des Ausmaßes der Schmerzen und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach der Arthroskopie eher unzureichend gewesen sei (McGaughey 2004). Die Ergebnisse einer Studie aus den USA legen nahe, dass Patienten, die eine Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes erhalten, häufig nur unzureichend bezüglich des Verlaufs der Rehabilitation, insbesondere der Dauer und des Ausmaßes postoperativer Schmerzen und Funktionseinschränkungen, aufgeklärt wurden (Rosenberger et al. 2005). Ähnliche, repräsentative Untersuchungen liegen für Deutschland bislang nicht vor. Jedoch sprechen die Ergebnisse einer Patientenbefragung in Deutschland, die im Rahmen der Validierungsstudie eines Patientenfragebogens durchgeführt wurde, für ein entsprechendes Verbesserungspotenzial auch in der deutschen Patientenversorgung. Von den 33 in der Studie befragten Patienten mit Arthroskopie am Kniegelenk gaben jeweils etwa ein Drittel der Patienten an, dass mit ihnen die Erfolgsaussichten der Operation, die Möglichkeiten alternativer Behandlung und die Möglichkeit des Verzichts einer Operation nicht oder nur teilweise besprochen wurden. Mehr als 40 % der Befragten gaben an, nicht oder nur teilweise über Komplikationen und Risiken des Eingriffs aufgeklärt worden zu sein (AQUA 2012).

2 – Durchführung der Arthroskopie

Die sachgerechte Durchführung einer Arthroskopie trägt wesentlich zum Behandlungserfolg bei. Laut Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL) des G-BA müssen diagnostischer Rundgang und operatives Vorgehen schriftlich und bildlich (auf Videoband, Prints oder digitalen Datenträgern) schlüssig und nachvollziehbar dokumentiert werden (G-BA 2010).

Relativ häufig weist die Qualität der Dokumentation bei Arthroskopien laut Ergebnissen der Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Mängel auf. Aus den Berichten der KBV zu den bundesweiten Stichprobenprüfungen geht hervor, dass bei rund 29 % der im Jahr 2012 und bei 40 % der im Jahr 2011 im Rahmen von Routineprüfungen geprüften Ärzte „erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Beanstandungen vorlagen (KBV 2013; KBV 2012a). In einer Befragung von Beteiligten der QS-Kommissionen der bis 2009 regional durchgeführten Stichprobenprüfungen wurden verschiedene Mängel bzgl. Dokumentation und Durchführung der Operation angegeben (Tabelle 10) (Walter 2011). Auch wenn die Angaben nicht auf einer systematischen Erfassung der Mängel, sondern auf einer Einschätzung der Beteiligten beruhen, lässt sich aufgrund dieser Ergebnisse ein erhebliches Verbesserungspotenzial vermuten.

Tabelle 10: Verschiedene Mängel bzgl. Dokumentation und Durchführung der arthroskopischen Operation (Walter 2011)

Bilddokumentation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildqualität ▪ Teile des Gelenks nicht dokumentiert, keine aussagekräftige prä/post Darstellung ▪ kein Tasthaken verwendet ▪ Operationsverlauf nicht nachvollziehbar
Operationsbericht
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operationsbericht stimmt nicht mit Bilddokumentation überein ▪ unvollständige Angaben
Operationsdurchführung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu sparsam/zu viel reseziert ▪ Resektionsränder nicht glatt ▪ angeblich durchgeführte Operation geht aus der Dokumentation nicht hervor

Ein wichtiger, patientenrelevanter Aspekt jedes arthroskopischen Eingriffs ist das perioperative Schmerzmanagement. Um eine ausreichende Schmerztherapie auch nach der stationären Entlassung bzw. nach der ambulanten Operation zu gewährleisten, sollten die entsprechenden Empfehlungen auch an den Nachbehandler weitergegeben werden (Schulz et al. 2007; Höher 2005).

3 – Nachbehandlung

Neben der korrekten Indikationsstellung und sachgerechten Durchführung der Arthroskopie hat auch die Nachbehandlung einen wesentlichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Von besonderer Bedeutung für die Patientensicherheit und eine erfolgreiche Nachbehandlung ist die Aufklärung des Patienten über das postoperative Verhalten und den Verlauf der postoperativen Phase. Im Rahmen des Entlassungsmanagements sollten Patienten darüber informiert werden, welche Vorsichtsmaßnahmen sie nach der Operation treffen müssen, wie sie ihr Knie bewegen und belasten dürfen und auf welche Gefahrensignale sie hinsichtlich möglicher Komplikationen zu achten haben. Zudem sollte sichergestellt sein, dass den Patienten nach ihrer Entlassung eine medizinische Einrichtung zur Verfügung steht, an die sie sich bei Fragen oder dem Verdacht auf Komplikationen wenden können (Strobel 2010; Höher 2005). Eine entsprechende Aufklärung kann die Mitwirkung des Patienten an den Nachbehandlungsmaßnahmen verbessern (Leclercq et al. 2010). In der bereits erwähnten Studie von McGaughey (2004) gab ein großer Teil der befragten Patienten an, über die nach der Operation zu treffenden Vorsichtsmaßnahmen zu wenig Informationen erhalten zu haben. Im

Rahmen der genannten Validierungsstudie von in Deutschland behandelten Patienten gab ein Viertel an, bei der Entlassung nur teilweise über das richtige postoperative Verhalten informiert worden zu sein. Ein Drittel der Befragten gaben an, dass sie nicht oder nur teilweise über Warnsymptome informiert wurden. Für etwa 40 % der Patienten waren bei Entlassung nicht alle ihrer Fragen geklärt (AQUA 2012).

Wesentlich für den Erfolg der Behandlung mit einer arthroskopischen Kreuzbandplastik ist eine adäquate postoperative Rehabilitation. Nach einer Kreuzbandrekonstruktion muss gewährleistet werden, dass der Patient eine umfangreiche physiotherapeutische Nachbehandlung erhält, mit dem Ziel der Wiederherstellung der Kniefunktion im Hinblick auf Stabilität, Kraft, Beweglichkeit und neuromuskulärer Kontrolle (Adams et al. 2012; Meuffels et al. 2012; van Grinsven et al. 2010; Andersson et al. 2009; DGU 2008). Ein neuromuskuläres Training nach Meniskusteilresektion gilt ebenfalls als nützlich, wobei es hier ausreichend scheint, wenn der Patient ausführliche Anleitungen zu selbständigen Bewegungsübungen erhält (Hall et al. 2012; Goodwin et al. 2003).

Ähnlich wie die präoperative Phase stellt auch die Phase der Nachbehandlung hohe Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Eine gute und koordinierte Zusammenarbeit gewährleistet eine optimale Versorgung des einzelnen Patienten, beispielsweise hinsichtlich des Schmerzmanagements, eventueller physiotherapeutischer Maßnahmen sowie der Ergebniskontrolle nach der Operation. Die operierende Einrichtung sollte sicherstellen, dass der weiterbehandelnde Arzt den operativen Befund sowie die Empfehlungen zur Weiterbehandlung und Nachsorge erhält (Holland 2006).

2.4. Verfügbare Datenquellen

Im Rahmen der Neuentwicklung von Qualitätssicherungsverfahren wird geprüft, über welche Datenquellen die identifizierten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung abgebildet werden können. Ziel ist ein umsetzbares QS-Verfahren mit einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

Bei der vorliegenden Beauftragung sind die zu berücksichtigenden (Erhebungs-)Instrumente und damit die verfügbaren Datenquellen vorgegeben (siehe Abschnitt 1.3). Zur Aufwandsminimierung soll grundsätzlich auf eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, d.h. auf eine Abfrage spezifischer Daten zu Patienten mit Arthroskopie am Kniegelenk über eine QS-Software, verzichtet werden. Hinweise auf leistungserbringerbezogene Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung sollen im Regelbetrieb stattdessen vornehmlich auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen und einer Patientenbefragung ermittelt werden. Somit gewinnen Datenquellen an Bedeutung, die für den Leistungserbringer keinen zusätzlichen Aufwand verursachen. Zudem ermöglichen Sozialdaten bei den Krankenkassen eine Betrachtung von qualitätssicherungsrelevanten Aspekten auch über größere Zeiträume, unterschiedliche Leistungserbringer und sektorenübergreifend. Die Patientenbefragung schließlich rückt Aspekte der Patientenperspektive, die durch andere Erhebungsinstrumente nicht abgebildet werden können, in den Fokus.

Dennoch wird der Leistungserbringer selbst als Datenquelle nicht ausgeschlossen, da ein neues Instrument „Externe Begutachtung“ entwickelt werden soll, das beim Leistungserbringer vor Ort Anhaltspunkte für Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -förderung liefern soll. Für dieses Instrument ist zu prüfen, ob gegebenenfalls auch Instrumente bestehender Qualitätsprojekte als Datenquelle genutzt werden können.

Wie im Folgenden ausgeführt, werden somit drei Datenquellen für die Datenerhebung als verfügbar und grundsätzlich geeignet bewertet:

- Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Patienten
- Leistungserbringer (Klinische Dokumentation)

Personen- und einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und Leistungserbringer gemäß §299 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Die „Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Qualität der Indikationsstellung und des Behandlungsergebnisses unter Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen“ ist ein expliziter Bestandteil der Beauftragung durch den G-BA. Gemeint ist damit die Nutzung von Routinedaten bzw. der bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten. Für ihre Nutzung im Regelbetrieb ist mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden. Nach §299 Absatz 1a SGB V sind die Krankenkassen befugt und verpflichtet, Daten für die gesetzliche Qualitätssicherung bzw. die Durchführung von QS-Verfahren gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Verfügung zu stellen.

In Tabelle 11 ist dargestellt, welche Daten über die Krankenkassen potenziell zur Verfügung stehen und für die Berechnung von Indikatoren (verfahrensunabhängig) relevant sein können.

Tabelle 11: Beschreibung der potenziell verfügbaren Datenbestände

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Auszug verfügbarer Informationen zur Indikatorberechnung
§301 SGB V	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§ 115b SGB V	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§ 116b SGB V	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§ 117 SGB V	Hochschulambulanz	Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§ 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz	Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§ 119 SGB V	Sozialpädiatrisches Zentrum	Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§295 SGB V (kollektiv)	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	Erstes Behandlungsdatum im Quartal, letztes Behandlungsdatum im Quartal, Gebührenordnungspositionen (gem. EBM, inkl. Datum), Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Diagnosesicherheit, Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§295a SGB V (selektiv)	Vertragsärzte mit selektivvertraglicher Abrechnung (gemäß §§73b, 73c und 140a SGB V)	Gebührennummer (inkl. Datum), Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Diagnosesicherheit, Lokalisation und Datum), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§300 SGB V	Apotheken	Art des Leistungserbringers, Pharmazentralnummer, Verordnungsdatum des Arzneimittels

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Auszug verfügbarer Informationen zur Indikatorberechnung
§302 SGB V (Heilmittel)	Heilmittelverordnung	Art des Leistungserbringers, Art der abgegebenen Leistungen (Positionsnummer), Indikationsschlüssel, Verordnungsdatum des Heilmittels
§302 SGB V (Hilfsmittel)	Hilfsmittelverordnung	Art des Leistungserbringers, Art der abgegebenen Leistungen (Positionsnummer); Indikationsschlüssel, Verordnungsdatum des Hilfsmittels
§284 SGB V (Stammdaten)	Versichertendaten nach §284	Patientenidentifizierende Daten, Geschlecht, Geburtsdatum (Alter), Sterbedatum

Rahmenbedingungen

Voraussetzung für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist die Etablierung neuer Strukturen und Datenflüsse in der Qualitätssicherung. Insbesondere müssen Pseudonymisierungsverfahren – in Anlehnung an das Vorgehen in Bezug auf die QS-Dokumentationen – angewendet werden, und es muss eine Datenannahmestelle für die Daten gemäß §299 SGB V eingerichtet werden. Diese Voraussetzungen werden gegenwärtig durch den G-BA geschaffen.

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Etablierung von Strukturen und Datenflüssen ist die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung von Daten nach §299 SGB V. Dieses befindet sich aktuell in Entwicklung. Im Rahmen des G-BA-Auftrags¹¹ „Vorbereitende Leistungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §299 Abs. 1a SGB V im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)“ entwickelt das AQUA-Institut in Abstimmung mit den beteiligten Akteuren gegenwärtig eine allgemeine Spezifikation. Ziel dieses Projekts ist die Abstimmung und Erprobung verfahrensunabhängiger technischer Vorgaben und Grundlagen für eine spätere Umsetzung in der Qualitätssicherung. Die Ergebnisse sollen den G-BA bei der Etablierung aller notwendigen Strukturen für die Nutzung der Daten nach §299 SGB V unterstützen. Bis zur Nutzung dieser Daten im Rahmen des Regelbetriebs waren bzw. sind folgende Projektphasen zu durchlaufen:

- Vorarbeiten
Klärung der technischen Rahmenbedingungen (Alpha- und Beta-Spezifikation)
- Baustein 1: Spezifikation
Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen (Erste Version der allgemeinen Spezifikation)
- Baustein 2: Spezifikation + PCI
Entwicklung einer themenspezifischen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Thema Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (Allgemeine Spezifikation + PCI)
- Regelbetrieb
Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Qualitätssicherung (finale Spezifikation)

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die Vorarbeiten und Baustein 1 bereits weitgehend abgeschlossen. Das vorliegende Projekt basiert auf dem aktuellen Diskussionsstand (März 2014) hinsichtlich der Vorgaben für Datenerhebungen über das Instrument „Sozialdaten bei den Krankenkassen“.

Verfügbare Daten im Rahmen der Neuentwicklung

Gegenwärtig unterscheiden sich die Rechtsgrundlagen für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen von Regelbetrieben zu QS-Verfahren und Neuentwicklungen. Während §299 SGB V die Routinedatennutzung im Rahmen des Regelbetriebs der gesetzlichen Qualitätssicherung definiert, ist das AQUA-Institut zur empirischen Erarbeitung der fachlichen Grundlagen für solche Regelbetriebe auf Forschungs Kooperationen mit Krankenkassen angewiesen. Im Rahmen solcher Projekte können anonymisierte Daten verwendet werden.

¹¹ Siehe: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1762> (Zugriff am 19. März 2014).

Potenziell relevant für die Prüfung der Nutzbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen der Qualitätssicherung sind vor allem die in Tabelle 11 dargestellten Datenbestände. Um einen Datennutzungsantrag stellen zu können, musste zunächst eingeschätzt werden, in welchen Datenbeständen sich Hinweise auf die Indikationsstellung sowie Prozess- und Ergebnisqualität der Arthroskopie am Kniegelenk finden lassen. Vor dem Hintergrund der identifizierten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung wurden folgende Datenbestände als relevant im Hinblick auf eine empirische Prüfung eingestuft:

- stationäre, und ambulante Abrechnungsdaten aus Krankenhäusern (gemäß §§ 115b und 301 SGB V) und aus dem vertragsärztlichen Bereich sowie Daten zur Arbeitsunfähigkeit (gemäß §§ 295 und 295a SGB V)
- Alter, Geschlecht und Überlebensstatus des Patienten aus den Versichertenstammdaten (gemäß § 284 SGB V)
- Abrechnungsdaten zu Heil- und Hilfsmitteln (gemäß § 302 SGB V)
- Abrechnungsdaten zu Medikationen (gemäß § 300 SGB V)

Die Datenbestände nach §§ 116 b, 117, 118 und 119 SGB V wurden als nicht relevant eingestuft, da über diesen gesetzlichen Kontext keine für das Verfahren wesentlichen Leistungen abgerechnet werden.

Darüber hinaus konnten auch die Daten zur Arbeitsunfähigkeit nicht zur Abbildung der Qualitätspotenziale genutzt werden. Vorgesehen war, bei degenerativen Knieerkrankungen die Zahl der erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage vor und nach einem arthroskopischen Eingriff zu zählen. Da das Ziel der Kniearthroskopie eine Wiederherstellung der Kniefunktion bzw. die Verringerung der Kniebeschwerden ist, ist hier bei einem gewissen Teil der Patienten eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage zu erwarten. Allerdings ist die Abgrenzung einer Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund einer möglicherweise notwendigen Rehabilitation entsteht, schwer von einer weiterhin krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden. Auch können Beschwerden am nicht behandelten, aber von der degenerativen Erkrankung ebenfalls betroffenen anderen Knie, eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit begründen. Weiterhin einschränkend für die Abbildung der Qualitätspotenziale war, dass im Kollektiv der degenerativ am Knie erkrankten Personen, eine nicht unerhebliche Zahl keiner Arbeitsunfähigkeitsklärung bedürfen (z.B. Rentner, nicht als arbeitssuchend gemeldete Personen, etc.).

Auf Grundlage dieser Einschätzung wurden drei Krankenkassen um entsprechende anonymisierte Daten zu Patienten, die eine diagnostische oder therapeutische Arthroskopie am Kniegelenk erhalten haben, gebeten. Um den Behandlungsverlauf prüfen zu können, wurden Daten der Jahre 2007 bis 2011 angefordert. Es sollten alle Patienten, die im Jahr 2009 eine Arthroskopie erhalten haben (Indexfälle), einbezogen werden sowie relevante Leistungen und Diagnosen, die im Vorfeld bis einschließlich 2007 und im Anschluss bis einschließlich 2011 dokumentiert wurden. Aufgrund der zu erwartenden großen Datenmenge konnte seitens der Krankenkassen gegebenenfalls aus den Indexfällen eine Stichprobe gezogen werden. Die Kriterien für diese Stichprobe waren dem AQUA-Institut mitzuteilen. Die Beurteilung, inwieweit die angeforderten Datenbestände auch in den Regelbetrieb einzubeziehen sind, ist Bestandteil der empirischen Prüfung (siehe Abschnitt 2.5).

Datenerhebung über Patienten

Basierend auf ihren eigenen Erfahrungen können Patienten im Rahmen einer schriftlich-postalischen Patientenbefragung Qualitätsaussagen tätigen und auf Versorgungslücken bzw. Qualitätsprobleme hinweisen. In Bezug auf die Durchführung einer Arthroskopie am Kniegelenk können Patienten beispielsweise zu der von ihnen erfahrenen Prozessqualität (z.B. Aspekte der Aufklärung) sowie zu Bewegungseinschränkungen befragt werden. Damit kann die Patientenperspektive stärker in das QS-Verfahren integriert werden, als es durch andere Erhebungsinstrumente möglich wäre.

Die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung von Informationen über Patienten wurde vom G-BA separat zum Auftrag zur Entwicklung des Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* beauftragt. In dieser Beauftragung wurden zentrale Schritte zur Entwicklung des Instruments festgehalten.

Im ersten Schritt wurden parallel zur Neuentwicklung des Verfahrens die Fragebogenentwicklung und die qualitative Validierung/Inhaltsvalidierung unter Berücksichtigung der folgenden Punkte durchgeführt:

- Recherche/Analyse Qualitätsdefizite, Itemgenerierung
- Recherche und Bewertung der Fragen/Instrumente zur Ergebnisqualität aus Patientensicht, ggf. Übersetzung, Itemgenerierung
- erster Abgleich mit den anderen Erhebungsinstrumenten
- Operationalisierung (Erstellung Fragebogenentwurf 01) unter Berücksichtigung potenzieller Qualitätsdefizite, Schwerpunkte: Indikationsstellung, Ergebnisqualität
- Einbeziehung medizinischer Expertise/Fachexperten
- Einbeziehung Expertise Patienten über Fokusgruppen, Auswertung
- Erneuter Abgleich mit den anderen Erhebungsinstrumenten
- Kognitive Pretests (Einzelinterviews mit Patienten)
- Darstellung Auswertungskonzept, basierend auf dem aktuellen Sachstand zur Verfahrensentwicklung (z.B. bzgl. Datenflüssen bei den Patientenbefragungen)

Im Anschluss erfolgen im zweiten Schritt eine statistische/psychometrische Validierung sowie eine Prüfung der Test-/Messeigenschaften des entwickelten Patientenfragebogens. Das gesonderte Stellungnahmeverfahren wird nach Abgabe des Vorberichts im Februar 2015 eröffnet. Im Anschluss an das Stellungnahmeverfahren werden ggf. letzte Änderungen am Instrument vorgenommen und ein Abschlussbericht bis zum 30. Juni 2015 erstellt.

Datenerhebung über Leistungserbringer

Gemäß der Beauftragung des G-BA soll im Rahmen des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* keine klassische QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erfolgen. Die Leistungserbringer werden im Rahmen des beauftragten Instruments „Externe Begutachtung“ in das vorliegende QS-Verfahren einbezogen.

Die Leistungserbringer sind über §630f BGB sowie berufsrechtlich über §10 der (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte zu einer Dokumentation bestimmter Informationen verpflichtet, wie z.B. der klinischen Dokumentation. Die ärztliche klinische Dokumentation umfasst die Dokumentation von Befunden in Patientenakten und bildgebende Dokumente. Anhand von Operationsberichten (Originalbefunde und OP-Bilder) sowie der dokumentierten medizinischen Indikationsstellung können Aspekte der Prozessqualität, insbesondere die der Indikationsstellung (z.B. wann, durch wen und wie ist die Indikationsstellung erfolgt und wird sie durch das vorliegende Bildmaterial gerechtfertigt), abgebildet werden. Zudem sind Leistungserbringer verpflichtet, an der Qualitätssicherung nach §137 SGB V teilzunehmen.

Bei der Entwicklung des Instruments „Externe Begutachtung“ sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- inhaltliche Relevanz bzw. Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale/-ziele
- Aufwand-Nutzen-Verhältnis
- sektorenübergreifende Anwendbarkeit
- Eignung für einen Leistungserbringervergleich (Bewertungskriterien, Beurteilungsvarianten etc.)
- technische Umsetzbarkeit
- Vorgaben durch Richtlinien und datenschutzrechtliche Bestimmungen

Die Entwicklung des Instruments erfolgte in Anlehnung an bereits bestehende Qualitätssicherungsinstrumente – (1) Stichprobenprüfung der KV (§136 Abs. 2 SGB V), (2) Peer-Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) sowie (3) Strukturierter Dialog der externen stationären Qualitätssicherung (§§11 und 12 QSKH-RL) – um bereits bewährte Aspekte synergistisch zu nutzen.

Im Rahmen der Externen Begutachtung sollen anhand von Primärdokumenten die Indikations-, Dokumentations- und Prozessqualität geprüft werden. Aufgrund des hohen Aufwands kann nur eine relativ kleine Zahl an Fällen geprüft werden. Da nur bei einem Teil der Einrichtungen eine Externe Begutachtung durchgeführt wird,

ist die Abbildung von Indikatoren über dieses Instrument nicht zielführend. Ein weiteres Ziel der Externen Begutachtung ist die Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung der Einrichtung. Aufgrund dieser weiterführenden Funktion sowie der fehlenden Grundlage zur Berechnung von Qualitätsindikatoren wird die Externe Begutachtung im Folgenden nicht als Erhebungsinstrument betrachtet. Die weitere Ausarbeitung des Instruments ist in Abschnitt 7.3 zu finden.

2.5. Verfügbare Erhebungsinstrumente

Mit der Beauftragung für dieses Verfahren wird erstmals auf das Erhebungsinstrument der fallbezogenen QS-Dokumentation verzichtet. Wie in Abschnitt 2.4 beschrieben, ist stattdessen vorgegeben, dass die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung verwendet werden sollen. Die Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Daten über diese Quellen wurden bisher noch nicht in einem Regelbetrieb implementiert.

Im Folgenden ist das Vorgehen zur Prüfung einer Nutzung der verfügbaren Erhebungsinstrumente dargestellt.

Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Prüfung der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Abbildung von Indikatoren fand auf Grundlage anonymisierter Daten eines Krankenkassenverbundes statt. Nachfolgend sind die allgemeinen notwendigen (Prüf-)Schritte dazu aufgeführt:

- Datenbeschaffung:
 - Finden eines geeigneten Datenlieferanten sowie Erstellung eines Kooperationsvertrages
 - Erstellen einer Anforderung an die Sozialdaten bei den Krankenkassen, inkl. einer umfassenden Feldspezifikation für die zu liefernden anonymisierten Daten sowie Konsentierung der Feldspezifikation mit den kooperierenden Krankenkassen
 - Ggf. Klärung von Datenschutzaspekten im Vorfeld
- Datenaufbereitung:
 - Einlesen der Daten
 - Datenvalidierung und weitere Aufbereitung (u.a.: Sind die ICD/OPS-Kodes und GOP korrekt und in einem verarbeitbarem Format?)
 - Plausibilitätsprüfungen
 - Evtl. Korrektur-/Nachlieferung von Daten beim gleichen Datenlieferanten
 - Evtl. Zusätzliche Beschaffung bei weiteren Lieferanten
- Abbildbarkeit der Zielpopulation auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Erstellung und fortlaufende Anpassung eines Auswertungsplans bestehend aus:
 - allgemeinen, deskriptiven Analysen zur Darstellung der Kodierpraxis in dem zu analysierenden Bereich
 - spezifischen Auswertungen zur Prüfung der Abbildbarkeit identifizierter Qualitätspotenziale
- Abstimmung mit Experten zur Beurteilung der Zwischenergebnisse
- Zusammenfassende Beurteilung der grundsätzlichen Abbildbarkeit von Qualitätspotenzialen
- Aufarbeitung der Ergebnisse in Form von Qualitätsindikatoren für den RAM-Prozess mit erneuter Erstellung eines Auswertungsplans (s.o.)
- Probeauswertungen zur Beurteilung der Indikatoren im Rahmen des RAM-Prozesses
- Abstimmung mit den Experten des RAM-Panels, ggf. Durchführung ergänzender Analysen
- Zusammenfassung der Ergebnisse für den Vorbericht
- Ggf. zusätzliche Analysen und Anpassung der Indikatoren auf Grundlage des Stellungnahmeverfahrens
- Zusammenfassung der Ergebnisse für den Abschlussbericht

Nachstehend werden die Schritte bis zur Aufbereitung der Ergebnisse in Form von Indikatoren näher erläutert:

- Vorbereitungen zur Erarbeitung fachlicher Grundlagen für eine Spezifikation zur Nutzung von Daten gemäß §299 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) sowie Validierung der anonymisierten Daten
- methodisches Vorgehen der empirischen Prüfung
- grundlegende Ergebnisse aus der Datenaufbereitung und -prüfung, die für die Entwicklungsprozesse der Qualitätsindikatoren von Bedeutung sind

Um die fachlichen Grundlagen zur Erarbeitung einer Spezifikation zur Nutzung von Daten gemäß §299 SGB V empirisch zu erarbeiten, wie es das Methodenpapier des AQUA-Instituts vorsieht, wurden für das vorliegende Verfahren Forschungs Kooperationen mit Krankenkassen etabliert.

Da es sich hierbei um ein neues Vorgehen handelte, mussten mit den Krankenkassen Rahmenbedingungen zum Lizenz- und datenschutzrechtlichen Vorgehen abgestimmt werden. Für die Übermittlung der Daten lag noch keine dem Regelbetrieb entsprechende Spezifikation vor, daher wurde den Krankenkassen – um Verzögerungen zu vermeiden – eine vereinfachte Spezifikation zur Verfügung gestellt. Auch die Ausleitung der Daten gemäß dieser Spezifikation erforderte bei den Krankenkassen erheblichen Aufwand, sodass im weiteren Verlauf und zugunsten einer schnelleren Datenlieferung auf die strikte Einhaltung dieser Spezifikation verzichtet wurde.

Die Datenaufbereitung umfasste das Prüfen und Entfernen von Sonderzeichen sowie der einheitlichen Verwendung von Großbuchstaben bei Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Gebührenordnungspositionen. Während der Datenaufbereitung wurde festgestellt, dass Datenfelder – die pseudonymisierten IK-Nummern für den Vergleich von Leistungserbringern sowie die Prozedurenschlüssel für den ambulant-vertragsärztlichen Bereich – nachbestellt werden mussten.

Die Entwicklung der Indikatoren erfolgte entsprechend dem im Methodenpapier (AQUA 2013c) erläuterten Prozess der Indikatorentwicklung im Zuge einer Neuentwicklung unter Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen. Hierbei wurden zunächst die Qualitätspotenziale (Ziele und Defizite) ermittelt. Im zweiten Schritt erfolgte eine theoretische Einschätzung, ob die Informationen zur Abbildung eines Qualitätspotenzials regulär in den Datenquellen zu finden sind. Weiterhin wurde empirisch geprüft, ob die Informationen tatsächlich in den gelieferten Daten gefunden werden und diese in ihrer Qualität geeignet sind, das Potenzial zu beschreiben und abzugrenzen. Anhand von Fallbeispielen und deskriptiven Auswertungen z.B. der häufigsten Prozeduren (OPS-Kodes), Diagnosen (ICD-Kodes), Heilmittelpositionsnummern und Gebührenordnungspositionen, gemäß der gültigen Kataloge (IKK-Bundesverband 2006; DIMDI – OPS; DIMDI – ICD-10-GM; KBV – EBM) kam es in diesem Schritt auch zu Anpassungen der auszuwählenden Fälle. Zudem wurde eine eventuell notwendige zeitliche Komponente untersucht.

Anhand des Qualitätspotenzials der „Vermeidung von Folgeeingriffen“ wird diese Vorgehensweise im Folgenden beispielhaft umrissen.

▪ **Definition eines Indexeingriffs/Folgeeingriffs**

Arthroskopische Eingriffe und Folgeeingriffe können anhand einer OPS-Kodierung spezifiziert werden. Da es sich um abrechnungsrelevante Informationen handelt, wird erwartet, diese in den Sozialdaten bei den Krankenkassen wiederzufinden. Zu unterscheiden ist bei diesem Qualitätspotenzial, ob es sich um einen Eingriff handelt, der bei primär degenerativen Erkrankungen durchgeführt wird oder um einen Eingriff, der eine traumatische Ursache als Indikation vermuten lässt. Im ersten Schritt wurden für die Abgrenzung der Grundgesamtheit (Nenner) zwei getrennte Listen erstellt, die alle relevanten arthroskopischen Prozeduren umfassten. Im zweiten Schritt wurde jeweils ein Zähler pro Grundgesamtheit definiert. Hier wurden, in Absprache mit Kodierexperten, alle Eingriffe einbezogen, die in einem gewissen Zeitraum nach dem Index nicht durchgeführt werden sollten.

▪ **Empirische Prüfung des Datensatzes**

Während der empirischen Prüfung sollte festgestellt werden, ob die erwarteten Prozeduren vorhanden und in ihrer Darstellung geeignet sind, das Qualitätspotenzial abzubilden. Im Bereich der ambulanten Versorgung wurde es als notwendig angesehen, neben der arthroskopischen Prozedur (dem OPS-Code) die zugehörige

Gebührenordnungsziffer aufzugreifen, da auch Vor- und Nachbehandlungsfälle die Angabe der zuvor durchgeführten Prozedur als OPS-Kode erfordern, diese aber nicht als Index- oder Folgeeingriff gezählt werden dürfen. Weiterhin wurden im ambulanten Bereich nur als „gesichert“ gekennzeichnete Diagnosen für die weiteren Berechnungen verwendet. Für den Bereich der degenerativen Erkrankungen entstand die Notwendigkeit, septisch durchgeführte Indexeingriffe von der weiteren Betrachtung auszuschließen, da hier im Falle eines Folgeeingriffs nicht eindeutig zwischen einem „ungeplanten“ und einem „geplanten“ Eingriff unterschieden werden kann.

▪ **Zeitliche Abgrenzung**

Für die Gruppe der nicht-degenerativen Eingriffe ist eine zeitliche Abgrenzung eines Folgeeingriffs von einem erneuten, als Indexfall aufzufassenden Eingriff notwendig. Zu nennen wäre hier ein erneuter traumatischer Schaden (z.B. nach Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität nach der Rehabilitation), der nicht als ungeplanter Folgeeingriff gezählt werden darf. Bei degenerativen Erkrankungen kann es hingegen zu erneuten Eingriffen kommen, die ihre Ursache im Fortschreiten der Erkrankung haben kann. Eine zeitliche Begrenzung des Folgezeitraums ist bei beiden Patientengruppen notwendig. Diesbezüglich wurde mithilfe des Panels und weiterer Fachexperten (u.a. Kodierexperten) eine medizinisch inhaltliche Einschätzung vorgenommen, welcher Zeitraum für die Identifikation eines Folgeeingriffes in Abgrenzung eines erneuten Indexeingriffes geeignet ist. Über eine Darstellung des zeitlichen Verlaufs wurde dann geprüft, inwieweit die inhaltliche Einschätzung sich in den vorliegenden Daten widerspiegelt.

Insbesondere bei der empirischen Prüfung des Datensatzes wurden bestimmte Problemfelder aufgeworfen, die es erforderlich machten, in einem iterativen Prozess Anpassungen an der Definition der auszuwählenden Fälle vorzunehmen. Einige dieser Problemfelder sollen im Folgenden dargestellt werden.

Leistungserbringer

Während der Entwicklungsarbeit hat es sich als sinnvoll herausgestellt, die verschiedenen Arten der Leistungserbringung getrennt zu betrachten. Es wurde hierbei unterschieden nach:

- ambulant im Krankenhaus erbrachten Leistungen
- vollstationär erbrachte Leistungen
- belegärztlich erbrachte Leistungen
- im niedergelassenen Bereich erbrachte Leistungen

Für eine spätere Anwendung ist hingegen eine Betrachtung des Leistungserbringers im Sinne einer Institution bzw. einer Betriebsstätte notwendig. Hier kommt das Institutskennzeichen des Krankenhauses bzw. die Betriebsstättennummer der Arztpraxis infrage.

Korrekte Identifikation von Arthroskopiefällen

Die Auswahl der für das Verfahren notwendigen Fälle erfolgte in der Regel über die Kodierung der durchgeführten Prozedur gemäß OPS. Im niedergelassenen Bereich muss zusätzlich zum Vorliegen eines OPS-Kodes eine entsprechende Gebührenordnungsposition nach den Abschnitten 32.1 bzw. 36.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (KBV 2014) angegeben werden.

Im belegärztlichen Bereich kommt zudem hinzu, dass, je nach Ausgestaltung des Vertrags zwischen dem Krankenhaus und Belegarzt gemäß §121 SGB V, unterschiedlich abgerechnet wird und sich somit Anteile der abzurechnenden Leistung sowohl in den Daten nach §301 SGB V (Krankenhaus) als auch in den Daten nach §295 SGB V (niedergelassener Arzt) wiederfinden können. Hier musste entschieden werden, welchem Leistungserbringer diese Leistung zugesprochen wird. Um eine doppelte Zählung dieser Leistung zu verhindern, wurden die belegärztlichen Fälle dem Leistungserbringer „Krankenhaus“, identifiziert über die IK-Nummer, zugeschlagen und nicht der über die Betriebsstättennummer identifizierten Belegarztpraxis, da die Verantwortung für diese Fälle auch bereits im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung dem Krankenhaus zugesprochen wird. Sofern der G-BA eine abweichende Vorgabe zur Zuordnung der belegärztlichen Leistungen beschließt, kann dies entsprechend angepasst werden.

Selektivvertragliche Fälle

Da im niedergelassenen Bereich sowohl eine kollektiv-, als auch eine selektivvertragliche Abrechnungsmöglichkeit besteht, war zu prüfen, ob dies für die Arthroskopie am Kniegelenk eine Relevanz hat. In den vorliegenden Daten waren Datensätze, die im Rahmen eines Selektivvertrags abgerechnet wurden, gesondert markiert. Der Datenaustausch sowie dessen Inhalte sind grundsätzlich über die „Technische Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach §295 Abs. 1b SGB V – Regelung zu §§73b, 73c sowie 140a SGB V“ (GKV-SV 2012) geregelt. In dieser Anlage ist spezifiziert, dass auch hier ICD-, OPS-Kodes und Gebührennummern dokumentiert und übermittelt werden müssen. Jedoch ist davon auszugehen, dass die Gebührennummern nicht im Rahmen des EBM-Katalogs verzeichnet sind. Über den Abrechnungskontext (je Selektivvertrag) in diesem Bereich liegen derzeit keine Informationen vor. Für die vorliegenden Daten ist geprüft worden, ob potenzielle Arthroskopien am Kniegelenk (Identifikation über OPS-Kode – ohne Berücksichtigung der Gebührenordnungspositionen zum ambulanten Operieren) als selektivvertraglich gekennzeichnet waren. Dies war nicht der Fall. Eine valide Identifizierung der relevanten arthroskopischen Eingriffe kann nur dann sicher erfolgen, wenn entweder die für den Selektivvertrag geltenden Gebührennummern bekannt sind, oder die Dokumentation von OPS-Kodes analog §301 SGB V festgelegt wird.

Kodierungsunterschiede der Sektoren

Es wurde erwartet, dass sich die Unterschiede der Sektoren hinsichtlich der Abrechnung der Behandlungsfälle auch in der Angabe der Prozeduren und Diagnosen wiederfinden. Weiterhin wurde erwartet, dass die im Datensatz zu findenden OPS-Kodes nicht vollständig die durchgeführte arthroskopische Operation widerspiegeln würden, da nur abrechnungsrelevante Prozeduren angegeben würden. Eine Analyse der angegebenen Arthroskopie-OPS nach Sektoren ergab, dass Unterschiede in der Zahl der angegebenen Arthroskopie-OPS sich tatsächlich finden lassen, diese sich allerdings im Rahmen dessen bewegen, was durch die unterschiedliche Zuordnung der Fälle hinsichtlich der patientenspezifischen Faktoren (Multimorbidität, Komplexität des Eingriffs etc.) zu erwarten wäre (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anzahl arthroskopischer Prozeduren pro Behandlungstag

Anzahl arthroskopischer Prozeduren	ambulant im Krankenhaus durchgeführte Arthroskopien	vollstationär durchgeführte Arthroskopien	im niedergelassenen Bereich durchgeführte Arthroskopien	belegärztlich durchgeführte Arthroskopien	Gesamt
ein arthroskopischer OPS	46,7 %	34,1 %	73,7 %	35,8 %	49,1 %
zwei arthroskopische OPS	27,3 %	29,8 %	16,4 %	26,9 %	25,0 %
mehr als zwei arthroskopische OPS	26,0 %	36,1 %	9,8 %	37,2 %	25,9 %

Unterschiede wurden auch bei der Verwendung von Diagnoseschlüsseln erwartet, da hier im vertragsärztlichen Bereich keine Kodierrichtlinie vorliegt. Eine Analyse der Daten bestätigte dies teilweise, da offensichtlich eher unspezifische Kodierungen verwendet werden. Es wurden dazu bestimmte arthroskopierelevante ICD-Kodierungen geprüft. Beispielhaft ist dies für die ICD-Kodes zur Gonarthrose M17.- in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Spezifität von ICD-Kodierungen am Beispiel der Gonarthrose (M17)

ICD-Kodierung	ambulant im Krankenhaus durchgeführte Arthroskopien	vollstationär durchgeführte Arthroskopien	im niedergelassenen Bereich durchgeführte Arthroskopien	belegärztlich durchgeführte Arthroskopien	Gesamt
mindestens eine Diagnose M17.0 – M17.5	80,99 %	85,77 %	40,61 %	71,92 %	67,85 %
M17.9	19,01 %	14,23 %	59,39 %	28,08 %	32,15 %

Im niedergelassenen Bereich findet sich die unspezifische Kodierung M17.9 – „Gonarthrose, nicht näher bezeichnet“ – häufiger als die (spezifischeren) Ziffern M17.0 bis M17.5.

Seitenangabe bei Prozeduren und Diagnosen

Viele der Qualitätspotenziale erfordern eine korrekte Angabe der Seitenlokalisation. So ist zum Beispiel zum Auffinden einer Wiederholungsarthroskopie zwingend erforderlich, diese mit Hilfe der Seitenangabe der Indexleistung zu vergleichen, um Prozeduren am anderen Knie nicht als Wiederholungsarthroskopie zu zählen. Im Bereich der OPS-Kodierung gilt seit 2005 die Regelung, dass die Zusatzkennzeichen für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen (Augen, Ohren, Nieren, Extremitäten etc.) verpflichtend anzugeben sind (DIMDI 2013b). Eine Analyse der Daten ergab allerdings, dass in einem gewissen Prozentsatz von Fällen die Seitenlokalisation fehlte, besonders deutlich fand sich dies im niedergelassenen Bereich (Tabelle 14).

Tabelle 14: Fehlende Seitenangabe bei arthroskopischen Prozeduren

Seitenangabe vorhanden	ambulant im Krankenhaus durchgeführte Arthroskopien	vollstationär durchgeführte Arthroskopien	im niedergelassenen Bereich durchgeführte Arthroskopien	belegärztlich durchgeführte Arthroskopien	Gesamt
Ja	100,0 %	94,2 %	62,9 %	92,7 %	85,3 %
Nein	0,0 %	5,8 %	37,1 %	7,3 %	14,7 %

Um dieser Problematik zu begegnen, wurde ein Vorgehen entwickelt, bei nicht vorhandener Seitenangabe die im Fall kodierten ICD-Kodes zu Diagnosen für die Zuordnung der Seitenangabe heranzuziehen, falls diese mit einer eindeutigen Seitenangabe versehen sind. Hierzu wurden nur Diagnosen verwendet, die im Zusammenhang mit einer Kniearthroskopie zu erwarten wären (z.B. M17.- (Gonarthrose) oder S83.- (Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks)).

Tabelle 15: Fehlende Seitenangabe bei arthroskopischen Prozeduren nach Ergänzung der Seitenangabe durch Diagnosen

Seitenangabe vorhanden	ambulant im Krankenhaus durchgeführte Arthroskopien	vollstationär durchgeführte Arthroskopien	im niedergelassenen Bereich durchgeführte Arthroskopien	belegärztlich durchgeführte Arthroskopien	Gesamt
Ja	100,0 %	98,4 %	90,4 %	99,5 %	96,2 %
Nein	0,0 %	1,6 %	9,6 %	0,5 %	3,8 %

Die Identifikation der Seite der durchgeführten Prozedur kann also durch im Fall vorhandene Diagnoseschlüssel erhöht werden. Eine Validierung der Information erfolgte, indem bei Fällen mit vorhandener OPS-Seitenangabe, diese verglichen wurde mit der im gleichen Fall vorhandenen ICD-Seitenangabe. Dieser Vergleich ergab, dass eine falsche Zuordnung nur in insgesamt 1,6 % der Fälle erfolgte, was für die genannte Methodik als tolerabel eingestuft wurde.

Grundgesamtheit und Standardisierung

Nachdem zuvor genannte Probleme gelöst worden waren, konnte auch eine endgültige Berechnung erfolgen, wie hoch die Zahl der durchgeführten Arthroskopien ist, die in diesem Verfahren berücksichtigt werden. Da sich die Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen unterscheidet, ist eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung durchgeführt worden, um Verzerrungen zu vermeiden. Als Grundlage dienten hierzu die sogenannten KM 6-Statistiken (BMG 2009) des Bundesministeriums für Gesundheit, die basierend auf Versichertendaten der Krankenkassen erstellt werden. Es wurden dazu die nach Alter und Geschlecht gruppierten Informationen zu Versichertenzahlen auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten hochgerechnet. Da das Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* nur gesetzlich Versicherte betrachtet, wurde auf diese Population und nicht auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet.

Weiterhin ist zu beachten, dass die betrachteten Arthroskopien am Kniegelenk eine über den QS-Filter (siehe Anhang C) definierte Grundgesamtheit darstellen, die aufgrund von Ein- und Ausschlusskriterien, sowie einer

tagesbezogenen Zählung von Arthroskopen nicht ohne Weiteres mit aus anderen Datenquellen vorliegenden Zahlen verglichen werden können. So wird z.B. bei der auf §21 KHEntgG basierenden DRG-Statistik, der Krankenhausfall ohne Ausschluss von Diagnosen und ungeachtet dessen, ob ein Patient wiederholt operiert wurde, gezählt. In Abbildung 1 ist die zu erwartende Zahl an Arthroskopen am Kniegelenk in diesem Verfahren nach Alter und Geschlecht dargestellt. Basierend auf diesen hochgerechneten Daten des für die Entwicklung verwendeten Indexjahres 2009 kann im Bereich der gesetzlich Krankenversicherten auf eine Zahl von etwa 382.000 Arthroskopen am Kniegelenk geschlossen werden, die für das Verfahren relevant sind.

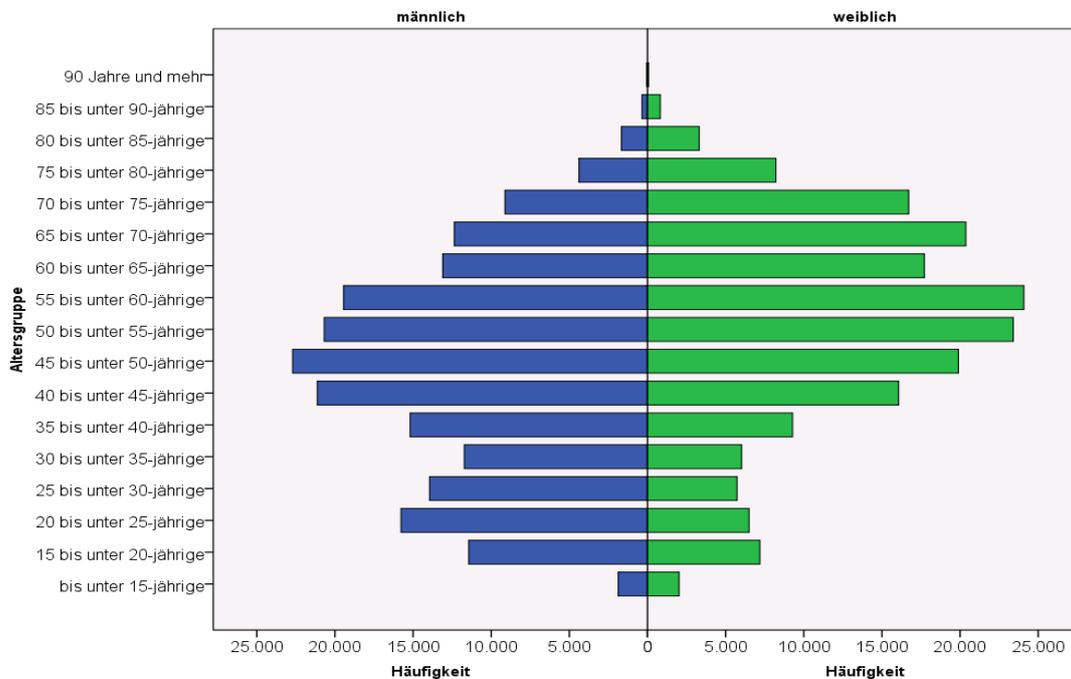


Abbildung 1: Alters- und geschlechtsstandardisierte Arthroskopien am Kniegelenk (Indexjahr 2009)

Neben den Sozialdaten bei den Krankenkassen steht als weiteres Erhebungsinstrument die Patientenbefragung zur Verfügung.

Postalische Patientenbefragung

Hinsichtlich der Patientenbefragung wurde die Entwicklung und Validierung eines verfahrensspezifischen, qualitätsfokussierten Instruments entsprechend den geltenden wissenschaftlichen Standards als integraler Bestandteil des vorliegenden Qualitätssicherungsverfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* beauftragt. Um einzelne Qualitätspotenziale in einem Fragebogen abbilden zu können, ist die Generierung sogenannter Items – Fragen und Antwortvorgaben – notwendig. Diese können neu entwickelt oder aus anderen Instrumenten ausgewählt werden. Der Prozess der Itemgenerierung findet in folgenden Schritten statt:

- Recherche nach Befragungsinstrumenten, Operationalisierung
- Durchführung von Fokusgruppen
- Einbindung von Fachexperten und Patientenvertretern
- Kognitive Pretests
- Durchführung des Panelprozesses

Sowohl die Entwicklung als auch die Validierung des Patientenfragebogens ist durch den G-BA separat zum Auftrag zur Entwicklung des Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* beauftragt worden. Die Abgabe eines Vorberichts sowie das Stellungnahmeverfahren erfolgen im Februar 2015. Sowohl die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Abbildbarkeit der Qualitätsziele/-potenziale über die Patientenbefragung, als auch die Bewertung (Relevanz und Praktikabilität) der entwickelten Indikatoren zur Patientenbefragung fanden im Panelverfahren zur Entwicklung des Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* statt. Die Ergebnisse des Bewertungsprozesses sowie die Würdigung der Indikatoren sind in Abschnitt 6.3 zu finden.

Abbildbarkeit der Qualitätsziele/-potenziale

Nachfolgend wird beschrieben, welche Qualitätspotenziale über welches Erhebungsinstrument abgebildet werden können.

Tabelle 16: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätsziele/-potenziale

	Sozialdaten bei den Krankenkassen	Patientenbefragung
Patientenrelevante Endpunkte		
A – Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung/Wiederherstellung der Kniefunktion	-	+
B – Vermeidung von Folgeeingriffen	+	(+)
C – Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen	+	(+)
1 – Indikationsstellung		
1.a – Diagnostik		
Angemessene Anamnese	-	+
Angemessene klinische Untersuchung	-	+
Durchführung apparativer Diagnostik	+	(+)
Vollständige Dokumentation präoperativer Befunde	-	-
1.b – Vorliegen von Kriterien für eine Indikation		
Sachgerechte Indikation	+	-
Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten	+	(+)
Präoperative Verdachtsdiagnose bestätigt sich arthroskopisch	-	-
Arthroskopie ergibt behandlungsbedürftigen Befund	-	-
1.c – Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung		
Umfassende Aufklärung und Entscheidungseinbeziehung des Patienten vor OP	-	+
2 – Durchführung der Arthroskopie		
Ausreichende Schmerzbehandlung	-	+
Sachgerechte Durchführung des Eingriffs	-	-
3 – Nachbehandlung		
Aufklärung zum postoperativen Verhalten und zur postoperativen Phase	-	+
Nachbehandlung und Ergebniskontrolle inkl. interdisziplinärer Koordination	(+)	(+)

Legende:

- + = Dieses Erhebungsinstrument kann ohne erhebliche Einschränkung zur Abbildung des Qualitätspotenzials genutzt werden.
- (+) = Dieses Erhebungsinstrument kann nur mit (erheblichen) Einschränkungen zur Abbildung des Qualitätspotenzials genutzt werden. Darunter ist zu verstehen, dass eine Erhebung der gewünschten Daten entweder nur eingeschränkt möglich ist (z.B. keine hinreichend spezifische Abbildung durch die zugrunde liegenden Daten) oder aber mit einem unverhältnismäßigen Erhebungsaufwand verbunden ist.
- – = Dieses Erhebungsinstrument ist zur Abbildung des Qualitätspotenzials ungeeignet oder die zu erhebenden Daten sind in der Datenquelle nicht verfügbar.

In den folgenden Abschnitten wird die Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale durch die beschriebenen Erhebungsinstrumente vergleichend erläutert.

Patientenrelevante Endpunkte

A – Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung/Wiederherstellung der Kniefunktion

Kniebeschwerden sowie die Kniefunktion kann der Patient sowohl vor dem Eingriff, als auch nach dem Eingriff subjektiv gut bewerten und vergleichen. Eine Abbildung der Verringerung von Kniebeschwerden sowie der Verbesserung/Wiederherstellung der Kniefunktion über das Erhebungsinstrument Patientenbefragung ist daher möglich. In den Sozialdaten bei den Krankenkassen sind hingegen keine Informationen vorhanden, die eine Aussage über Kniebeschwerden bzw. über die Kniefunktion vor oder nach dem Eingriff zulassen. Das Qualitätsziel/-potenzial kann somit nicht über dieses Ergebnisinstrument abgebildet werden.

B – Vermeidung von Folgeeingriffen

Folgeeingriffe können über Sozialdaten bei den Krankenkassen gut abgebildet werden. Die relevanten Eingriffe können über OPS-Kodes abgebildet werden, die sowohl eine Aussage über die Art als auch den Zeitpunkt des Eingriffs ermöglichen. Zudem können Folgeeingriffe über einen längeren Zeitraum zuverlässig und aufwandsarm erfasst werden.

Die Abbildung dieses patientenrelevanten Endpunktes ist über eine Patientenbefragung nur eingeschränkt möglich. Die Patienten können grundsätzlich nach weiteren operativen Eingriffen am Kniegelenk nach einer vorherigen Arthroskopie gefragt werden. Aufgrund des für die Patientenbefragung vorgesehenen Befragungszeitpunkts – sechs Monate postoperativ – können jedoch nur die Folgeeingriffe erfasst werden, die in diesem Zeitraum durchgeführt wurden. Folgeeingriffe, die erst ein bis zwei Jahre nach der Arthroskopie durchgeführt werden, können über die Patientenbefragung nicht erfasst werden.

C – Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen

Das Auftreten von postoperativen Komplikationen kann über Sozialdaten bei den Krankenkassen gut erfasst werden. Über relevante Diagnosen und Operations- und Prozedurenschlüssel können behandlungsbedürftige Komplikationen ab dem ersten Tag nach dem Indexeingriff identifiziert werden. Zudem können auch Komplikationen über einen längeren Zeitraum zuverlässig und aufwandsarm erhoben werden.

Über eine Patientenbefragung kann das Auftreten von postoperativen Komplikationen nur eingeschränkt erfasst werden. Patienten können i.d.R. keine detaillierte Beurteilung der aufgetretenen Komplikationen (z.B. oberflächliche oder tiefe Wundinfektion) vornehmen. Jedoch können sie angeben, ob die Komplikation behandlungsbedürftig war und ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Auch hier können nur die Komplikationen erfasst werden, die innerhalb der ersten sechs Monate aufgetreten sind und somit in den Befragungszeitraum fallen.

1 – Indikationsstellung

1.a – Diagnostik

Über den Patientenfragebogen kann erfragt werden, ob grundsätzlich eine Anamnese durchgeführt wurde und welche Inhalte (Vor- und Entstehungsgeschichte, Beschwerdebild) dabei vom behandelnden Arzt erfragt wurden. Die Abbildung dieses Qualitätspotenzials ist somit über die Patientenbefragung möglich. In den Sozialdaten bei den Krankenkassen sind hingegen keine Informationen vorhanden, die eine Aussage über eine sachgerechte Anamnese vor dem Eingriff zulassen. Das Qualitätsziel/-potenzial kann daher nicht über dieses Erhebungsinstrument abgebildet werden.

Eine Abbildung des Qualitätspotenzials „Angemessene klinische Untersuchung“ ist über die Patientenbefragung möglich. Die Patienten können grundsätzlich angeben, ob eine klinische Untersuchung ihres Knies durch den Arzt vorgenommen wurde. Da im Rahmen jeder Diagnostik eine klinische Untersuchung des Knies durchgeführt werden sollte, müssen die Patienten an dieser Stelle auch nicht beurteilen, ob eine klinische Untersuchung überhaupt notwendig war. Gegebenenfalls können die Patienten, allerdings nur eingeschränkt beurteilen, ob die Untersuchung angemessen durchgeführt wurde und zielführend für die Abschätzung der Diagnose war. In den Sozialdaten bei den Krankenkassen sind hingegen keine Informationen vorhanden, die eine Aussage über eine angemessene klinische Diagnostik vor dem Eingriff zulassen. Das Qualitätsziel/-potenzial kann folglich nicht über dieses Erhebungsinstrument dargestellt werden.

Hinsichtlich der Durchführung einer apparativen Diagnostik können Patienten beantworten, ob eine MRT oder eine Röntgenuntersuchung durchgeführt wurden. Die Notwendigkeit der diagnostischen Maßnahme kann der Patient i.d.R. jedoch nicht einschätzen. Vor diesem Hintergrund ist die Abbildung des Qualitätspotenzials „Durchführung apparativer Diagnostik“ über die Patientenbefragung lediglich eingeschränkt möglich. Über Sozialdaten bei den Krankenkassen hingegen können im ambulanten Bereich die MRT sowie die Röntgenuntersuchung erfasst werden. Im stationären Bereich kann ausschließlich die MRT erfasst werden. Ein einschränkender Faktor ist dabei aber, dass sich diese Informationen lediglich allgemein auf die Extremitäten und/oder deren Teile bzw. auf das Muskel-Skelett-System beschränken und somit keine spezifische Angabe der Lokalisation enthalten ist. Die Zuordnung zur Arthroskopie am Kniegelenk ist somit nur über einen zeitlichen Bezug zur Durchführung des arthroskopischen Eingriffs möglich (Datum der MRT-Untersuchung – Datum der Arthroskopie).

Die Abbildung einer vollständigen Dokumentation der präoperativen Befunde ist sowohl über die Sozialdaten bei den Krankenkassen, als auch über die Patientenbefragung nicht möglich. Patienten haben i.d.R. keine Einsicht in die ärztliche Dokumentation und der Prozess der Dokumentation von präoperativen Befunden ist kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation zur Abrechnung. Das bedeutet, dass diese Informationen weder über den Patienten, noch nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können.

Die vollständige Dokumentation der präoperativen Befunde kann jedoch stichprobenartig über das Instrument Externe Begutachtung aufgegriffen werden.

1.b – Vorliegen von Kriterien für eine Indikation

Eine direkte Abbildung der sachgerechten Indikationsstellung über Sozialdaten bei den Krankenkassen ist aufgrund der häufig komplexen Konstellationen (z.B. Gonarthrose mit Gelenkblockierung), die uneingeschränkte Indikation einer Arthroskopie belegen, über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht möglich. Zur Abbildung der sachgerechten Indikationsstellung wurden deshalb Kriterien definiert, die zur Überprüfung einer angemessenen Indikationsstellung genutzt werden können. So kann die Durchführung einer Wiederholungsarthroskopie oder die Implantation einer Knie-Endoprothese kurz nach dem arthroskopischen Eingriff darauf hinweisen, dass die Indikationsstellung bei der ersten Arthroskopie hinterfragt werden kann. Somit können über Sozialdaten bei den Krankenkassen durchaus relevante Aspekte erfasst werden, die Hinweise auf eine sachgerechte Indikationsstellung in der Einrichtung geben. Zur Abbildung der Folgeeingriffe sind die Sozialdaten bei den Krankenkassen folglich geeignet.

Eine Aussage zur sachgerechten Indikationsstellung kann der Patient nur teilweise vornehmen. Die Validität der Aussage ist jedoch eng an die Qualität der ärztlichen Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung geknüpft. Ein Patient kann diese Aussage nur tätigen, wenn er umfassend und verständlich informiert wurde. Zudem kann nicht das medizinische Hintergrundwissen vorausgesetzt werden, welches zur Bewertung einer sachgerechten Indikationsstellung notwendig ist. Dieses Qualitätsziel/-potenzial kann somit nicht über das Erhebungsinstrument Patientenbefragung abgebildet werden.

In den Sozialdaten bei den Krankenkassen können konservative Vor- oder Nachbehandlungen – z.B. eine Physiotherapie oder eine Schmerztherapie – über die Verordnung von Heil- und Arzneimitteln erfasst werden. Jedoch kann über die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur erfasst werden, dass Maßnahmen abgerechnet worden sind. Eine Aussage über die Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten ist nicht möglich. Auch kann kein Zusammenhang zwischen der Maßnahme und dem arthroskopischen Eingriff hergestellt werden, da die Indikation der Maßnahme nicht spezifisch erfasst werden kann. Die Abbildung des Qualitätsziels/-potenzials über Sozialdaten bei den Krankenkassen ist indirekt dennoch möglich.

Für die Abbildung des Qualitätsziels/-potenzials „Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten“ ist die Patientenbefragung nur eingeschränkt geeignet. Patienten können grundsätzlich danach gefragt werden, ob konservative Maßnahmen im Sinne einer physiotherapeutischen Behandlung oder einer Schmerztherapie durchgeführt wurden. Eine Einschätzung, ob die prinzipiell zur Verfügung stehenden konservativen Maßnahmen umfassend ausgeschöpft wurden und angemessen waren, kann durch die Patienten nicht abschließend beurteilt werden.

Ob die Arthroskopie einen behandlungsbedürftigen Befund ergab, kann der Patient nur unter gewissen Voraussetzungen beantworten. Jeder Patient sollte postoperativ über den Befund und über die im Rahmen des arthroskopischen Eingriffs durchgeführten Maßnahmen informiert und aufgeklärt werden. Einschränkend ist

aber darauf hinzuweisen, dass die Beantwortung dieser Frage eng an die Qualität der ärztlichen Aufklärung nach der Operation geknüpft ist und ein Patient diese Fragen nur beantworten kann, wenn er umfassend und verständlich informiert wurde. Informationen zu Befunden des Eingriffs sind zudem kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung, d.h., dass diese Informationen nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können. Für die Abbildung der Qualitätspotenziale/-ziele „Präoperative Verdachtsdiagnose bestätigt sich arthroskopisch“ und „Arthroskopie ergibt behandlungsbedürftigen Befund“ sind die zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente folglich nicht geeignet.

Ob die präoperative Verdachtsdiagnose sich arthroskopisch bestätigt, oder die Arthroskopie einen behandlungsbedürftigen Befund ergibt kann jedoch stichprobenartigen über das Instrument „Externe Begutachtung“ aufgegriffen werden.

1.c – Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung

Für die Abbildung der umfassenden Aufklärung des Patienten vor dem operativen Eingriff sowie den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung ist die Patientenbefragung geeignet. Die Patienten können beantworten, ob eine Aufklärung hinsichtlich der Arthroskopie stattgefunden hat und ob diese Informationen (z.B. Ziele, Erfolgsaussichten und Risiken der Operation) für sie verständlich dargestellt wurden und hilfreich bei der Entscheidung für oder gegen einen Eingriff waren. Darüber hinaus können die Patienten Auskunft darüber geben, ob und inwieweit sie bei der Entscheidung für oder gegen eine Arthroskopie mit einbezogen waren bzw. ob und inwieweit sie frei entscheiden konnten.

Das Qualitätsziel/-potenzial kann nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden, da diese Informationen kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung sind. Somit ist dieses Erhebungsinstrument zur Abbildung der umfassenden Aufklärung nicht geeignet.

2 – Durchführung der Arthroskopie

Zur Abbildung einer ausreichenden Schmerzbehandlung während und nach der Arthroskopie ist die Patientenbefragung grundsätzlich geeignet. Jeder Patient kann, bezogen auf sein individuelles Schmerzempfinden, beantworten, ob die durchgeführte Schmerztherapie effektiv und für ihn ausreichend war.

Der Prozess der Schmerzbehandlung kann nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden, da diese Informationen kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung sind. Die Abbildung einer ausreichenden Schmerzbehandlung über dieses Erhebungsinstrument ist folglich nicht geeignet.

Ob der arthroskopische Eingriff sachgerecht durchgeführt wurde, kann der Patienten nur unter gewissen Voraussetzungen beantworten. Jeder Patient sollte über diesen Prozess informiert und aufgeklärt werden. Einschränkung ist aber darauf hinzuweisen, dass die Beantwortung dieser Frage eng an die Qualität der ärztlichen Aufklärung nach der Operation geknüpft ist und ein Patient diese Fragen nur beantworten kann, wenn er umfassend und verständlich informiert wurde. Die Information über die sachgerechte Durchführung des Eingriffs ist zudem kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung, was bedeutet, dass diese Informationen nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können. Für die Abbildung der sachgerechten Durchführung des Eingriffs sind die zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente folglich nicht geeignet.

Ob der Eingriff sachgerecht Durchführung wurde, kann jedoch stichprobenartig über das Instrument „Externe Begutachtung“ aufgegriffen werden.

3 – Nachbehandlung

Die Aufklärung der Patienten über die postoperative Phase nach der Arthroskopie sowie speziell zum postoperativen Verhalten kann über die Patientenbefragung abgebildet werden. Die Patienten können, entsprechend der präoperativen Aufklärung, Auskunft darüber geben, inwieweit überhaupt eine Aufklärung zum postoperativen Verhalten (z.B. Belastung des operierten Beins, Anzeichen einer Komplikation, Ansprechpartner bei Fragen und Problemen) erfolgte und wie verständlich und hilfreich diese gewesen ist. Da die Informationen zur Aufklä-

zung des postoperativen Verhaltens und der postoperativen Phase kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung sind, können diese nicht über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Die Abbildung des Qualitätsziels/-potenzials über dieses Erhebungsinstrument ist daher nicht möglich.

Eine Abbildung der Nachbehandlung und der Ergebniskontrolle über Sozialdaten bei den Krankenkassen ist eingeschränkt möglich. Eine Nachbehandlung im Sinne von physiotherapeutischen Maßnahmen und Schmerztherapie kann über die Verordnung von Heil- und Arzneimitteln erfasst werden. Ein Zusammenhang zwischen diesen Maßnahmen und dem arthroskopischen Eingriff kann nicht abgeleitet werden, da die Indikation der Maßnahmen nicht spezifisch erfasst werden kann. Zudem kann nicht erfasst werden, ob eine Ergebniskontrolle sowie eine interdisziplinäre Koordination im Rahmen der Nachbehandlung stattgefunden hat.

Auch über die Patientenbefragung ist das Qualitätsziel/-potenzial eingeschränkt abbildbar. Der Patient kann gefragt werden, ob ihm die Ansprechpartner zur Nachbehandlung bekannt waren und ob eine Nachbehandlung stattgefunden hat. Dies lässt indirekt eine Aussage über eine interdisziplinäre Koordination sowie zur Nachbehandlung zu. Ob die Nachbehandlung sowie die Ergebniskontrolle angemessen war, kann über die Patientenbefragung nicht erfasst werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Prozessqualität eher über Patientenbefragung erhoben werden kann, während die Ergebnisqualität überwiegend über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden kann. Für Qualitätsziele und -potenziale, die nicht über die verfügbaren Erhebungsinstrumente abgebildet werden können, wie z.B. die vollständige Dokumentation präoperativer Befunde, ist zur Abbildung die Einsicht in die Patientenakten notwendig. Dies ist im Rahmen der Externen Begutachtung stichprobenartig möglich.

3. Themenkonkretisierung

3.1. Scoping-Workshop

Für die Themenkonkretisierung wurden die Ergebnisse des Scoping-Workshops, welcher im Rahmen der ersten, im November 2010 beauftragten, Entwicklungsleistung *Arthroskopie am Kniegelenk* (AQUA 2011) durchgeführt wurde, berücksichtigt.

Am entsprechenden Scoping-Workshop, der am 12. Januar 2011 stattfand, nahmen insgesamt 41 Experten, überwiegend aus den orthopädisch-unfallchirurgischen Fachbereichen sowie Patientenvertreter teil. Unter den Teilnehmern waren auch Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, der KBV, der DKG und des MDK vertreten. Das Ziel dieses Workshops war es, die Bandbreite des Themas aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten und dem Fachpublikum Gelegenheit zur kritischen Stellungnahme und Diskussion zu geben.

Im Rahmen des Workshops wurden Potenziale für die Qualitätsverbesserung bei der Arthroskopie am Kniegelenk diskutiert und bereits bestehende Qualitätsinitiativen (Qualis[®], Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 2 SGB V) vorgestellt. Relevante Aspekte zur Indikationsstellung, Durchführung und Nachsorge einer Arthroskopie am Kniegelenk, u.a. vor dem Hintergrund der Patientenperspektive, wurden hervorgehoben und diskutiert. In weiteren Diskussionen empfahlen die Experten, in einem QS-Verfahren die heterogene Population von Patienten mit Arthroskopie bzgl. bestimmter Qualitätsaspekte (z.B. Indikationsstellung) krankheitsspezifisch einzugrenzen.

Im Rahmen der aktuellen Entwicklungsleistung wurde davon abgesehen, einen weiteren Scoping-Workshop zu veranstalten. Die im ersten Workshop gewonnenen Erkenntnisse wurden als hinreichende Grundlagen für die erneute Auftragskonkretisierung erachtet.

3.2. Versorgungspfad

Abbildung 2 zeigt einen idealtypischen Versorgungsverlauf bei Patienten mit degenerativ oder traumatisch bedingten Kniebinnenschäden, die eine Arthroskopie am Kniegelenk erhalten. Der Versorgungspfad bündelt und visualisiert die Ergebnisse der Themenerschließung. Er wurde auf Grundlage der im Rahmen der systematischen Literaturrecherche ermittelten HTAs, systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien (siehe Anhang A) erstellt und gemeinsam mit den Experten des RAM-Panels diskutiert und geprüft.

Am Anfang des Versorgungspfades steht der Patient, der aufgrund von Kniebeschwerden einen Arzt aufsucht. Der erste Arztkontakt erfolgt in vielen Fällen mit dem Hausarzt. Auf Grundlage einer ersten präoperativen Diagnostik mit Anamnese und ggf. klinischer Untersuchung weist der Hausarzt den Patienten in der Regel einem Orthopäden oder Unfallchirurgen zu. Auch der unmittelbare Kontakt des Patienten mit einem Orthopäden oder Unfallchirurgen ist keine Seltenheit. Wurden die bestehenden Knieprobleme durch ein akutes Trauma verursacht, beginnen die Erstversorgung und die präoperative Diagnostik häufig auch in der stationären Notaufnahme. Der stationär oder ambulant tätige Orthopäde oder Unfallchirurg führt (ggf. erneut) eine Anamnese und klinische Diagnostik durch. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus Anamnese und klinischer Untersuchung wird ggf. eine ergänzende apparative Diagnostik veranlasst, an der ein Facharzt für Radiologie beteiligt ist. Ergebnis der präoperativen Diagnostik ist eine Verdachtsdiagnose.

Anhand der Verdachtsdiagnose erfolgt ein Gespräch zwischen Patient und Arzt mit dem Ziel der gründlichen Aufklärung des Patienten und der gemeinsamen Abwägung einer Entscheidung für oder gegen eine Arthroskopie. Im Rahmen dieses Gespräches wird auch das Behandlungsziel (z.B. mögliche Arthroskopie) festgelegt. Bei einer Entscheidung gegen einen operativen Eingriff erhält der Patient in der Regel eine konservative Behandlung mit definiertem Behandlungsziel. Erfolgt die Entscheidung zur Arthroskopie, findet ein (nochmaliges) Aufklärungsgespräch zur Anästhesie und Operation statt, bevor die Arthroskopie durchgeführt wird. Der Arzt, der die Arthroskopie durchführt, ist nicht immer identisch mit dem Arzt, der die präoperative Diagnostik und das Gespräch zur Entscheidungsfindung durchgeführt hat. Mithilfe der vorliegenden präoperativen Befunde, einer

eigenen (fokussierten) Anamnese und klinischen Untersuchung muss sich der Operateur über die Korrektheit der Indikation vergewissern, bevor er eine Arthroskopie durchführt.

Entsprechend dem AOP-Katalog kann eine Arthroskopie ambulant und unter bestimmten Voraussetzungen auch stationär durchgeführt werden (§ 115b Abs. 1 SGB V). Die meisten resektiven Eingriffe werden ambulant durchgeführt. Bei Kreuzbandrekonstruktionen, ausgedehnten Eingriffen mit hohem Blutungsrisiko sowie je nach vorliegenden Begleiterkrankungen oder sozialen Faktoren wird eher eine stationäre Versorgung empfohlen (Strobel 2010; Höher 2005).

Im Anschluss an die Arthroskopie folgt die Nachbehandlung des Patienten. In vielen Fällen führt der Operateur nicht die komplette Weiterbehandlung durch. Nach der Entlassung des Patienten aus der operierenden Einrichtung sind häufig der Hausarzt oder der u.U. zusätzlich involvierte Orthopäde oder Unfallchirurg an den weiteren Maßnahmen beteiligt. Eine wesentliche Rolle im Rahmen der Nachbehandlung spielt außerdem der Physiotherapeut, beispielsweise im Falle von Kreuzbandrekonstruktionen.

Auf Grundlage einer Ergebniskontrolle im Rahmen der Nachbehandlung verständigen sich der weiterbehandelnde Arzt und der Patient darüber, ob das Behandlungsziel erreicht ist. Sie treffen gemeinsam eine Entscheidung darüber, ob die Behandlung abgeschlossen ist oder ob weiterführende diagnostische, therapeutische oder konservative Maßnahmen vorgenommen werden sollen.

Die in Abschnitt 2.3 erläuterten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung wurden den entsprechenden Schritten im Versorgungspfad zugeordnet. Diese werden im Versorgungspfad mit einem nummerierten Kreuz dargestellt (siehe Legende). Darüber hinaus sind die patientenrelevanten Endpunkte „Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung/Wiederherstellung der Kniefunktion“, „Vermeidung von Folgeeingriffen“ sowie „Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen“ im Versorgungspfad abgebildet (siehe Abbildung 2)

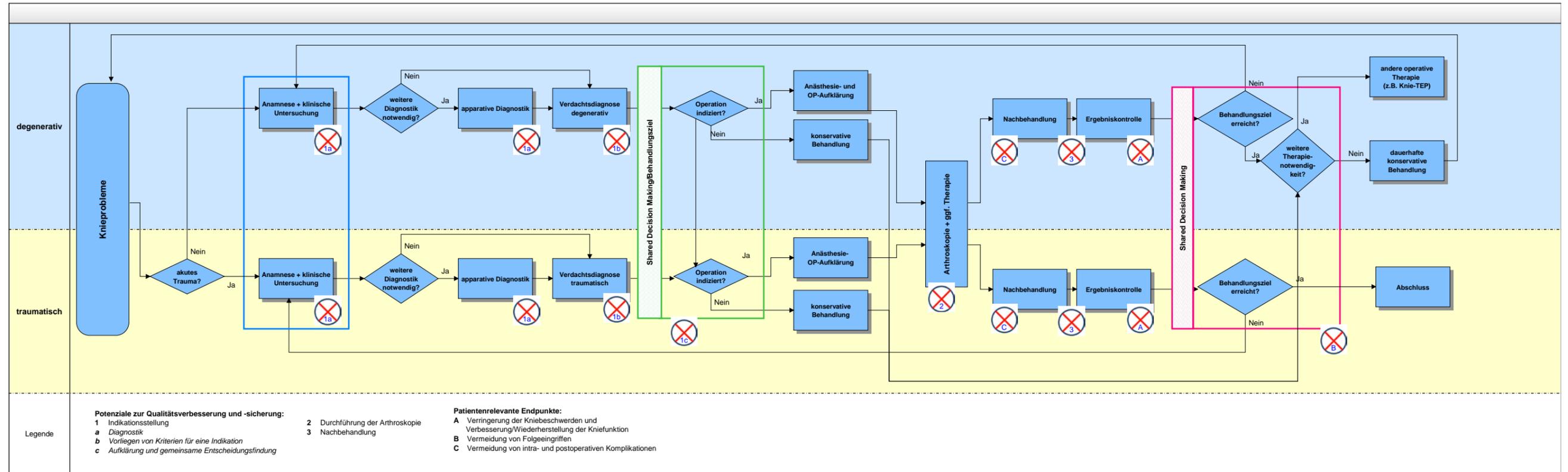


Abbildung 2: Versorgungspfad zur Arthroskopie am Kniegelenk mit den ermittelten Potenzialen zur Qualitätsverbesserung und -sicherung

3.3. Auftragskonkretisierung

Die Auftragskonkretisierung erfolgte in Abstimmung mit dem G-BA, im Besonderen mit der Arbeitsgruppe für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Unterausschusses Qualitätssicherung (AG Qesü-RL).

Eine erste Konkretisierung der Beauftragung wurde in der Sitzung der AG Qesü-RL am 5. April 2013, basierend auf den Inhalten des zugrundeliegenden Abschlussberichtes vom 23. Dezember 2011, den Vorgaben des G-BA-Auftrags sowie den Ergebnissen aus der aktualisierten und erweiterten Themenerschließung, vorgenommen. Die weitere Konkretisierung der Beauftragung bezüglich der Ausgestaltung der (Erhebungs-)Instrumente erfolgte in enger Abstimmung mit der AG in den Sitzungen am 31. Mai, 25. Juni, 18. September, 1. Oktober 2013 sowie abschließend am 13. Februar 2014 und ist in den entsprechenden G-BA-Protokollen niedergelegt.

Zielpopulation

Mit dem vorliegenden Verfahren sollen zum einen alle arthroskopischen Eingriffe, die aufgrund von degenerativen Veränderungen am Kniegelenk durchgeführt werden, überprüft werden. Unter den degenerativen Veränderungen werden arthrotische Veränderungen des Kniegelenks (Gonarthrose) und degenerativ und traumatisch bedingte Meniskusschädigungen zusammengefasst. Zum anderen sollen alle Fälle mit Verletzungen des vorderen und hinteren Kreuzbandes, bei denen arthroskopisch eine Kreuzbandplastik vorgenommen wurde, erfasst werden.

Der G-BA-Auftrag definiert das neu zu entwickelnde QS-Verfahren als ein auf die Prozedur (Arthroskopie) bezogenes Verfahren. Dies schafft besondere Bedingungen, die sich von einem diagnosebezogenen Verfahren deutlich unterscheiden. Der Vorteil des prozedurbezogenen Verfahrens liegt in der klaren Auslösbarkeit des Verfahrens mit dem Datum des Indexeingriffs und damit sowohl der klaren Definierbarkeit von Follow-up-Intervallen als auch der eindeutigen Verantwortungszuordnung. Im Unterschied zu Diagnosen müssen Prozeduren stets mit einem konkreten Datum kodiert werden, was vorteilhaft ist bei einem Verfahren unter Berücksichtigung von Sozialdaten bei den Krankenkassen anstelle einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie der Gonarthrose ist der Erkrankungsbeginn zudem auch anamnestisch oft nicht klar bestimmbar, da die Symptomatik und die destruirenden Gelenkveränderungen häufig nicht miteinander korrelieren. Auf der anderen Seite kann in einem prozedurbezogenen Verfahren der Verlauf der Grundkrankheit unabhängig von der Prozedur nur bedingt berücksichtigt werden, da keine Daten von Patienten erhoben werden, die keinen Eingriff erhalten haben. Dies führt gerade bei Eingriffen, die die Grundkrankheit (z.B. Gonarthrose) nicht heilen können, zu Schwierigkeiten in der Abgrenzung einer prozedurbedingten Komplikation von einer prozedurunabhängigen Progression der Grundkrankheit. Ein weiterer Nachteil eines prozedurbezogenen Verfahrens besteht bei der Beurteilung der Indikationsstellung. Es könnten Fälle auffallen, in denen Patienten einen Eingriff erhalten haben zu dem es jedoch keine angemessene Indikation gibt. Andererseits könnten Fälle nicht erkannt werden, bei denen es eine angemessene Indikation gab, aber kein Eingriff durchgeführt wurde.

Grundsätzlich muss auch angemerkt werden, dass eine Beurteilung der Indikationsstellung allein aus Abrechnungsdaten ohne Einbezug der ärztlichen Dokumentation schwierig ist. Werden in einem Follow-up-Indikator auffällig häufig Folgeprobleme festgestellt, so kann dies sowohl durch eine fehlerhafte Indikationsstellung als auch durch eine ungenügende Durchführung der Prozeduren bedingt sein. Diese unterschiedlichen Begründungszusammenhänge können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht differenziert werden. Somit sind einige relevante Aspekte der Indikationsstellung allein auf Basis von Sozialdaten nicht abbildbar.

Da zudem für viele Prozeduren meist mehrere Indikationen bestehen, führt eine prozedurbezogene Auswahl der Zielpopulation in der Regel zu einer größeren Heterogenität hinsichtlich der Grunderkrankungen, was durch eine komplexe Risikoadjustierung oder durch die Bildung von Indikatoren für spezifische Subpopulationen aufgefangen werden muss.

Die definierte Zielpopulation umfasst im stationären Bereich eine Fallzahl von etwa 232.000 arthroskopischen Eingriffen (Angabe des Statistischen Bundesamtes) sowie im ambulant vertragsärztlichen Bereich von etwa 181.000 Arthroskopien (Angabe der KBV).

Dabei ist zu erwarten, dass zirka 1.170 Krankenhäuser (Angabe des Statistischen Bundesamtes) und etwa 2.800 Vertragsärzte (Angabe der KBV) in das QS-Verfahren eingeschlossen werden.

Ausschlusskriterien

Um ein nicht zu heterogenes Patientenkollektiv zu erhalten, sollen Fälle mit bösartigen Neubildungen, chronischer Polyarthrit, Osteomyelitis sowie Patienten mit Knochenfrakturen in dem QS-Verfahren nicht mit erfasst werden.

Bei den genannten Krankheitsgruppen wird der Verlauf einer zusätzlichen degenerativen Veränderung im Kniegelenk oder eines traumatischen Ereignisses durch eine Vielzahl spezifischer Einflussfaktoren geprägt. Somit sind sowohl die Indikation als auch der postoperative Verlauf des arthroskopischen Eingriffs aufgrund der individuellen Krankheitsverläufe sehr verschieden. Hinzukommt, dass Komplikationen in diesen Fällen oft nicht auf den arthroskopischen Eingriff selbst sondern die spezifische Komorbidität zurückgeführt werden müssen. Bei Knochenfrakturen wird der arthroskopische Eingriff überwiegend nur als begleitender Eingriff durchgeführt. Der Verlauf wird dann durch die dominante, operative Frakturversorgung bestimmt und nicht durch den weniger belastenden arthroskopischen Zusatzeingriff.

Erfassung der Indikationsqualität sowie qualitätsrelevanter Prozesse und Ergebnisse

Die Erfassung der Indikationsqualität sowie qualitätsrelevanter Prozesse und Ergebnisse im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* ist grundsätzlich über die Erhebungsinstrumente „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ und „Patientenbefragung“ vorgesehen. Darüber hinaus soll zur Prüfung der Prozessqualität, inkl. der Indikationsstellung sowie der Ergebnisqualität das Instrument „Externe Begutachtung“ entwickelt werden.

Auf Basis eines OPS-, ICD- und GOP-bezogenen QS-Filters sollen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen die Daten derjenigen Patienten erfasst werden, die einen arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk erhalten haben. Für diese sollen spezifizierte Daten bei den Krankenkassen aller stationären Aufenthalte, der ambulanten Operationen im Krankenhaus sowie vertragsärztlich und belegärztlich durchgeführten Arthroskopien erhoben werden (siehe Abschnitt 7.1). Diese Daten dienen sowohl der Erfassung von Indikations- und Ergebnisparametern als auch von Prozessparametern. Auf Grundlage der aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildeten Indikatoren wird ein Leistungserbringervergleich mit Schwerpunkt auf den identifizierten Verbesserungspotenzialen durchgeführt.

Zur Abbildung der Patientenperspektive ist eine Patientenbefragung vorgesehen. Eine zufallsbezogene Stichprobe von Patienten, die einen arthroskopischen Eingriff am Knie erhalten haben, soll hinsichtlich der Indikationsqualität und qualitätsrelevanter Prozesse und Ergebnisse bzgl. der Arthroskopie am Kniegelenk ausgewertet werden (siehe Abschnitt 7.2).

Es wird vorgesehen, die aus der Patientenbefragung entwickelten Qualitätsindikatoren gemeinsam mit den Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen in einem Index auszuwerten. Das vorrangige Ziel der Indexbildung im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* besteht darin, die Unterscheidungsfähigkeit (Diskriminationsfähigkeit) der Ergebnisse der unterschiedlichen Einrichtungen zu verbessern. Zudem soll der Index dazu dienen, zielgenau Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen identifizieren zu können, die anschließend im Rahmen der Externen Begutachtung näher betrachtet werden.

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Index (im Weiteren: Qualitätsindex-ASK) aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragung erfolgt die Auslösung des Instruments der Externen Begutachtung. Einrichtungen, bei denen der Index ein Hinweis für eine Auffälligkeit ausweist (anlassbezogen), sollen im Weiteren hinsichtlich der Indikations-, Durchführungs- und Dokumentationsqualität näher geprüft und gefördert werden (siehe Abschnitt 7.3).

Das Konzept, das die Grundlage für das zu entwickelnde Indikatorenregister bildet, ist in Abbildung 3 dargestellt.

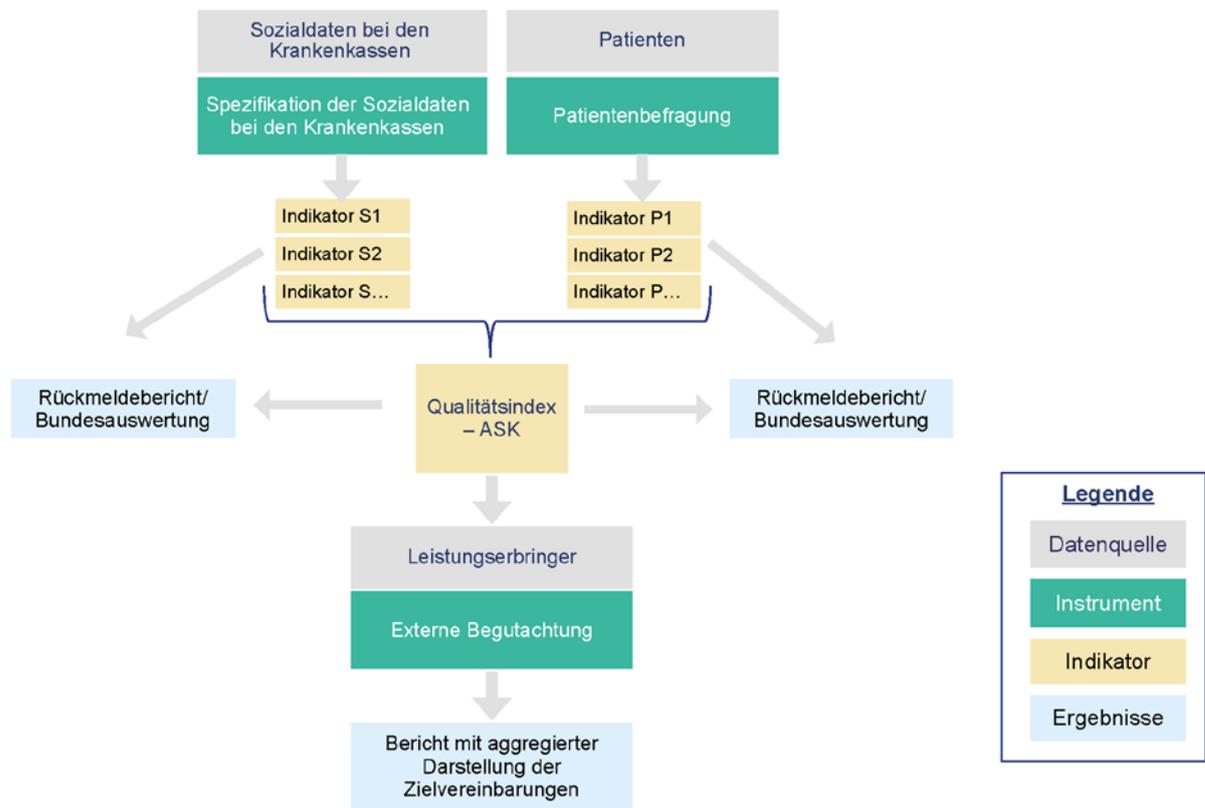


Abbildung 3: Erhebungskonzept des QS-Verfahrens Arthroskopie am Kniegelenk

4. Indikatorenrecherche

Der auf Grundlage der Themenerschließung und -konkretisierung entwickelte Versorgungspfad diente im Rechercheprozess als Leitfaden sowohl für die Indikatorenrecherche als auch für die Festlegung der Inhalte des Suchmodells für die systematische Literaturrecherche, wobei der Fokus auf die Indikationsstellung und die patientenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität gelegt wurde. Das Ziel der Indikatoren- und Literaturrecherche ist die Erstellung eines themenspezifischen Indikatorenregisters für die anschließende Bewertung und Auswahl der Indikatoren im Rahmen des Rand Appropriateness Method-Prozesses (RAM-Prozess).

Nachfolgend werden die einzelnen Schritte der Indikatorenrecherche von der Aufstellung eines Suchmodells bis zu den Ergebnissen der Recherchen dargestellt.

4.1. Suchmodell

Die Suche nach etablierten/publizierten Indikatoren erfolgte anhand der zentralen Aspekte des Versorgungspfad in den aktuellen Datenbanken und einschlägigen Institutionen nach Maßgabe der dort zur Verfügung stehenden Suchoptionen.

Die systematische Literaturrecherche orientierte sich am allgemeinen Suchmodell des AQUA-Instituts, das hier themenspezifisch angepasst wurde. Im Folgenden werden die Inhalte der drei Säulen des Suchmodells, die adressierte Zielpopulation (1. Säule), die relevanten Krankheitsbilder (2. Säule) sowie die Aspekte der Indikationsstellung und Ergebnisqualität (3. Säule), beschrieben. Auf die entsprechenden Suchbegriffe wird in Abschnitt 4.3.2 näher eingegangen.

Adressierte Zielpopulation

Als Zielpopulation wurde nach Patienten gesucht, die eine Arthroskopie am Kniegelenk zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken erhalten haben.

Relevante Krankheitsbilder

Es wurde nach Krankheitsbildern gesucht, die eine Indikation für eine Arthroskopie am Kniegelenk darstellen können. Dies sind traumatische Verletzungen (Meniskus, Kreuzbänder), Entzündungen, Degenerationserscheinungen des Gelenks, Knorpelveränderungen, Schmerzen und Instabilität.

Aspekte der Indikationsstellung und Ergebnisqualität

Zur Abbildung der Indikationsstellung wurden u.a. die Anamnese, präoperativ durchgeführte bildgebende Verfahren sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) in die Recherche einbezogen. Die gesuchten Aspekte zur Ergebnisqualität bezogen sich auf relevante Outcomes bezüglich der Arthroskopie am Kniegelenk. Im Vordergrund standen hier Komplikationen und Reoperationen aber auch die Zufriedenheit mit dem Eingriff aus Patientensicht.

Ein- und Ausschlusskriterien

Für die systematische Literaturrecherche wurden folgende Kriterien für die Auswahl und die Güte der Rechercheergebnisse festgelegt:

Formale Einschlusskriterien

- Embase-Limit: Sprache der Publikationen: Englisch, Deutsch
- Embase-Limit: Nur Artikel und Artikel „in press“ mit vorhandenem Abstract
- Embase-Limit: Menschen

Inhaltliche Ausschlusskriterien

- Inadäquates Studiendesign der publizierten Studien (z.B. Fallberichte).
- Publikationen adressieren nicht relevante Eingriffe am Kniegelenk (z.B. Knie-Endoprothesen) oder Arthroscopien an anderen Gelenken.
- Publikationen fokussieren auf spezielle Techniken bei der Arthroskopie am Kniegelenk (z.B. spezielle Technik der autologen Chondrozytenimplantation) bzw. auf einen Vergleich von Techniken (z.B. verschiedene Techniken der vorderen Kreuzbandrekonstruktion oder der Meniskusresektion).
- Die publizierten Studien lassen sich nicht auf den deutschen Versorgungskontext übertragen.
- Publikationen fokussieren auf eine zu eng definierte Population (z.B. Extremsportler, Arthroskopie in der Pädiatrie).
- Publikationen haben keinen Bezug zur Indikationsstellung bzw. zur patientenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität.
- Die in den publizierten Studien genannten Aspekte der Indikationsstellung bzw. der patientenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität können mit den verfügbaren Erhebungsinstrumenten nicht abgebildet werden.

4.2. Indikatorenrecherche in Datenbanken

Ausgewählte Datenbanken

Parallel zur systematischen Literaturrecherche wurde nach bereits publizierten Indikatoren in nationalen und internationalen Indikatorensystemen, Indikatorendatenbanken sowie bei Agenturen mit Erfahrung in der Entwicklung von Indikatoren recherchiert. Insgesamt wurden 67 Institutionen und Portale durchsucht (siehe Anhang A.6).

Suchbegriffe

Die Recherche nach themenrelevanten Indikatoren wurde anhand definierter Suchbegriffe durchgeführt. Die Datenbanken wurden primär hinsichtlich der (Haupt-)Begriffe: Arthroskopie, Knie, Gonarthrose, Meniskus und Kreuzband durchsucht. Darüber hinaus fanden auch allgemeine Suchbegriffe zur Erfassung der Ergebnisqualität, der Indikationsstellung sowie der Patientenperspektive Anwendung.

Ergebnisse

In der Indikatorenrecherche konnten mittels der aufgeführten Suche insgesamt 57 potenziell relevante Indikatoren identifiziert werden. Davon sind ein großer Teil generische Indikatoren, die auf die Arthroskopie am Kniegelenk angepasst werden können. Für das Indikatorenregister konnten insgesamt 28 Indikatoren herangezogen werden.

Tabelle 17: Ergebnisse der Indikatorenrecherche

Indikatorenrecherche	Indikatoren
gefundene Indikatoren gesamt	57
davon themenspezifisch (Arthroskopie am Kniegelenk)	13
davon generisch	44
Ausschluss	29
Einschluss	28

4.3. Systematische Literaturrecherche

4.3.1. Ausgewählte Datenbanken

Die systematische Literaturrecherche wurde in der Datenbank der Excerpta Medica Database (Embase) durchgeführt. Die Recherche über das Embase-Portal ermöglicht gleichzeitig auch eine Abfrage der Datenbank der National Library of Medicine (Medline). Die Recherche wurde am 24. April 2013 durchgeführt. Eine Suche in weiteren Datenbanken wurde nicht durchgeführt, da keine themenspezifische Datenbank zur vorliegenden Thematik existiert.

4.3.2. Suchbegriffe

Die Recherche nach relevanter Literatur wurde vorwiegend mithilfe des datenbankspezifischen Thesaurus (Emtree) vorgenommen, die durch eine Freitextsuche ergänzt wurde.

Die gesuchte Zielpopulation umfasste alle Patienten, die eine Arthroskopie am Kniegelenk erhalten haben. Es wurde allgemein nach dem arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken gesucht und insbesondere auch die arthroskopisch-operativen Eingriffe an Gelenk und Knorpel, am Meniskus und an den Bändern berücksichtigt.

Als mögliche Indikationen für eine Arthroskopie am Kniegelenk wurde allgemein nach Knieverletzungen, Knieschmerzen, degenerativen Veränderungen des Kniegelenks inklusive der Menisken, pathologischen Veränderungen des Gelenkknorpels, Entzündungen, Bandverletzungen sowie nach Instabilität des Kniegelenkes gesucht. Spezifisch wurde darüber hinaus nach den traumatischen Verletzungen Meniskus- und Kreuzbandriss sowie explizit nach Gonarthrose gesucht.

In Bezug auf die patientenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität wurde allgemein nach medizinischen Outcomes gesucht, wobei hier insbesondere nach Komplikationen, Reoperationen und Langzeitstudien sowie nach der Patientenzufriedenheit gesucht wurde. Zudem wurde nach wesentlichen, das Outcome direkt beeinflussenden Aspekten (Risikofaktoren, Anamnese, bildgebende Verfahren, Nachsorge) sowie nach zentralen, das Outcome direkt beeinflussenden Parametern (Aufklärung des Patienten, Shared decision making, Patientenpräferenzen) gesucht, womit auch Aspekte der Indikationsstellung abgedeckt werden.

Die Suchbegriffe innerhalb der jeweiligen Säule wurden durch den Booleschen Operator „OR“ verknüpft. Aufgrund der Nutzung einiger themenunspezifischer Begriffe in der 2. Säule war es notwendig, eine „AND“-Verknüpfung mit dem Knie zu ergänzen, um auf die vorliegende Thematik zu fokussieren. Die drei Säulen wurden zum Abschluss der Recherche untereinander mit dem einschränkenden Operator „AND“ verbunden.

Aufgrund der Bedeutung der Indikationsstellung im Auftrag wurde darüber hinaus eine zweite Recherche nach Publikationen durchgeführt, bei der allein die Suchbegriffe „Arthroskopie am Kniegelenk“ und „Indikationsstellung“ mit dem Booleschen Operator „AND“ verknüpft wurden.

4.3.3. Ergebnisse

Die systematische Literaturrecherche aus beiden Recherchen ergab nach Ausschluss der Dubletten 3.098 Treffer. Der sich anschließende mehrstufige Auswahlprozess (Titel- und Abstractscreening) zur Ermittlung der tatsächlich relevanten Literatur wurde gemäß Methodenpapier des AQUA-Instituts durch zwei Wissenschaftler vorgenommen, die die ermittelte Literatur unabhängig voneinander bewerteten. Die Auswahl der relevanten Quellen erfolgte unter Berücksichtigung der verfahrensspezifisch definierten Ausschlusskriterien (siehe Abschnitt 4.1).

Nach dem Titel- und Abstractscreening verblieben 204 potenziell relevante Volltexte zur Erstellung des Indikatorenregisters. Zusätzlich konnten durch Handsuchen bzw. Expertenhinweise 40 weitere potenziell relevante Literaturquellen detektiert werden.

5. Indikatorenregister

Die durch die Recherchen sowie aus der empirischen Prüfung ermittelten Indikatoren, relevanten Literaturquellen und Leitlinien wurden für den RAM-Prozess in Form eines Indikatorenregisters, bestehend aus einzelnen Indikatordatenblättern, aufbereitet. Insgesamt bilden 27 Indikatoren das Register für die erste Bewertungsrunde im RAM-Prozess. Darüber hinaus wurden 5 weitere Indikatoren erst nach der ersten Bewertungsrunde bzw. im Rahmen des ersten Paneltreffens auf Anregungen der Teilnehmer neu entwickelt bzw. operationalisiert (in Tabelle 19 mit * gekennzeichnet).

Jedes Indikatordatenblatt ist ein standardisiertes Formular, das alle relevanten aus den vorliegenden Quellen extrahierten Informationen enthält. Neben einer Indikatorbeschreibung enthält das Datenblatt die wesentlichen Operationalisierungsaspekte, inklusive der Angaben zur Prozess-, Ergebnis- und Dokumentationsverantwortung und zur Stärke einzelner Leitlinienempfehlungen. Für alle Indikatoren stehen zudem methodische oder fachlich-inhaltliche Besonderheiten in einem gesonderten Anmerkungsfeld als Hintergrundinformation zur Verfügung. Änderungen im Verlauf des Panelprozesses werden in Form eines Änderungsprotokolls direkt auf dem Indikatordatenblatt festgehalten. Jedes Indikatordatenblatt enthält für die Teilnehmer des RAM-Panels außerdem ein Bewertungsfeld mit Skalen für die verschiedenen Bewertungskategorien.

5.1. Recherchierte Indikatoren

Als Ergebnis des Auswahl- und Bewertungsprozesses im Rahmen der Indikatorenrecherche wurden 28 Indikatoren als themenspezifisch relevant bewertet. Von den 28 Indikatoren wurde ein Indikator in seiner Originalformulierung sowie 27 Indikatoren als Varianten in die Indikatordatenblätter überführt, im Abgleich mit der recherchierten Literatur sowie anhand der Erkenntnisse aus der Themenerschließung verfahrensspezifisch aufgearbeitet und hinsichtlich des Erhebungskonzeptes weiter operationalisiert. Am Ende wurden 13 Indikatoren aus der Recherche für das Register ausgearbeitet (davon die beiden Indikatoren mit der ID 18a und 28 erst im Rahmen des ersten Paneltreffens und der Indikator mit der ID 12b erst nach der ersten Bewertungsrunde).

5.2. Neu entwickelte Indikatoren

Ergänzend zu den recherchierten Indikatoren wurden auch neue Indikatoren vom AQUA-Institut entwickelt. Auf Basis der aus der Themenerschließung abgeleiteten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung (siehe Abschnitt 2.3) wurde eine empirische Prüfung anhand von anonymisierten Daten von Krankenkassen durchgeführt, aus der 10 Indikatoren (davon die Indikatoren mit der QI-ID 29 und 30 erst nach der ersten Bewertungsrunde) neu entwickelt werden konnten. Darüber hinaus konnten 9 weitere Indikatoren zur Patientenbefragung aus bestehenden Befragungsinstrumenten abgeleitet werden.

Für die insgesamt 19 neu entwickelten Indikatoren wurde weitere Literatur aus der Literaturrecherche sowie der Themenerschließung zur näheren Operationalisierung der Indikatoren herangezogen.

5.3. Ausgeschlossene Indikatoren

Im Prozess der Indikatorenauswahl für das Indikatorenregister wurden insgesamt 29 der 57 recherchierten Indikatoren ausgeschlossen, die den definierten formalen und inhaltlichen Kriterien nicht entsprachen.

In diesem Auswahlprozess kam insbesondere das Kriterium zum Tragen, dass die Indikatoren nicht mit den im Auftrag festgelegten Erhebungsinstrumenten abgebildet werden können, da sie z.B. nur fallbezogen sinnvoll zu erheben sind (z.B. Durchführung der Prophylaxe der venösen Thromboembolie, Einsatz von Basismaßnahmen bei diagnostischer Arthroskopie).

Darüber hinaus hat der Fokus auf die Indikationsstellung sowie auf die patientenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität dazu geführt, dass Indikatoren, die Strukturparameter abbilden, ebenfalls ausgeschlossen wurden (z.B. fachliche Befähigung bei arthroskopischen Leistungen).

5.4. Ergebnis

Für die Erstellung des Indikatorenregisters mit 32 Indikatoren wurden insgesamt 95 Literaturquellen zur Entwicklung und Operationalisierung der Indikatoren herangezogen.

Die nachstehende Übersicht (siehe Abbildung 4) fasst die Ergebnisse im Verlauf der Recherche – von der Themerschließung bis zum entwickelten Indikatorenregister – zusammen.

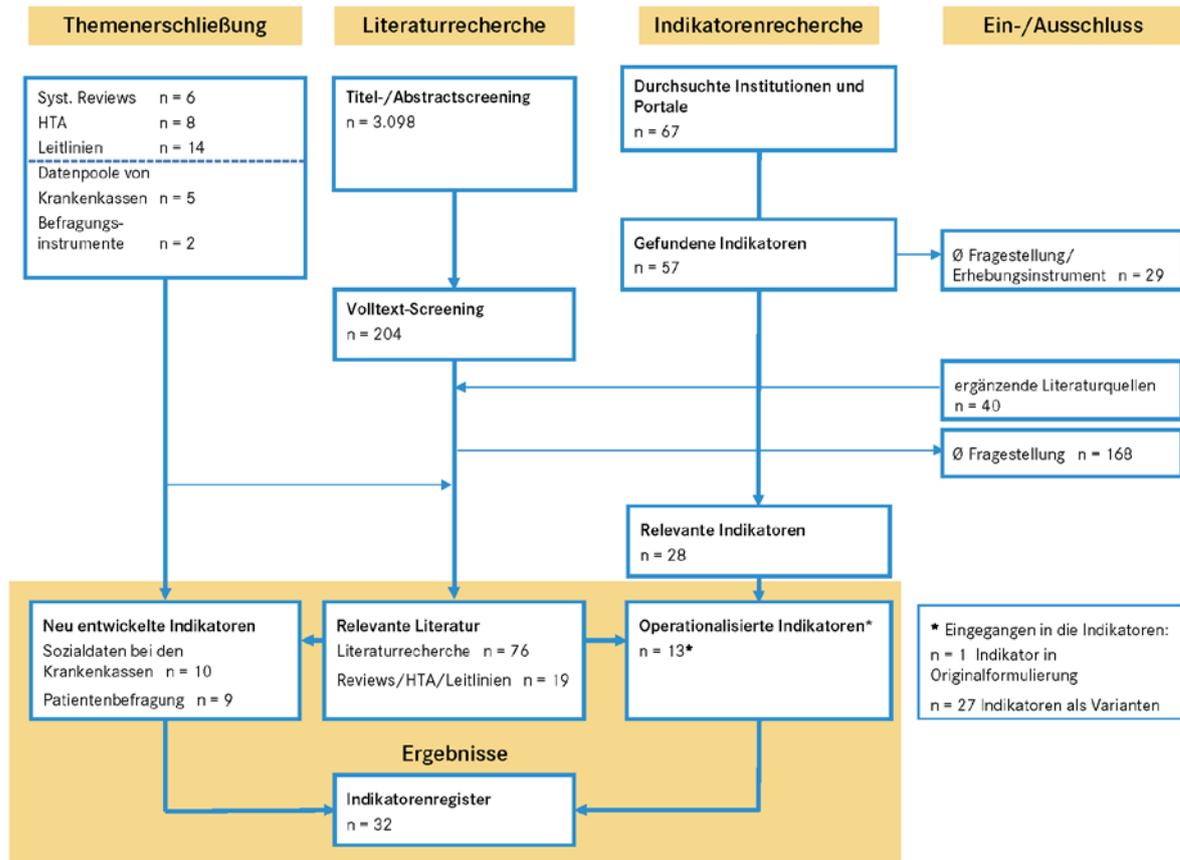


Abbildung 4: Überblick über die Ergebnisse des gesamten Rechercheprozesses

Das aufbereitete Indikatorenregister setzt sich aus 13 Prozess- und 19 Ergebnisindikatoren zusammen. Aufgrund der vom Auftrag vorgegebenen Fokussierung auf die Prozess- und Ergebnisqualität wurden keine Indikatoren zur Erhebung von Strukturparametern in das Register aufgenommen. Durch das Indikatorenregister werden alle Qualitätsdimensionen abgedeckt.

Tabelle 18 gibt einen Überblick über die Anzahl der Indikatoren je Indikatortyp und Qualitätsdimension.

Tabelle 18: Anzahl der Indikatoren je Indikatortyp und Qualitätsdimension

Indikatortyp	Qualitätsdimension				Summe
	Effektivität	Patienten-sicherheit	Patienten-orientierung	Zugang/Koordination	
Strukturindikator	0	0	0	0	0
Prozessindikator	5	0	7	1	13
Ergebnisindikator	11	6	2	0	19
Summe	16	6	9	1	32

Nachfolgend werden alle ermittelten Indikatoren (27 Indikatoren des ursprünglichen Indikatorenregisters und 5 nachträglich entwickelte bzw. operationalisierte Indikatoren) tabellarisch aufgeführt.

Tabelle 19: Übersicht der ermittelten Indikatoren nach Qualitätsdimension

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Effektivität		
01	Wiederholungsarthroskopien innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
02	Wiederholungsarthroskopien (>1) innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
03	Wiederholungsarthroskopien am gleichen Knie innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
04	Wechsel eines Kreuzbandes innerhalb von 2 Jahren nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
05	Implantation einer Knie-Endoprothese am gleichen Knie innerhalb von 1 Jahr nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
06	Implantation einer Knie-Endoprothese am gleichen Knie innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
07	Keine MRT innerhalb von 6 Monaten vor Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Prozess
13	Keine Verordnung von Heilmitteln oder Schmerzmedikamenten innerhalb von 6 Monaten vor Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Prozess
14	Keine Verordnung von Heilmitteln innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Prozess
22	Schmerzen	Ergebnis
23	Bewegungseinschränkungen	Ergebnis
24	Sport und Freizeitaktivitäten	Ergebnis
25	Kniebezogene Lebensqualität	Ergebnis
29*	Wiederholungsarthroskopien am gleichen Knie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
30*	Resektion von Bandanteilen und Bandresten innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik	Prozess
Patientensicherheit		
08	Stationäre Aufnahmen mit Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Ergebnis
09	Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 30 Tagen nach Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Ergebnis
10	Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 30 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik – Eigenersatz	Ergebnis
11	Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 365 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik – Fremdersatz	Ergebnis
12	Stationäre Aufnahme mit kardiovaskulärer, zerebrovaskulärer oder thromboembolischer Komplikation innerhalb von 30 Tagen nach Indexeingriff	Ergebnis
12b ¹	Thromboembolische Komplikation innerhalb von 90 Tagen nach Indexeingriff	Ergebnis
27	Ambulant behandelte postoperative Komplikationen	Ergebnis
Patientenorientierung		
15	Angemessene Anamnese	Prozess
16	Gründliche klinische Untersuchung	Prozess
17	Präoperative Aufklärung	Prozess
18	Gemeinsame Entscheidungsfindung	Prozess
18a ¹	Gemeinsame Entscheidungsfindung (geändert)	Prozess
19	Postoperative Schmerzbehandlung	Prozess
20	Informationen zum postoperativen Verhalten	Prozess
26	Erfüllung der Patientenerwartung	Ergebnis
28 ¹	Perioperative Schmerzbehandlung am OP-Tag	Prozess
Zugang zur und Koordination der Versorgung		
21	Koordination der Nachbehandlung	Prozess

Legende:

- ¹ nach der ersten Bewertungsrunde bzw. im Rahmen des ersten Paneltreffens nachträglich entwickelte bzw. operationalisierte Indikatoren

Eine grafische Zuordnung der Indikatoren zu den im Versorgungspfad gekennzeichneten Qualitätspotenzialen sowie zu den patientenrelevanten Endpunkten ist Abbildung 5 zu entnehmen.

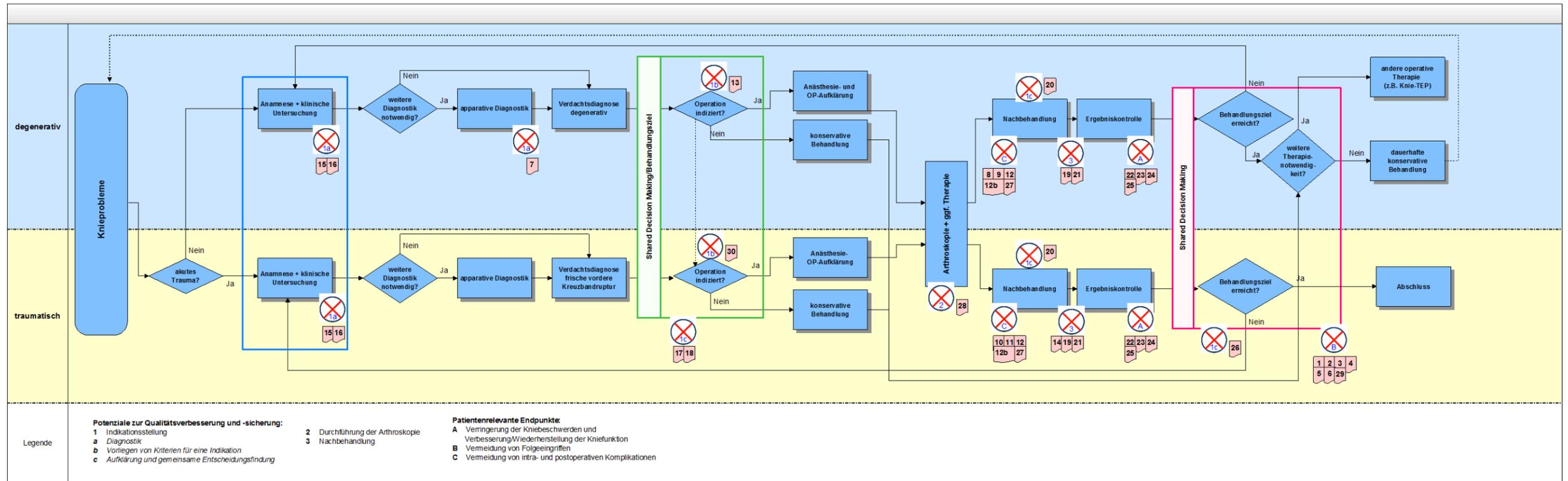


Abbildung 5: Versorgungspfad mit allen ermittelten Indikatoren vor Bewertungsrunde 1

6. Auswahl und Bewertung von Indikatoren

Der RAM-Prozess ist das methodische Herzstück der Indikatorenentwicklung. Im Zuge des RAM-Prozesses hatten die Experten des Panels die Aufgabe, die vom AQUA-Institut neu entwickelten und operationalisierten Indikatoren des vorgeschlagenen Indikatorenregisters auszuwählen sowie ggf. deren Modifikationen zu bewerten. Im Vergleich zu früheren RAM-Prozessen, deren Fokus auf der Auswahl und Operationalisierung von Indikatoren zur Umsetzung über eine QS-Dokumentation lag, sind bereits zum Start dieses RAM-Prozesses unter Einbindung von externen Experten wesentliche Vorarbeiten insbesondere für die z.T. komplexe Operationalisierung der Indikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen geleistet worden. Die zentrale Aufgabe des RAM-Panels blieb aber weiterhin die Bewertung der Relevanz und der Umsetzbarkeit der Indikatoren.

Im ersten Schritt wurden die Indikatoren bezüglich der Kriterien Relevanz sowie Klarheit und Verständlichkeit bewertet. Im zweiten Schritt wurden alle als relevant bewerteten Indikatoren hinsichtlich ihrer Praktikabilität und ihrer Eignung für die öffentliche Berichterstattung beurteilt. Grundlage für die Bewertungen im zweiten Schritt waren weitere Informationen zur Umsetzung der Indikatoren über die Erhebungsinstrumente „Patientenbefragung“ und „Sozialdaten bei den Krankenkassen“. So zum Beispiel der Fragebogen zur Patientenbefragung sowie eine Übersicht relevanter OPS-, ICD-Kodes, Heilmittelpositionsnummern und GOP zur Abbildung der Indikatoren. Im Folgenden wird zunächst die Zusammensetzung des RAM-Panels beschrieben. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Bewertungsrunden dargestellt. Nach der Beschreibung des RAM-Prozesses würdigt das AQUA-Institut die als inhaltlich relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren jeweils einzeln und als konsentiertes Indikatorenset. Das zur Umsetzung empfohlene Indikatorenset wird abschließend erläutert.

6.1. Auswahl und Zusammensetzung des RAM-Panels

6.1.1. Zusammensetzung des RAM-Panels

Die öffentliche Ausschreibung für das RAM-Panel *Arthroskopie am Kniegelenk* erfolgte am 2. Juli 2013 auf der Webseite www.sqg.de. Zusätzlich wurden die Bundesfachgruppenmitglieder der Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie, die Teilnehmer des RAM-Panels für das vorausgegangene QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk*, die relevanten Fachgesellschaften sowie die Träger des G-BA über diese Ausschreibung informiert. Bis zum 23. August 2013 konnten sich Experten für eine Teilnahme am RAM-Panel bewerben. Die fachliche und personelle Zusammensetzung der Panelexperten erfolgte nach vorab durch das AQUA-Institut definierten Auswahlkriterien. Dazu wurden die eingegangenen Bewerbungsunterlagen systematisch aufbereitet und nach einem einheitlichen Raster bewertet. Relevante Merkmale der Bewerber, wie Berufsgruppen- und Sektorenzugehörigkeit, Geschlecht und verfahrensspezifische Kompetenzkriterien (fachliche und methodische Expertise) flossen in den Auswahlprozess ein.

Aus den insgesamt 21 eingegangenen Bewerbungen wählte das AQUA-Institut 11 Experten aus. Zudem wurden Patientenvertreter gemäß § 140f SGB V über die maßgeblichen Organisationen benannt. Es ergab sich damit folgende Panelzusammensetzung von 13 gleichberechtigten Teilnehmern:

Tabelle 20: Zusammensetzung des Panels

Ausbildung	Funktion	Fachgesellschaft	Name
-	Patientenvertreter, DBR/DRL, Berlin		Dau, Werner
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sozialmedizin	Gutachter, MDK Hessen	Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie beim AQUA-Institut	Gaertner, Thomas, Dr. med.
Facharzt für Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Sozialmedizin, Sportmedizin – Rehabilitationswesen	Leiter KCQ, MDK BaWü		Giehl, Johannes, Prof. Dr. med.
Mathematiker, Schwerpunkt: Statistik	Forschungsbereichsleiter, WIdO		Günster, Christian
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Schwerpunkt: Gelenkchirurgie	Chefarzt der Orthopädischen Klinik, Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig	Vorstandsmitglied DGOOC Vorsitzender VLOU Vizepräsident BVOU	Heller, Karl-Dieter, Prof. Dr. med.
Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Niedergelassener Arzt, Praxis für Sporttraumatologie und Unfallchirurgie, Köln	AGA Instruktor	Höher, Jürgen, Dr. med.
Facharzt für Chirurgie, Sportmedizin	Niedergelassener Arzt, Praxis für angewandte Operationen – Chirurgie und Sportmedizin, Leverkusen	AGA Instruktor, Vorstandsmitglied DVASK, Landesvorsitzender BDC LVNo, Vorstandsmitglied BVASK e.V.	Klein, Jürgen, Dr. med.
Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Oberarzt, St. Augustinus Krankenhaus, Düren	Arthroskopeur der AGA	Melchert, Mike, Dr. med.
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Schwerpunkt: arthroskopische Operationen	Niedergelassener Arzt, Orthopädische Praxisklinik, Neuss	Vorstandsmitglied BVASK e.V.	Müller-Rath, Ralf, Dr. med.
Ärztin	Patientenvertreterin, DBR/Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.		Mühr, Cordula
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	Oberarzt, Orthopädisches Klinikum, Universitätsklinikum Magdeburg		Stärke, Christian, PD Dr. med.
Facharzt für Orthopädie und Traumatologie	Ärztlicher Direktor, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg	Vorstandsmitglied DGOU Beirat DGU	Südkamp, Norbert, Prof. Dr. med.
Facharzt für Orthopädie	Niedergelassener Arzt, Orthopädisch-unfallchirurgische Praxisklinik alphaMed, Bamberg	AGA Instruktor, Vorstandskommission ASK KV Bayern, BVOU Bayern	Willauschus, Wolfgang, Dr. med.

6.1.2. Interessenkonflikte

Im Folgenden sind die Angaben zu potenziellen Interessenkonflikten der am Panelverfahren beteiligten Fachexperten und der Patientenvertreter dargestellt. Alle diesbezüglichen Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen, die sie mit dem verbindlichen Formblatt „Angaben zu potenziellen Interessenkonflikten“ abgegeben haben. Das Formblatt ist unter www.sqg.de/downloads/Entwicklung/2_Formblatt-Interessenbekundung.pdf abrufbar und enthält folgende Fragen:

- Frage 1: Sind oder waren Sie bei einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter¹² abhängig beschäftigt (angestellt)? Wenn ja, wo und in welcher Position?
- Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt¹³ beraten? Wenn ja, wen?
- Frage 3: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare erhalten für: Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel? Wenn ja, von wem und für welche Tätigkeiten?
- Frage 4: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution¹⁴, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten? Wenn ja, von wem und für welche Tätigkeit?
- Frage 5: Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z.B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten? Wenn ja, von wem und aus welchem Anlass?
- Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) von einer Firma oder Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört? Wenn ja, von wem?

Tabelle 21: Übersicht potenzieller Interessenkonflikte der teilnehmenden Experten

Name	Organisation/Institution/ Unternehmen	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Dau, Werner	DBR/DRL, Berlin, Patientenvertreter	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Gaertner, Thomas, Dr. med.	MDK Hessen	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Giehl, Johannes, Prof. Dr. med.	MDK BaWü, KCQ	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Günster, Christian	WIdO	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Heller, Karl-Dieter, Prof. Dr. med.	Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
Höher, Jürgen, Dr. med.	Praxis für Sporttraumatologie und Unfallchirurgie, Köln	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

¹² Gemeint sind Interessenverbände der Leistungserbringern, der Krankenkassen, der pharmazeutischen und der Medizinprodukteindustrie sowie der Hersteller medizinischer Software.

¹³ „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang: z.B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

¹⁴ Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z.B.: Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

Name	Organisation/Institution/ Unternehmen	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Klein, Jürgen, Dr. med.	Praxis für angewandte Operationen – Chirurgie und Sportmedizin, Leverkusen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Melchert, Mike, Dr. med.	St. Augustinus Krankenhaus, Düren	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Müller-Rath, Ralf, Dr. med.	Orthopädische Praxisklinik, Neuss	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
Mühr, Cordula	DBR/Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Berlin, Patientenvertreter	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Stärke, Christian, PD Dr. med.	Orthopädisches Klinikum, Universitätsklinikum Magdeburg	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Südkamp, Norbert, Prof. Dr. med.	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Universitätsklinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
Willauschus, Wolfgang, Dr. med.	Orthopädisch-unfallchirurgische Praxisklinik alphaMed, Bamberg	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein

6.1.3. Auftaktveranstaltung

Die Auftaktveranstaltung zum RAM-Prozess *Arthroskopie am Kniegelenk* fand am 16. Oktober 2013 in den Räumlichkeiten des AQUA-Instituts in Göttingen statt. Aufgrund der Erkrankung eines Experten konnten nur 12 Experten teilnehmen. Dieses und alle weiteren Treffen des RAM-Panels wurden von einem erfahrenen Moderator geleitet. Das erste Treffen diente dazu, den Teilnehmern den Ablauf und die Methodik des Verfahrens zu erläutern sowie Raum für die Diskussion kritischer Fragen zu geben.

Zunächst wurden die Rahmenbedingungen und die Methodik der Entwicklung von Qualitätsindikatoren vom AQUA-Institut erläutert. Des Weiteren wurden den Panelteilnehmern die Zielsetzung und das Konzept des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* sowie der der Indikatorentwicklung zugrundeliegende Versorgungspfad dargestellt. Eine Patientenvertreterin referierte zu verfahrensspezifischen Aspekten aus der Patientenperspektive. In einem anschließenden Vortrag legte das Projektteam des AQUA-Instituts die Methoden und Verfahren der Indikatoren- und Literaturrecherche dar. In einer Gruppenarbeit wurden vier Indikatoren exemplarisch hinsichtlich Relevanz und Klarheit/Verständlichkeit diskutiert und bewertet, um den Panelteilnehmern die Methodik des Bewertungsprozesses zu verdeutlichen. Abschließend wurde den Panelteilnehmern die Möglichkeit gegeben, Fragen zur Methodik und zum Konzept zu stellen und weitere kritische Punkte zu diskutieren. Der Panelexperte, der nicht am Auftaktworkshop teilnehmen konnte, wurde in einer separaten Schulungsveranstaltung in die Bewertungsmethodik und den Verfahrensablauf eingeführt.

Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung erhielten die Panelteilnehmer die Bewertungsformulare mit allen Indikatoren des Indikatorenregisters für die erste Bewertungsrunde sowie ein Manual mit allen wichtigen methodischen und inhaltlichen Informationen zum Qualitätssicherungsverfahren und zum RAM-Prozess.

6.2. Ergebnisse

Im Rahmen des Bewertungsprozesses der Indikatoren wurden auf Anregung der Experten insgesamt fünf Indikatoren nachgereicht. Diese Indikatoren, die zunächst nicht Bestandteil des Indikatorenregisters waren, wurden von den Panexperten nachträglich hinsichtlich der Kategorien Relevanz, Klarheit/Verständlichkeit, Praktikabilität und Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung bewertet. Um die Ergebnisse übersichtlicher und verständlicher darzustellen, wurden die nachgereichten Indikatoren in die Ergebnisdarstellung integriert.

6.2.1. Bewertung der Relevanz

Bewertung, postalisch

Die erste postalische Bewertungsrunde fand vom 17. Oktober bis 6. November 2013 statt. Neben der Bewertung der Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz und ihrer Klarheit/Verständlichkeit hatten die Teilnehmer des RAM-Panels die Möglichkeit, Kommentare zu jedem Indikator abzugeben. Alle 13 Bewertungsbögen des ursprünglichen Indikatorenregisters lagen dem AQUA-Institut für eine Auswertung vor.

Unter Berücksichtigung der Auswertungsregeln ergab sich unter den 32 postalisch zu bewertenden Indikatoren folgende Häufigkeitsverteilung bezüglich der Bewertungskategorie „Relevanz“:

Relevanz, postalisch

- Relevante Indikatoren: 12
- Fraglich relevante Indikatoren: 18
- Nicht relevante Indikatoren: 0

Zwei Indikatoren (ID 18a sowie 28) wurden nicht postalisch bewertet. Sie wurden im Rahmen des ersten Paneltreffens entwickelt und direkt vor Ort hinsichtlich der Relevanz bewertet.

Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.1 differenziert dargestellt.

Auf Basis der anonymen postalischen Rückmeldungen wurden die Indikatoren für das Paneltreffen aufbereitet. In das Bewertungsfeld jedes Indikators wurde eine Zusammenfassung der entsprechenden Kommentare eingearbeitet. Zudem wurde die Verteilung der Bewertungsergebnisse von Relevanz und Klarheit/Verständlichkeit für jeden Indikator auf dem Bewertungsfeld angegeben.

Bewertung, Paneltreffen

Im Rahmen des Paneltreffens am 13. November 2013 wurden die Ergebnisse des postalischen Teils der Bewertungsrunde für jeden Qualitätsindikator diskutiert. 11 der 13 Experten waren vor Ort und haben an der Abstimmung teilgenommen.

Im Rahmen des Paneltreffens wurde den Experten die Möglichkeit gegeben, Modifikationen an den Indikatoren (im Konsens) vorzunehmen. Diese wurden im Änderungsprotokoll auf den Indikatordatenblättern festgehalten. Die Indikatoren wurden sowohl in ihrer ursprünglichen als auch in ihrer modifizierten Form erneut nach ihrer Relevanz bewertet. Die ID der modifizierten Indikatoren wurde durch den Zusatz „_A“ ergänzt.

Die Modifikationen umfassten vornehmlich:

- Ergänzungen und Anpassungen der definierten Ein- und Ausschlusskriterien (OPS-/ICD-Kodes) für Zähler und Nenner der Indikatoren
- Veränderung von Follow-up-Zeiträumen
- Anpassungen der Indikatorbezeichnungen/-beschreibungen sowie der Qualitätsziele
- Überarbeitung von Fragen-/Itemformulierungen sowie Antwortskalen

Am Ende wurden den Panelteilnehmern insgesamt 32 Indikatoren in der ursprünglichen Fassung und 4 modifizierte Indikatorversionen zur Bewertung hinsichtlich der Relevanz vorgelegt.

Unter Berücksichtigung der definierten Auswertungsregeln ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung bezüglich der Kategorie „Relevanz“:

Relevanz, Paneltreffen

- Relevante Indikatoren: 23
- Fraglich relevante Indikatoren: 11
- Nicht relevante Indikatoren: 2

Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.2 differenziert dargestellt.

Insgesamt wurde in 21 Fällen der Ursprungsindikator und in 2 Fällen die Indikatormodifikation als relevant bewertet. Bei den restlichen 13 der 36 zu bewertenden Indikatoren wurde weder der Ursprungsindikator noch die erarbeiteten modifizierten Indikatorversionen als relevant eingeschätzt.

Die Mehrzahl der als relevant bewerteten Indikatoren deckt die Qualitätsdimension Effektivität ab (13 Indikatoren). 4 Indikatoren sind der Qualitätsdimension Patientensicherheit und 5 Indikatoren der Qualitätsdimension Patientenorientierung zugeordnet. Die Qualitätsdimension Zugang zur bzw. Koordination der Versorgung wird durch einen Indikator abgedeckt. 14 Indikatoren sind Ergebnisindikatoren und 9 Indikatoren sind Prozessindikatoren.

Die Modifikationen, die an den einzelnen Indikatoren vorgenommen wurden, sowie die Paneldiskussion zu den als relevant bewerteten Indikatoren sind in Abschnitt 6.3 beschrieben.

Die nachstehende Tabelle führt alle als relevant bewerteten Indikatoren der ersten Bewertungsrunde auf, geordnet nach den definierten Potenzialen zur Qualitätsverbesserung (siehe Abschnitt 2.3).

Tabelle 22: Relevante Indikatoren nach Bewertungsrunde 1 geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Patientenrelevante Endpunkte		
Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion		
22	Schmerzen	Ergebnis
23	Bewegungseinschränkungen	Ergebnis
24	Sport und Freizeitaktivitäten	Ergebnis
25	Kniebezogene Lebensqualität	Ergebnis
Vermeidung von Folgeeingriffen		
01	Wiederholungsarthroskopien innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
03	Wiederholungsarthroskopien am gleichen Knie innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
04_A	Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandes innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
06	Implantation einer Knie-Endoprothese am gleichen Knie innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
29 ¹	Wiederholungsarthroskopien am gleichen Knie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen		
08	Stationäre Aufnahmen mit Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Ergebnis
09	Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 30 Tagen nach Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Ergebnis
10	Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 30 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik – Eigensersatz	Ergebnis
12b ¹	Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Indexeingriff	Ergebnis
27	Ambulant behandelte postoperative Komplikationen	Ergebnis
Indikationsstellung		
Diagnostik		
15	Anamnese	Prozess
16	Körperliche Untersuchung	Prozess
Vorliegen von Kriterien für eine Indikation		
30 ¹	Resektion von Bandanteilen und Bandresten innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik	Prozess
Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung		
17	Präoperative Aufklärung	Prozess
20	Informationen zum postoperativen Verhalten	Prozess
26	Erfüllung der Patientenerwartung	Prozess
Durchführung der Arthroskopie		
28 ¹	Perioperative Schmerzbehandlung am OP-Tag	Prozess
Nachbehandlung		
14	Keine Verordnung von Heilmitteln innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Prozess
21	Koordination der Nachbehandlung	Prozess

Legende:

- _A 1. Modifikation des Indikators in Bewertungsrunde 1
- ¹ Nachträglich bewertete Indikatoren nach Bewertungsrunde 1

Ausgeschlossene Indikatoren

Aus dem ursprünglich entwickelten Indikatorenregister wurden insgesamt 9 Indikatoren im Verlauf der Bewertungsrunde 1 von den Experten ausgeschlossen. Tabelle 23 führt diese ausgeschlossenen Indikatoren auf und fasst sie nach den in Abschnitt 2.3 dargestellten qualitätsrelevanten Aspekten zusammen. Darüber hinaus stellt der folgende Abschnitt die Diskussion zu den 9 Indikatoren während der ersten Bewertungsrunde synoptisch dar und dokumentiert, soweit möglich, die Argumente für den Ausschluss der Indikatoren.

Tabelle 23: Ausgeschlossene Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Patientenrelevante Endpunkte		
Vermeidung von Folgeeingriffen		
02	Wiederholungsarthroskopien (>1) innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
05	Implantation einer Knie-Endoprothese am gleichen Knie innerhalb von 1 Jahr nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen		
11	Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 365 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik – Fremdersatz	Ergebnis
12	Stationäre Aufnahme mit kardiovaskulärer, zerebrovaskulärer oder thromboembolischer Komplikation innerhalb von 30 Tagen nach Indexeingriff	Ergebnis
Indikationsstellung		
Diagnostik		
07	Keine MRT innerhalb von 6 Monaten vor Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Prozess
Vorliegen von Kriterien für eine Indikation		
13	Keine Verordnung von Heilmitteln oder Schmerzmedikamenten innerhalb von 6 Monaten vor Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen	Prozess
Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung		
18	Gemeinsame Entscheidungsfindung	Prozess
18a ¹	Gemeinsame Entscheidungsfindung (geändert)	Prozess
Durchführung der Arthroskopie		
19	Postoperative Schmerzbehandlung	Prozess

Legende:

¹ Nachträglich bewertete Indikatoren nach Bewertungsrunde 1

Vermeidung von Folgeeingriffen

Zwei Indikatoren zum patientenrelevanten Endpunkt „Vermeidung von Folgeeingriffen“ wurden von den Teilnehmern des RAM-Panels als nicht relevant bewertet. Der Indikator „Wiederholungsarthroskopie (>1) innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ erfasst unabhängig von der Seitenlokalisation jede dritte Arthroskopie, womit die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, eine Wiederholungsarthroskopie am selben Knie zu erfassen. Diese Vorgehensweise sei prinzipiell nachvollziehbar, da die empirische Prüfung auf Basis anonymisierter Daten zeigen würde, dass trotz verpflichtender Seitenangabe für Operations- und Prozedurenschlüssel die Seitenlokalisation von den Leistungserbringern nicht durchgängig dokumentiert wurde. Die Berechnungen haben aber auch gezeigt, dass es bei dieser Rechenregel (nur jede dritte Wiederholungsarthroskopie wird gezählt) zu einer deutlichen Unterschätzung der tatsächlich durchge-

fürten Arthroscopien am selben Knie kommt. Dies wurde als nicht zielführend erachtet. Unter den Panelexperten bestand der Konsens, dass die Angabe der Seitenlokalisation im Rahmen eines QS-Verfahrens zur *Arthroskopie am Kniegelenk* eine Grundvoraussetzung sei, um eine valide und aussagekräftige Abbildung aller Indikatoren zu gewährleisten. Der vorliegende Indikator könne deshalb entfallen. Der Aspekt der Wiederholungsarthroskopie werde mit dem Indikator „Wiederholungsarthroskopien am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ weiterhin erfasst und zudem valider abgebildet.

Darüber hinaus bewertete das Panel den Indikator „Implantation einer Knie-Endoprothese am selben Knie innerhalb von 1 Jahr nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ als nicht relevant. Die Panelexperten waren sich grundsätzlich darüber einig, dass die Erfassung der Implantation einer Knie-Endoprothese in zeitlichem Zusammenhang mit einer vorausgegangen Arthroskopie am Kniegelenk relevant sei. Kontrovers wurde jedoch der Zeitraum zwischen der Arthroskopie und der Knie-Endoprothesen-Implantation diskutiert. Einerseits wurde darauf hingewiesen, dass bei der Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von einem Jahr nach der Arthroskopie davon ausgegangen werden könne, dass der Patient von der vorausgegangen Arthroskopie schon profitiert habe. Je kürzer jedoch der Abstand zwischen Implantation der Knie-Endoprothese und der vorherigen Arthroskopie sei, umso mehr verdichte sich der Hinweis, dass die Arthroskopie zu keiner relevanten Verbesserung geführt habe und ggf. die Indikationsstellung zur Arthroskopie nicht sachgerecht war. Andererseits wurde von einigen Panelteilnehmern darauf hingewiesen, dass sich der Erfolg der primär durchgeführten Arthroskopie erst innerhalb der ersten Monaten nach dem Eingriff zeigen würde. Die Entscheidung für die Implantation einer Knie-Endoprothese sowie die Durchführung des Eingriffs würden dann erst in einem Zeitraum nach den definierten 6 Monaten stattfinden. Dies werde über den Indikator mit dem kürzeren Nachbeobachtungszeitraum (6 Monate) nicht mehr erfasst. In der abschließenden Bewertung der Indikatoren wurde der Indikator zur Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten als relevanter bewertet.

Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen

Zwei der Indikatoren zur Abbildung des patientenrelevanten Endpunktes „Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen“ wurden von den Panelexperten abgelehnt: „Stationäre Aufnahme mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 365 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik – Fremdersatz“ sowie „Stationäre Aufnahme mit kardiovaskulärer, zerebrovaskulärer oder thromboembolischer Komplikation innerhalb von 30 Tagen nach Indexeingriff“.

Laut Panelexperten werde das Verfahren des Kreuzbandersatzes durch Fremdmaterial in Deutschland nicht regelhaft durchgeführt. Aufgrund der geringen Inzidenz, könne dieser Aspekt vernachlässigt werden. Es werde als ausreichend erachtet, postoperative Wundinfektionen nach einem Eigenersatz des Kreuzbandes zu erheben.

Eine Erfassung der kardiovaskulären und zerebrovaskulären Komplikationen nach einer Arthroskopie am Kniegelenk wurde von den Panelexperten kritisch gesehen. Eine valide Darlegung eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem minimal-invasiven arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk und dem Auftreten von schweren systemischen kardiovaskulären bzw. zerebrovaskulären Komplikationen sei nur schwer herstellbar. Darüber hinaus sei eine kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Komplikation kein Hinweis für Mängel in der Prozessqualität des arthroskopischen Eingriffs. Beim Auftreten von thromboembolischen Komplikationen kann dagegen eher ein Zusammenhang mit dem vorausgegangen arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk und seiner Nachbehandlung hergestellt werden. Dementsprechend sprachen sich die Panelexperten dafür aus, den Indikator auf die Erfassung der thromboembolischen Komplikationen einzuschränken.

Indikationsstellung

Vier Indikatoren zum Themenbereich Indikationsstellung (ein Indikator zur Durchführung einer MRT, ein Indikator zur Verordnung von Heilmitteln oder Schmerzmedikamenten vor dem arthroskopischen Eingriff sowie zwei Indikatoren zur gemeinsamen Entscheidungsfindung) wurden als nicht relevant bewertet.

Der Indikator zur Durchführung einer präoperativen Diagnostik mittels MRT wurde von den Panelexperten vorwiegend kritisch gesehen. Die routinemäßige Durchführung einer MRT zur diagnostischen Abklärung des vorliegenden Befundes werde in den vorhandenen internationalen Leitlinien nicht empfohlen. Durch den Indikator

werde aber suggeriert, dass die MRT-Untersuchung ein obligater Bestandteil der präoperativen Diagnostik sei bzw. diese alleine schon eine ausreichende Diagnostik darstelle. So könnte durch einen solchen Indikator der Fehlanreiz gesetzt werden, vor jedem arthroskopischen Eingriff immer eine MRT-Untersuchung zur Abklärung des Befundes durchzuführen. Dies wurde als nicht sinnvoll erachtet. Aus medizinischer Sicht seien die klinische Untersuchung und die Röntgenaufnahme die entscheidenden und notwendigen Bestandteile der präoperativen Diagnostik am Knie. Mit einer sorgfältigen klinischen Untersuchung des Knies in Verbindung mit einer Standardröntgenaufnahme könne in den meisten Fällen die Diagnose und damit die Indikation zur Arthroskopie mit ausreichender Sicherheit gestellt werden. Die Durchführung einer MRT würde sich dann erübrigen. Darüber hinaus könne die Forderung einer routinemäßigen MRT-Untersuchung auch zu einer unnötigen Verzögerung des weiteren, ggf. eindeutig notwendigen, Behandlungsprozesses führen. Gerade im ambulanten Bereich sei die Verfügbarkeit der MRT-Untersuchungen stark eingeschränkt und führe zu Wartezeiten von mehreren Wochen. Für Patienten, bei denen durch die klinische Untersuchung bzw. Röntgenaufnahme eine eindeutige Indikation zur Operation gestellt werden kann (z.B. akute Gelenkblockierungen des Knies) würde eine zusätzlich geforderte MRT-Untersuchung einen unnötigen Aufschub des OP-Zeitpunktes und unter Umständen auch eine Verlängerung der Schmerzphase bedeuten.

Der Indikator zur Verordnung von Heilmitteln oder Schmerzmedikamenten vor einem arthroskopischen Eingriff bei degenerativen Veränderungen wurde in der Panelsitzung kontrovers diskutiert. Grundsätzlich seien die Ausschöpfung von physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die medikamentöse Behandlung vor der Entscheidung für die Durchführung eines arthroskopischen Eingriffs bei degenerativen Veränderungen am Knie leitliniengemäß und sachgerecht. Dennoch sei in jedem Einzelfall eine Abwägung zwischen konservativer und chirurgischer Therapie zu treffen. Es müsse entschieden werden, ob eine konservative Behandlung von mehreren Monaten klinisch angezeigt sei oder aber zu einer unnötigen Verlängerung der Wartezeit bei einer klaren OP-Indikation führe. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass eine – wie im Indikator vorgesehene – Erfassung von Fällen, bei denen keinerlei physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden, nicht als sinnvoll erachtet werde. Aus medizinischer Sicht könne auch das einfache Zuwarten eine Alternative zur konservativen Therapie darstellen. Dies würde dazu führen, dass diese Fälle im Indikator auffällig würden. Auch die Erfassung der Schmerzmedikation wurde kritisch beurteilt. Eine Vielzahl der, bei der Behandlung von Kniebeschwerden, empfohlenen Schmerzmedikamente sei lediglich apotheken- aber nicht verschreibungspflichtig und können somit nicht über Verordnungsdaten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Zudem müsse bedacht werden, dass die Heilmittel- und Medikamentenverordnungen im ambulanten Bereich je Fachgebiet (z.B. bei Orthopäden und Chirurgen) unterschiedlich budgetiert seien. Die Erfassung eines Indikators unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen sei nicht sinnvoll. Darüber hinaus sei hinsichtlich der Operationalisierung des Indikators fraglich, ob die Durchführung einer physiotherapeutischen Maßnahme innerhalb von 6 Monaten vor dem arthroskopischen Eingriff als ausreichende konservative Behandlung bewertet werden könne, die die anschließende Durchführung eines arthroskopischen Eingriffs rechtfertige. Insgesamt sei die Operationalisierung dieses Indikators so eingeschränkt, dass eine sachgerechte Erfassung der konservativen Vorbehandlung vor dem arthroskopischen Eingriff als nicht valide erachtet werde.

Die zwei Indikatoren zur gemeinsamen Entscheidungsfindung wurden vom Panel intensiv diskutiert. Der Prozess zur gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Arzt sei ein wichtiger aber auch sehr komplexer Prozess. Einige Panelteilnehmer merkten an, dass eine zielgenaue und eindeutige Operationalisierung dieses umfassenden Prozesses in spezifische Fragen, die zudem noch geeignet sein sollen, dieses Vorgehen präzise über einen Indikator abzubilden, als sehr schwer erachtet werde. Einige Aspekte – wie das Besprechen von Erfolgsaussichten und Risiken, sowie die Darstellung von Alternativen zum operativen Eingriff – könnten auch im Rahmen der präoperativen Aufklärung thematisiert und erfasst werden. Weitere Panelmitglieder wiesen dagegen darauf hin, dass der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung unabhängig von der präoperativen Aufklärung erfasst werden sollte. Beide Prozesse würden zwar nahtlos ineinander übergehen, der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung fokussiere dabei aber nicht allein auf die Informationsvermittlung vor dem Eingriff, vielmehr solle dem Patienten auch dargelegt werden, dass er letztendlich die Entscheidung für oder gegen den Eingriff selbst treffe. Die vermittelten Informationen seien dabei die notwendige Basis für den weiteren Entscheidungsprozess. Darüber hinaus bedürfe es in diesem Prozess aber auch weiterer hilfreicher Unterstützung durch den Arzt sowie genug Zeit zum Treffen einer eigenständigen Entscheidung. In der nachfolgenden Bewertung wurde sowohl der Ursprungsindikator als auch der nachgereichte Indikatoren (mit einer veränderten Operationalisierung des Entscheidungsfindungsprozesses) vom RAM-Panel abgelehnt. Anhand der

dargestellten Diskussion wird deutlich, dass der Ausschluss des Indikators letztlich nicht aufgrund einer mangelnden Relevanz des Themas, sondern aufgrund der nicht eindeutigen Operationalisierbarkeit und Verantwortungszuschreibung des Indikators von den Panelexperten ausgeschlossen wurde.

Durchführung der Arthroskopie

Des Weiteren wurde ein Indikator zur Durchführung der Arthroskopie als nicht relevant beurteilt. Hinsichtlich des Indikators zur postoperativen Schmerzbehandlung waren sich die Panelexperten einig, dass das Schmerzmanagement im Rahmen eines arthroskopischen Eingriffs einen relevanten Aspekt der Prozessqualität darstelle. Von einigen Panelexperten wurde dennoch angemerkt, dass das umfassende postoperative Schmerzmanagement nach dem Eingriff nicht mehr ausschließlich in die Verantwortung der operierenden Einrichtung falle. Gerade im niedergelassenen Bereich würden den Patienten ausschließlich Schmerzmedikamente für den nachfolgenden Tag bzw. ggf. noch ein Schmerzmittelrezept mitgegeben. Danach obliege die Verantwortung für das Schmerzmanagement dem nachbehandelnden Orthopäden bzw. Hausarzt, der die postoperative Versorgung des Patienten übernehme. Ein entsprechender Indikator müsse deshalb auf das Schmerzmanagement am Operationstag eingeschränkt werden. Darüber hinaus wurde diskutiert, dass ein adäquates Schmerzmanagement bereits während des Eingriffs beginne und eine Fokussierung allein auf die postoperative Schmerzbehandlung nicht ausreichend sei. Von den Panelexperten wurde konsentiert, dass es sinnvoller sei, einen Indikator zur perioperativen Schmerzbehandlung mit der Spezifizierung auf den Operationstag zu erfassen.

6.2.2. Bewertung der Praktikabilität

Bewertung, postalisch

Die zweite postalische Bewertungsrunde fand vom 18. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 statt. Im Rahmen dieser Runde bewerteten die Teilnehmer des RAM-Panels die 23 relevanten Indikatoren. Für die Indikatoren, die über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden, waren jeweils die relevanten Prozeduren und Diagnosen (ICD-/OPS-Kodes und GOP) zur Berechnung des Indikators aufbereitet worden. Die Indikatoren zur Erfassung der patientenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität waren ebenfalls durch Angaben zur Berechnung (insbesondere die relevanten Fragen/Items zur Abbildung des Indikators) konkretisiert worden.

Auf Grundlage dieser Angaben sollten die Indikatoren hinsichtlich der Kategorien „Praktikabilität (Umsetzbarkeit) und „Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ (siehe Abschnitt 6.2.3) bewertet werden. Entsprechend der postalischen Bewertung der ersten Bewertungsrunde hatten die Experten die Möglichkeit, schriftliche Kommentare zu jedem Indikator abzugeben.

Mit Ablauf des Rücksendedatums lagen dem AQUA-Institut alle 13 Bewertungsbögen der Panelexperten zur Auswertung vor.

Unter Berücksichtigung der Auswertungsregeln ergab sich unter den 23 zu bewertenden Indikatoren folgende Häufigkeitsverteilung bezüglich der Bewertungskategorie „Praktikabilität“:

Praktikabilität, postalisch

- Praktikable Indikatoren: 23
- Nicht praktikable Indikatoren: 0

Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.3 differenziert dargestellt.

Auch für das zweite Paneltreffen wurden die Rückmeldungen auf den Indikatorblättern aufbereitet. Ebenso wurde die Verteilung der Bewertungsergebnisse der Praktikabilität für jeden Indikator im Bewertungsfeld angegeben.

Bewertung, Paneltreffen

Das zweite Treffen mit den Experten fand am 29. Januar 2014 statt. An ihm haben 12 der insgesamt 13 ausgewählten Experten teilgenommen.

Die Indikatorbewertungen und -modifikationen im Rahmen dieses Treffens wurden entsprechend des Prozedere der vorherigen Bewertungsrunde durchgeführt. Indikatormodifikationen wurden durch die Ergänzung der Indikator-ID durch „_a“ kenntlich gemacht.

Die Modifikationen umfassten vornehmlich:

- Ergänzungen und Anpassungen der definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien (OPS-/ICD-Kodes) für Zähler und Nenner der Indikatoren
- Anpassungen der Rechenregeln zur Berechnung der Zähler
- Veränderung von Follow-up-Zeiträumen
- Anpassungen der Indikatorbeschreibungen und Qualitätsziele
- Überarbeitung von Fragen-/Itemformulierungen

Es wurden 22 Indikatoren in der ursprünglichen Fassung und 13 modifizierte Indikatorversionen zur Bewertung angeboten, so dass die Panelteilnehmer insgesamt 35 Indikatoren hinsichtlich Praktikabilität zu bewerten hatten. Unter Berücksichtigung der definierten Auswertungsregeln ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung:

Praktikabilität, Paneltreffen

- Praktikable Indikatoren: 32
- Nicht praktikable Indikatoren: 3

Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.5 differenziert dargestellt.

32 der angebotenen Indikatoren wurden als praktikabel bewertet. Bei 7 Indikatoren wurde jeweils eine der modifizierten Versionen als besser geeignet bewertet (von diesen 7 Indikatoren gab es bei 3 Indikatoren noch eine 2. Modifikation). Die Ursprungsversion eines Indikators wurde als geeigneter im Vergleich zu seinen beiden Modifikationen bewertet (siehe Anhang B.5).

Durch die Praktikabilitätsbewertung wurde die Gesamtzahl der Indikatoren auf insgesamt 22 Indikatoren verringert. Die Mehrzahl der Indikatoren deckt weiterhin die Qualitätsdimension Effektivität ab (11 Indikatoren). Der Qualitätsdimension Patientenorientierung sind 6 Indikatoren sowie der Qualitätsdimension Patientensicherheit 4 Indikatoren zugeordnet. Die Qualitätsdimension Zugang zur bzw. Koordination der Versorgung wird durch einen Indikator abgedeckt.

Die Modifikationen, die an den einzelnen Indikatoren vorgenommen wurden, sowie die Paneldiskussion zu den als praktikabel bewerteten Indikatoren sind in Abschnitt 6.3 beschrieben.

Nachfolgend werden alle inhaltlich relevanten und praktikablen Indikatoren tabellarisch aufgeführt (Tabelle 24).

Tabelle 24: Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren geordnet nach Qualitätspotenzialen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Patientenrelevante Endpunkte		
Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion		
22	Schmerzen	Ergebnis
23	Bewegungseinschränkungen	Ergebnis
24	Sport und Freizeitaktivitäten	Ergebnis
25	Kniebezogene Lebensqualität	Ergebnis
Vermeidung von Folgeeingriffen		
03_a	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
06	Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen	Ergebnis
04_A	Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
29 ¹	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen		
08_b	Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen	Ergebnis
09_a	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen	Ergebnis
10_b	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik/-eingriff	Ergebnis
12b ¹	Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
27	Ambulant behandelte postoperative Komplikationen	Ergebnis
Indikationsstellung		
Diagnostik		
15	Anamnese	Prozess
16	Körperliche Untersuchung	Prozess
Vorliegen von Kriterien für eine Indikation		
30_a ¹	Resektion von Bandanteilen/-resten oder diagnostische Arthroskopie innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik	Prozess
Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung		
17_a	Präoperative Aufklärung	Prozess
20	Informationen zum postoperativen Verhalten	Prozess
26	Erfüllung der Patientenerwartung	Prozess

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Durchführung der Arthroskopie		
28 ¹	Perioperative Schmerzbehandlung am OP-Tag	Prozess
Nachbehandlung		
14_a	Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 6 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff	Prozess
21	Koordination der Nachbehandlung	Prozess

Legende:

- _A 1. Modifikation des Indikators in der Bewertungsrunde 1
- _a 1. Modifikation des Indikators in der Bewertungsrunde 2
- _b 2. Modifikation des Indikators in der Bewertungsrunde 2
- ¹ Nachträglich bewertete Indikatoren nach Bewertungsrunde 1

Ausgeschlossene Indikatoren

Von den 23 in der Bewertungsrunde 1 als relevant bewerteten Indikatoren wurde in der zweiten Bewertungsrunde ein Indikator als nicht praktikabel bewertet und aus dem abschließenden Indikatorenset ausgeschlossen. Von den weiteren 2 als nicht praktikabel bewerteten Indikatoren wurde der Ursprungsindikator bzw. eine Modifikation als praktikabel bewertet.

Der Indikator „Wiederholungsarthroskopien innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ wurde aufgrund des fehlenden Seitenbezugs von den Panelexperten als nicht praktikabel bewertet. Eine „echte“ Wiederholungsarthroskopie im Sinne einer wiederholten Arthroskopie am selben Knie könne ohne Einbezug der Seitenangabe aufgrund der sich in der Praxis noch nicht durchgesetzten grundsätzlichen Kodierung der Seitenlokalisation nicht valide erfasst werden. Eine Erfassung aller Wiederholungsarthroskopien innerhalb von 6 Monaten unabhängig an welchem Knie, führe zu einer deutlichen Überschätzung an Wiederholungsarthroskopien. Dies werde nicht als sinnvoll und praktikabel erachtet.

6.2.3. Weitere Ergebnisse

Neben den bereits dargestellten Bewertungskategorien wurde in der ersten Bewertungsrunde die Klarheit/Verständlichkeit der Indikatoren sowie in der zweiten Bewertungsrunde die Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung durch das RAM-Panel bewertet.

Die **Klarheit und Verständlichkeit** wurde im Rahmen der ersten Bewertungsrunde ausschließlich postalisch durch die Experten bewertet. Die Ergebnisse dieser Bewertungen wurden genutzt, um Schwächen in den Formulierungen der Indikatoren aufzudecken und gemeinsam mit den Experten während des Paneltreffens Konkretisierungen an den Indikatoren vorzunehmen.

Die **Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung** wurde zusammen mit der Praktikabilität der Indikatoren in der zweiten Bewertungsrunde sowohl postalisch als auch im Paneltreffen bewertet. Eine gesonderte Darstellung der Bewertungsergebnisse dieser Bewertungskategorie ergibt sich daraus, dass die Bewertung des RAM-Panels, ob die Indikatoren zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung geeignet sind, lediglich als erste Einschätzung dient. Die Eignung wird zu einem späteren Zeitpunkt auf der Basis empirischer Daten erneut überprüft. Die zusätzliche Einschätzung der Indikatoren hinsichtlich dieser Kategorie hatte dementsprechend keinerlei Auswirkungen auf die Zusammensetzung des endgültig abgestimmten Indikatorensets.

Bewertung, postalisch

Entsprechend der postalischen Bewertung der Praktikabilität wurde auch die Eignung der Indikatoren zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung im Zeitraum vom 18. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 bewertet, ebenfalls mit der Möglichkeit schriftliche Anmerkungen zu den Indikatoren vorzunehmen. Auch die

Bewertung der Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung wurde durch 12 der 13 Panelexperten eingereicht. Unter Berücksichtigung der Auswertungsregeln ergab sich unter den 23 zu bewertenden Indikatoren folgende Häufigkeitsverteilung:

Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung, postalisch:

- Geeignete Indikatoren: 4
- Fraglich geeignete Indikatoren: 19
- Nicht geeignete Indikatoren: 0

Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.4 differenziert dargestellt.

Die Ergebnisse und Kommentare der Bewertung der Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung wurden ebenfalls für das zweite Paneltreffen aufgearbeitet und in das Bewertungsfeld eines jeden Indikators übertragen.

Bewertung, Paneltreffen

Im Rahmen der Paneldiskussion wurden 13 Indikatormodifikationen vorgenommen, sodass vom Panel insgesamt 36 Indikatoren (23 Ursprungsindikatoren und 13 Indikatormodifikationen) hinsichtlich der Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung bewertet werden mussten. Die Häufigkeitsverteilung bezüglich dieser Bewertungskategorie stellte sich wie folgt dar:

Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung, Paneltreffen

- Geeignete Indikatoren: 11
- Fraglich geeignete Indikatoren: 24
- Nicht geeignete Indikatoren: 0

Die Einzelbewertungen der Indikatoren sind in Anhang B.6 differenziert dargestellt.

6.2.4. Anregungen aus dem Panel

Im Verlauf des RAM-Prozesses gab es einige methodische und fachliche Anregungen, welche in den weiteren Bearbeitungsprozess und das Bewertungsverfahren eingeflossen sind. Sowohl die schriftlichen Kommentare in den postalischen Bewertungsrunden als auch die protokollierten Diskussionen während der Expertentreffen wurden inhaltlich berücksichtigt. Die folgenden Schwerpunkte wurden durch die Teilnehmer des Panelverfahrens thematisiert.

Seitenlokalisierung

In Bezug auf alle Indikatoren, die auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden sollen, wurde von den Panelexperten innerhalb des RAM-Prozesses eindringlich auf die Notwendigkeit einer verpflichtenden Angabe zur Seitenlokalisierung bei der Kodierung der Operations- und Prozedurenschlüssel sowie Diagnosen hingewiesen. Die Angabe der Seitenlokalisierung sei eine essenzielle Grundvoraussetzung für eine valide Abbildung der vorgeschlagenen Indikatoren. Zwar sei in der Klassifikation des DIMDI festgelegt, dass bei den angegebenen OPS-Kodes des jeweiligen Eingriffs die Seite des Eingriffs mit kodiert werden müsse, für die Kodierung der Diagnosen sei eine entsprechend zwingende Vorgabe aber nicht formuliert. Darüber hinaus fehle im ambulanten Bereich, vergleichbar zum stationären Bereich, eine begleitende Kodierrichtlinie, die diese Vorgabe des DIMDI aufgreift. Zwar zeigen die in der Panelsitzung vorgestellten Berechnungen zur Kodierung der Seitenangabe, dass eine Vielzahl der Leistungserbringer die Seite des Eingriffs bereits kodierten, aber vor allem im ambulanten Bereich fehle in den Daten des betrachtenden Indexjahres 2009 noch bei ca. 37 % der dokumentierten OPS-Kodes eine Seitenangabe. Somit würden die Indikatoren auf unterschiedlichen Voraussetzungen aufbauen. Die Panelexperten äußerten anschließend die Befürchtung, dass ohne Verpflichtung zur Seitenangabe in beiden Sektoren nach Umsetzung des QS-Verfahrens im Regelbetrieb die ambulanten Leistungserbringer auf eine Seitenkodierung verzichten könnten. Dies hätte enorme Auswirkung auf die Ergebnisse der Indikatoren und könne einen fairen Leistungserbringervergleich erschweren. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wiesen die Panelexperten darauf hin, dass die Bewertung der vorliegenden Indikatoren lediglich unter der Annahme und unter dem Vorbehalt einer Regelung zur verpflichtenden Angabe der Seitenlokalisierung, vor-

genommen wurde. Das RAM-Panel spricht sich dementsprechend noch einmal explizit dafür aus, auf eine verpflichtende Seitenangabe bei OPS-Kodes sowie ICD-Kodes im stationären und ambulanten Bereich hinzuwirken.

Risikoadjustierung

Innerhalb des RAM-Prozesses wurde von den Panelexperten zudem der Aspekt der Risikoadjustierung hervorgehoben. Eine Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren sei notwendig und stelle eine wichtige Voraussetzung für einen fairen Leistungserbringervergleich dar. Von den Experten wurde allerdings betont, dass bei einer Risikoadjustierung anhand von Daten gemäß §299 SGB V beachtet werden müsse, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung angegeben würden. Hier würden vor allem die Codes angegeben, die erlösrelevant seien. Nicht erlösrelevante Abrechnungskodes würden häufig von den Einrichtungen auch nicht angegeben. Diese Codes könnten aber gerade zur vollständigen Berechnung des Risikoprofils der Einrichtung wichtig sein.

Verantwortungszuschreibung

Im Zusammenhang mit der Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen wurde der Aspekt der Verantwortungszuschreibung mit den Panelteilnehmern diskutiert. Unstrittig war, dass die Verantwortung für die Indexleistung der operierenden Einrichtung obliegt. Intensiv diskutiert wurde jedoch darüber, ob die Verantwortung für z.B. eine Wiederholungsarthroskopie oder die Implantation einer Knie-Endoprothese ebenfalls ausschließlich der operierenden Einrichtung der Indexleistung zugeschrieben werden könne. Die operierende Einrichtung, die den Indexeingriff durchgeführt hat, könne z.B. dann für eine Wiederholungsarthroskopie verantwortlich gemacht werden, wenn aufgrund der ersten Arthroskopie eine Komplikation aufgetreten sei, die in einer weiteren Arthroskopie behoben werden musste. Demgegenüber dürfe aber auch die eigenständige Indikationsstellung zur Wiederholungsarthroskopie nicht außer Acht gelassen werden. Würde eine zweite Einrichtung innerhalb von 6 Monaten nach der ersten Arthroskopie eine erneute Arthroskopie durchführen, ohne dass eine Komplikation des Indexeingriffs vorlag, dürfe die Verantwortung für diese Wiederholungsarthroskopie nicht der operierenden Einrichtung der Indexleistung zugeschrieben werden, sondern der Einrichtung, die die Indikation für die erneute Arthroskopie gestellt und diesen arthroskopischen Eingriff durchgeführt hat.

Auch wenn die vorgebrachten Einwände durchaus nachvollziehbar sind, hat sich das AQUA-Institut entschlossen, in dieser Phase der Verfahrensentwicklung von einer korrekten Indikationsstellung zum Folgeeingriff auszugehen, so dass entweder eine Komplikation oder ein unzureichendes Ergebnis des Indexeingriffs die Folgearthroskopie notwendig machten und deshalb die Ergebnisverantwortung dieses Indikators der operierenden Einrichtung zugeordnet wird, die den Indexeingriff durchgeführt hat. Sollten sich jedoch im Regelbetrieb des QS-Verfahrens empirische Hinweise auf unkorrekte Indikationsstellungen der Wiederholungsarthroskopie finden, so könnte später ein zusätzlicher Indikator gleicher Konfiguration aber mit Verantwortungszuschreibung an die operierende Einrichtung des Folgeeingriffs eingeführt werden. Damit könnten dann nicht nur operierende Einrichtungen, deren Patienten sich auffällig häufig einem Wiederholungseingriff unterziehen müssen, sondern auch die operierenden Einrichtungen, die auffällig häufig Indikationen zu Wiederholungseingriffen stellen, kritisch hinterfragt werden.

Darüber hinaus wurden im Rahmen dieser Diskussion ebenfalls die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer thematisiert. Einige Panelexperten sprachen sich für eine Darstellung der Ergebnisse pro Operateur aus, um jeden einzelnen Operateur einer Einrichtung zur Verantwortung ziehen zu können. Im ambulanten Bereich seien oftmals weniger Operateure in einer Praxis tätig. Im Vergleich dazu kann es im stationären Bereich eine Vielzahl an Operateuren geben. Im stationären Bereich könnten somit schlechte Ergebnisse von einem Operateur durch gute Ergebnisse der anderen Operateure leichter ausgeglichen werden.

Auch wenn der beschriebene Sachverhalt auf einzelne Leistungserbringer zutreffen könnte, verweist das AQUA-Institut auf die Qesü-RL, die nur eine vergleichende Auswertung je Einrichtung vorsieht. Bereits auf dieser Auswertungsebene finden sich viele Leistungserbringer mit einer sehr geringen Fallzahl. Dies würde bei noch kleineren Auswertungsebenen (Ergebnisse pro Operateur) noch zunehmen.

Darüber hinaus ergebe sich auch im stationären Bereich die Problematik, dass für die Ergebnisse der sog. Honorarärzte ebenfalls die Einrichtung zur Verantwortung gezogen werde, diese aber eigenverantwortlich arbeiten und ausschließlich die Strukturen der Einrichtung nutzen würden. Somit sei es sinnvoll auch den operierenden Honorararzt für das Ergebnis des arthroskopischen Eingriffs zu Verantwortung zu ziehen. Das AQUA-Institut verweist an dieser Stelle auf die Verantwortung des Auftraggebers der Honorarleistung, der diese letztlich als

Leistungserbringer gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Es bleibt in der Verantwortung des abrechnenden Leistungserbringers, die Qualität der Honorarleistung gegenüber dem Patienten sicherzustellen. Ein solches Vorgehen besteht heute bereits im Rahmen der externen stationäre Qualitätssicherung (Verbringungsleistung).

Patientenbefragung – Befragungszeitpunkt

Bezüglich der Indikatoren zur Patientenbefragung wurde der Befragungszeitpunkt intensiv diskutiert. Der beabsichtigte Befragungszeitpunkt sechs Monate nach dem arthroskopischen Eingriff sowohl für die Prozess- als auch die Ergebnisqualität wurde von den Panelexperten kritisch hinterfragt. Die Experten äußerten Bedenken, dass sich die Patienten nach dieser Zeit noch detailliert z.B. an die Inhalte der Anamnese, die präoperative Aufklärung bzw. die Informationen zum postoperativen Verhalten, die sie vor der Entlassung erhalten haben, erinnern können und dazu valide Aussagen treffen können, die für einen Leistungserbringervergleich herangezogen werden können. Sinnvoller wäre es, die Prozesse zeitnah abzufragen. Einen idealen Zeitraum für die Erfragung der Prozesse würden die ersten 4 – 6 Wochen nach dem arthroskopischen Eingriff darstellen. Ebenfalls hinsichtlich der Ergebnisqualität wurde von den Panelteilnehmern dargelegt, dass die Erfragung der Kniebeschwerden **vor** dem arthroskopischen Eingriff (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, etc.) zusammen mit der Erfassung des Zustandes des Knies **nach** dem arthroskopischen Eingriff erst nach 6 Monaten nicht befürwortet werde. Es wurde vermutet, dass gerade die Einschätzung der Schmerzsituation vor dem Eingriff bei einer Befragung nach 6 Monate verändert sei. Anzustreben sei eine präoperative Befragung der Patienten zu ihren Kniebeschwerden, um die Veränderung genauer abbilden zu können.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich allerdings Belege, dass die sog. quasi-indirekte Methode der Befragung (retrospektive Befragung des Gesundheitszustandes vor der Arthroskopie sowie des aktuellen Gesundheitszustandes) ausreichend valide Ergebnisse liefern kann (Meyer et al. 2013; Bitzer et al. 2011; Balain et al. 2009; Nieuwkerk 2006; Lam et al. 2003). Das AQUA-Institut verweist hinsichtlich der Diskussion dieser Problematik zusätzlich auf den Vor- bzw. Abschlussbericht zur Patientenbefragung *Arthroskopie am Kniegelenk*.

Feedback der Panelteilnehmer

Im Anschluss an die zweite Bewertungsrunde nutzten die Panelexperten die Gelegenheit für ein umfassendes und differenziertes Feedback sowohl zum Verlauf des Panelprozesses als auch zu den vorgesehenen (Erhebungs-)Instrumenten und Indikatoren.

Generell wurde das Vorhaben, eine Qualitätssicherung von arthroskopischen Eingriffen am Kniegelenk zu entwickeln, als wichtig und gut erachtet. Die Fragestellungen im Zusammenhang mit der Arthroskopie am Kniegelenk seien allerdings sehr komplex, was sich auch in der Auftragsformulierung des G-BA widerspiegeln. Der Auftrag, mit zwei völlig neuen Erhebungsinstrumenten und darüber hinaus der Entwicklung eines neuen Instrumentes (Externe Begutachtung), wurde als anspruchsvoll und sehr ambitioniert empfunden.

Die notwendige Erarbeitung von ausschließlich neuen (Erhebungs-)Instrumenten hätte jedoch im gesamten RAM-Prozess dazu geführt, dass viele Aussagen und Bewertungen lediglich auf einer Reihe von Annahmen hin getroffen werden mussten, da die Entwicklung der Instrumente noch nicht so weit fortgeschritten sein konnte, dass deren Ausgestaltung und Auswirkungen (vor allem bezogen auf die Indexbildung und die Externe Begutachtung) hätten in Gänze überblickt werden können. Es hätte aber eine wertvolle Grundlagenarbeit geleistet werden können, die einen guten Einstieg in die Thematik erlaube und die weitere Ausgestaltung des QS-Verfahrens in die richtige Richtung lenke. Dennoch bleibe ein gewisser Grad der Unsicherheit bei der Bewertung des Gesamtverfahrens, der im Vergleich zu den Entwicklungsprozessen vorangegangener QS-Verfahren deutlich größer sei.

Insgesamt bestand unter den Panelteilnehmern noch eine gewisse Skepsis hinsichtlich der vorgegebenen Erhebungsinstrumente „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ und der „Patientenbefragung“. Grundsätzlich werde begrüßt, den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer zu reduzieren. Bei der Erfassung von Indikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen dürfe aber nicht aus dem Auge gelassen werden, dass diese Daten für die Abrechnung und nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert würden. Darüber hinaus werde prinzipiell auch eine Patientenbefragung als sinnvolles Instrument erachte. Allerdings werde diese Erhebung einen enormen Aufwand verursachen. Zudem seien weitere Aspekte (z.B. der Befragungszeitpunkt) zu klären, da dieser eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Patientenbefragung im Sinne einer validen Datenerfassung für einen fairen Leistungserbringervergleich, darstelle.

Bezüglich der Externen Begutachtung wurde nochmals darauf verwiesen, dass mit den Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im ambulanten Bereich bereits ein etabliertes und funktionierendes Verfahren zur Prüfung der Qualität für die Arthroskopie am Kniegelenk existiere. Diese Strukturen sollten beibehalten und ggf. das neue Instrument darauf aufbauend entwickelt werden. Die Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen würden sich bereits jetzt in der Praxis auswirken. Bis das vorgesehene Verfahren der Externen Begutachtung jedoch greife, würde es noch eine längere Zeit dauern.

Die Panelteilnehmer merkten zudem an, dass sich die Komplexität des Auftrages auch in der Arbeit des RAM-Panels niedergeschlagen habe. Die Panelexperten bedauerten, dass die gesamte Entwicklungsarbeit aufgrund der vielen notwendigen grundsätzlichen Diskussionen bezüglich der neuen (Erhebungs-)Instrumente unter großem Zeitdruck stattgefunden habe. Insgesamt hätte somit vor allem zu wenig Zeit zur Bewertung der Operationalisierung der Indikatoren (vor allem der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen) sowie für detailliertere Diskussionen zur Ausgestaltung der neu zu entwickelnden Instrumente zur Verfügung gestanden.

Abschließend wurde von den Panelexperten die gute und diskussionsfördernde Arbeitsatmosphäre sowie die Organisation der Panelsitzungen gelobt. Die Zusammensetzung des RAM-Panels wurde als ausgeglichen und die Diskussionen mit den anderen Panelteilnehmern als interessant, inspirativ und aufschlussreich empfunden.

6.3. Inhaltlich relevante und praktikable Indikatoren

Für eine inhaltlich konsistente Darstellung der Indikatoren werden im Nachfolgenden zuerst die Indikatoren zu degenerativen Veränderungen des Kniegelenks und im Anschluss die Indikatoren zu Kreuzbandplastiken/-eingriffen dargelegt. Die Indikatoren zur Patientenbefragung werden in der Reihenfolge der Schritte der Versorgung diskutiert.

Indikator-ID 03_a	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit einer Wiederholungsarthroskopie am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	Die Mehrheit der Panelteilnehmer bewertete den vorliegenden Indikator als relevant. Die Auswertung des Indikators im Rahmen der empirischen Prüfung auf Basis der anonymisierten Daten ergab für das Indexjahr 2009 bzgl. der Wiederholungsarthroskopien, die innerhalb von 6 Monaten bei primär degenerativen Veränderungen durchgeführt wurden, eine standardisierte Gesamtrate von 4,5 % ¹⁵ . Die Verteilungen aller Indikatorenergebnisse (Sozialdaten bei den Krankenkassen) auf Leistungserbringerebene sind Anhang E zu entnehmen. In einer gemeinsamen Diskussion mit den weiteren Indikatoren zu Wiederholungsarthroskopien bei degenerativen nicht septischen Veränderungen „Wiederholungsarthroskopien innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ sowie „Wiederholungsarthroskopien (> 1) innerhalb von 6 Monaten nach Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ wurde von den Panelteilnehmern deutlich darauf hingewiesen, dass eine durchgängige Angabe der Seitenlokalisation bei Prozeduren und auch bei den Diagnosen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich notwendig sei, um u.a. einen Indikator zu Wiederholungsarthroskopien sinnvoll erfassen zu können. Es sei deshalb notwendig, auf eine flächendeckende Umsetzung der Vorgaben zur Kodierung der Seitenangabe hinzuwirken. Die Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen (z.B. eine begleitende Kodierrichtlinie auch im ambulanten Bereich) werde sehr befürwortet. Die Angabe der Seitenlokalisation sei

¹⁵ Die berechneten Gesamtraten der Indikatoren wurden jeweils alter- und geschlechtsstandardisiert auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten hochgerechnet. Alle Berechnungen der Indikatoren basieren auf den Daten des Indexjahres 2009 (siehe Abschnitt 2.5).

Indikator-ID 03_a	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen
	<p>eine der wesentlichen Grundvoraussetzungen für die Umsetzung eines QS-Verfahrens zur <i>Arthroskopie am Kniegelenk</i>, da nur so eine valide Abbildung der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich sei. Positiv wurde bewertet, dass die Berechnungen zur Angabe der Seitenlokalisierung zeigen würden, dass im Indexjahr 2009 bereits bei insgesamt 85,3 % der kodierten Prozeduren eine Seitenangabe vorhanden sei. Kritisch wurde allerdings angemerkt, dass vor allem im ambulant vertragsärztlichen Bereich bei insgesamt 37,1 % der Fälle die angegebenen Prozeduren nicht mit einer Seitenangabe kodiert waren. Es werde daher befürchtet, dass nach Einführung des QS-Verfahrens, im ambulanten Bereich (aufgrund einer für den ambulanten Bereich fehlenden Kodierrichtlinie) auf die Angabe der Seitenlokalisierung verzichtet werden könnte. Dies hätte enorme Auswirkungen auf die Ergebnisse aller Indikatoren und könne einen fairen Leistungserbringervergleich gefährden.</p> <p>Das RAM-Panel wies deshalb darauf hin, dass die Indikatoren ausschließlich unter dem Vorbehalt einer einheitlichen Regelung zur Angabe der Seitenlokalisierung beurteilt werden könnten. Unter der Voraussetzung einer validen Kodierung der Seitenlokalisierung werde der vorliegende Indikator aufgrund der Fokussierung auf den Eingriff am selben Knie, und dementsprechend der Abbildung der tatsächlichen Anzahl an Wiederholungsarthroskopen als relevant und zudem als praktikabel bewertet.</p> <p>Entsprechend des Hinweises der Panelexperten wurde der OPS-Code zur Knorpeltransplantation (5-812.9h) aus dem Zähler des Indikators gestrichen. Die Knorpeltransplantation werde in einem geplanten zweizeitigen Eingriff durchgeführt. In einer ersten Arthroskopie erfolge die Entnahme von Knorpelgewebe. In einer zweiten Arthroskopie werde dann die Knorpeltransplantation durchgeführt. Der erneut notwendige Eingriff zur Implantation des entnommenen Knorpelgewebes dürfe somit nicht als Wiederholungsarthroskopie gezählt werden.</p>
Würdigung	<p>Über diesen Indikator lassen sich Hinweise auf Qualitätsdefizite im Rahmen der arthroskopischen Versorgung von Patienten mit primär degenerativen Veränderungen am Kniegelenk ableiten.</p> <p>In der Regel ist davon auszugehen, dass Patienten nach einer Arthroskopie mit dem Ziel der Behandlung einer primär degenerativen Veränderung innerhalb des relativ kurzen Zeitraums von 6 Monaten keine erneute Arthroskopie mit gleichem Behandlungsziel benötigen. Erfolgt dennoch wiederholt eine Arthroskopie, kann dies auf folgende Ursachen hindeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadäquate Indikationsstellung im Rahmen ersten Operation ▪ Mängel in der Durchführung der Arthroskopie oder der Nachbehandlung ▪ Inadäquate Indikationsstellung im Rahmen der Wiederholungsarthroskopie <p>Vorerst ist für den Indikator definiert, dass allein der Leistungserbringer, der den Indexeingriff durchgeführt hat, die Ergebnisse zurückgespiegelt bekommt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass eine inadäquate Indikationsstellung im Rahmen der Wiederholungsarthroskopie durch einen anderen Leistungserbringer nicht in der Verantwortung des Leistungserbringers der Indexleistung liegt. Es wird deshalb empfohlen, in den Rückmeldeberichten auszuweisen, welcher Anteil an Wiederholungsarthroskopen in der eigenen Einrichtung erfolgt ist.</p> <p>Um Informationen hinsichtlich der Indikationsstellung des Follow-up-Eingriffs zu erhalten, wird empfohlen, zusätzlich dem Follow-up-Leistungserbringer zurück zu spiegeln, bei welchem Anteil der von ihm durchgeführten Kniearthroskopen bei degenerativen Veränderungen es sich um Wiederholungs-</p>

Indikator-ID 03_a	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen
	<p>arthroskopien gehandelt hat. Es sollen dabei alle Wiederholungsarthroskopien gezählt werden, unabhängig davon, bei welchem Leistungserbringer die Indexarthroskopie erfolgt ist. Im weiteren Verlauf ist zu prüfen, diese Auswertung als einen separaten Indikator aufzunehmen.</p> <p>Verschiedene Definitionen in der Rechenregel zielen darauf ab, eine möglichst hohe Spezifität des Indikators zu erreichen (siehe Abschnitt 7.1). So werden beispielsweise Arthroskopien, die aufgrund von septischen Veränderungen durchgeführt wurden, ausgeschlossen, da wiederholte Operationen in diesen Fällen indiziert sein können. Des Weiteren werden erneute Arthroskopien nur dann als Wiederholungsarthroskopie gewertet, wenn sie am selben Knie erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden aus dem Indikator ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund lässt die im Rahmen der empirischen Prüfung ermittelte Rate von rund 4,5 %, darauf schließen, dass eine Wiederholungsarthroskopie nach primär degenerativen Eingriffen relativ häufig durchgeführt wird.</p> <p>Die Auswertungen bzgl. der Angaben zur Seitenlokalisation ergaben, dass – insbesondere im niedergelassenen Bereich – in einem gewissen Anteil von Fällen eine Seitenlokalisation weder über den OPS-Kode noch über den ersatzweise herangezogenen ICD-Kode möglich ist (siehe Abschnitt 2.5). Um die Validität des Indikators zu gewährleisten, sollte deshalb auf die Umsetzung der bestehenden Kodierregeln hingewirkt werden, nach denen die Seitenangaben für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen verpflichtend sind. Das AQUA-Institut empfiehlt, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p> <p>Die bestehenden OPS-Kodes lassen keine Zuordnung hinsichtlich der Topographie der behandelten Kniebeschwerden (z.B. Differenzierung lateraler oder medialer Meniskus) zu. Aus Sicht des AQUA-Instituts ist diese Ungenauigkeit jedoch akzeptabel, da davon ausgegangen werden kann, dass bei der arthroskopischen Behandlung eines degenerativ bedingten Meniskusschadens auch eine degenerativ bedingte Läsion am anderen Meniskus erkannt und behandelt werden müsste.</p>

Indikator-ID 06	Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit Implantation einer Knie-Endoprothese am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Der Indikator wurde im RAM-Prozess gemeinsam mit dem Indikator zur „Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 1 Jahr nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen“ besprochen.</p> <p>Grundsätzlich bestand unter den Panelexperten der Konsens, dass der Aspekt der Implantation einer Knie-Endoprothese im zeitlichen Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Arthroskopie ein relevanter Ergebnisparameter sei, den es zu betrachten gelte. Kontrovers wurde demgegenüber der Nachbeobachtungszeitraum diskutiert. Die Mehrzahl der Experten sprach sich für einen Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten als relevanten Zeitraum zwischen der Kniearthroskopie und der Implantation einer Knie-Endoprothese aus. In diesem Zeitraum könne vermutet werden, dass der Patient von der vorausgegangenen Arthroskopie nicht profitiert und diese zu keiner relevanten Verbesserung der Kniebeschwerden geführt habe, weshalb dann zeitnah</p>

Indikator-ID 06	Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen
	<p>doch eine Knie-Endoprothese implantiert wurde. Bei einem längeren Zeitraum zwischen der Arthroskopie und der Implantation der Knie-Endoprothese könne, nach Meinung der Experten, davon ausgegangen werden, dass der Patient von der vorherigen Arthroskopie mehr profitiert habe. Dahingegen wurde von weiteren Panelexperten argumentiert, dass sich der Erfolg der Arthroskopie erst in den ersten Monaten nach dem Eingriff zeigen würde, die Entscheidung für die Knie-Endoprothese häufig dann erst nach den definierten 6 Monaten stattfände. Der kürzere Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten würde dazu führen, dass diese Fälle dann nicht mehr im Indikator erfasst werden.</p> <p>Die Berechnung im Rahmen der empirischen Prüfung zeigt, dass insgesamt in 3,4 % der Fälle nach einer Arthroskopie am Kniegelenk innerhalb von 6 Monaten eine Knie-Endoprothese implantiert wurde. Dies zeige laut Panelexperten, dass auch bei einem Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten schon eine relevante Anzahl von Fällen erfasst werden könne. Die Mehrzahl der Panelteilnehmer bewertete dementsprechend im Anschluss den Indikator mit einem 6 monatigen Follow-up als relevanter.</p> <p>Zusätzlich wurde von den Panelexperten angemerkt, dass Patienten mit einem implantierten Herzschrittmacher bzw. Defibrillator aus dem Indikator ausgeschlossen werden müssten. Bei diesen Patienten könnte im Rahmen der Diagnostik keine MRT-Untersuchung durchgeführt werden. Aufgrund dessen sei unter Umständen die Durchführung einer diagnostischen Arthroskopie notwendig, um die Indikation zur Knie-Endoprothese zu stellen. Diese Fälle dürften im Indikator nicht auffällig werden.</p> <p>Darüber hinaus wurden im RAM-Prozess keine weiteren Veränderungen an dem Indikator vorgenommen. In der zweiten Panelsitzung wurde der Indikator in seiner vorgeschlagenen Operationalisierung als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Dieser Indikator fokussiert mögliche Qualitätsdefizite im Rahmen der arthroskopischen Versorgung von Patienten mit degenerativen Kniegelenkerkrankungen.</p> <p>Wird innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie am selben Knie die Implantation einer Knie-Endoprothese notwendig, kann dies ein Hinweis dafür sein, dass der Patient von der arthroskopischen Behandlung nicht profitiert hat, was wiederum mit einer unangemessenen Indikationsstellung oder Mängeln in der Durchführung der Arthroskopie zusammenhängen kann. Vor diesem Hintergrund ist die im Rahmen der empirischen Prüfung ermittelte Rate von 3,4 % der Fälle, bei denen innerhalb von 6 Monaten nach entsprechender Kniearthroskopie die Implantation einer Knie-Endoprothese durchgeführt wurde, als nicht unerheblich zu bewerten. Durch den Ausschluss von Patienten mit Herzschrittmachern bzw. Defibrillatoren werden die Ausnahmefälle, bei denen eine diagnostische Arthroskopie im Vorfeld der Implantation einer Knie-Endoprothese notwendig sein kann, nicht im Indikator betrachtet.</p> <p>Für den Indikator ist zunächst definiert, dass der Leistungserbringer, der die Arthroskopie durchgeführt hat, die Ergebnisse zurückgespiegelt bekommt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass auch eine inadäquate Indikationsstellung zur Implantation einer Knie-Endoprothese mit einer hohen Rate des Indikators zusammenhängen kann und hierfür möglicherweise ein anderer Leistungserbringer verantwortlich ist. Es wird deshalb empfohlen, in den Rückmeldeberichten auszuweisen, welcher Anteil der im Indikator betrachteten endoprothetischen Eingriffe in der eigenen Einrichtung erfolgt ist.</p> <p>Um Ergebnisse hinsichtlich der Indikationsstellung des Follow-up-Eingriffs zur Knie-Endoprothese zu erhalten, soll als zusätzliche Kennzahl für die betreffenden Leistungserbringer ausgewiesen werden, bei welchem Anteil aller Knie-Endoprothesen es sich um Eingriffe innerhalb von 6 Monaten nach Arthrosko-</p>

Indikator-ID 06	Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen
	<p>pie bei degenerativen Erkrankungen gehandelt hat. Dabei ist unabhängig, bei welchem Leistungserbringer die Arthroskopie erfolgt ist.</p> <p>Um für den Indikator eine möglichst hohe Spezifität zu erreichen, werden im Zähler nur die Eingriffe gewertet, die am selben Knie erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden aus dem Indikator ausgeschlossen. Aufgrund der geschilderten Problematik hinsichtlich der Fälle mit fehlender Seitenlokalisation (siehe Abschnitt 2.5) wird empfohlen, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p>

Indikator-ID 08_b	Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit stationär oder ambulant operativ behandlungsbedürftigem Hämarthros am selben Knie innerhalb von 14 Tagen nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Erfassung eines Hämarthros als kniespezifische Komplikation nach dem arthroskopischen Eingriff wurde vom RAM-Panel mehrheitlich befürwortet. Ein Hämarthros gehöre zu den schwerwiegenden Komplikationen nach einem arthroskopischen Eingriff am Kniegelenk und sollte dementsprechend in einem QS-Verfahren zur <i>Arthroskopie am Kniegelenk</i> nicht fehlen.</p> <p>Die Panelexperten merkten darüber hinaus aber an, dass sie es als sinnvoll erachten würden nicht nur die stationär behandelten Patienten mit Hämarthros sondern gleichermaßen auch die ambulant behandelten Patienten zu erfassen. Häufig bedinge ein diagnostizierter Hämarthros nicht mehr in jedem Fall eine stationäre Aufnahme, sondern werde vielfach auch ambulant behandelt. Diese Fälle sollten nicht vernachlässigt und im Indikator mit erfasst werden. Zudem könne ein Indikator, der ausschließlich die stationäre Aufnahme erhebt, eine zunehmende Verschiebung der Behandlung eines Hämarthros in den ambulanten Bereich nach sich ziehen. Es werde befürchtet, dass durch die Erfassung der stationären Aufnahme in einem Indikator die Leistungserbringer versuchen könnten, den Hämarthros unter allen Umständen ambulant zu behandeln und so eine stationäre Aufnahme umgehen, um nicht auffällig zu werden. Dies sei vor allem bei schwerwiegendem Hämarthros nicht immer sinnvoll und deshalb auch nicht zielführend.</p> <p>Die Experten begrüßten, dass mit dem Indikator explizit die operativ behandlungsbedürftigen Fälle eines Hämarthros fokussiert würden. Durch die UND-Verknüpfung der Diagnose mit einer spezifischen Prozedur (z.B. Gelenkspülung) im Zähler, werde zwar die Fallzahl für den Indikator insgesamt reduziert, man könne damit aber sicherstellen, dass vor allem die schweren Fälle eines Hämarthros erfasst würden, welche auch tatsächlich einer Intervention bedürften. Somit könne man zielgenauer zwischen einem schwerwiegenden und einem leichten Hämarthros, der häufig nach einigen Tagen von alleine resorbiert sei, unterscheiden.</p> <p>Auf Anregung der Panelteilnehmer wurde der Indikator somit dahingehend ausgeweitet, dass nun unabhängig von der stationären Aufnahme alle operativ behandlungsbedürftigen Fälle mit Hämarthros, die sowohl ambulant als auch stationär versorgt wurden, erfasst werden. Die Rechenregel des Zählers sowie die Operationalisierung anhand der verschiedenen OPS-/ICD-Kodes sowie die GOP wurden mit der Unterstützung der Panelexperten angepasst.</p>

Indikator-ID 08_b	Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen
Würdigung	<p>Mit dem Indikator wird eine schwere und potenziell vermeidbare Komplikation nach der Arthroskopie erhoben, die neben körperlichen Beeinträchtigungen auch mit relevanten therapeutischen Konsequenzen für den Patienten verbunden ist.</p> <p>Als ein wichtiger patientenrelevanter Endpunkt führt ein Hämarthros zu Schmerzen und Bewegungseinschränkung und kann ein erneutes Ausspülen oder Drainagieren des Gelenks, unter Umständen im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes, erforderlich machen. Durch die Fokussierung auf Arthroscopien bei primär degenerativen Veränderungen werden Eingriffe erfasst, bei denen ein Hämarthros in der Regel als ein unvermeidbares Ereignis einzustufen ist. Über die UND-Verknüpfung der im Zähler verwendeten Diagnosen und Prozeduren fokussiert der Indikator die operativ behandlungsbedürftigen und damit schwerwiegenden Fälle. Eine weitere Spezifizierung des Indikators wird durch den Ausschluss von Patienten mit bekannter hereditärer Gerinnungsstörung erreicht.</p> <p>Im Zähler des Indikators werden nur die Eingriffe gewertet, die am selben Knie erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden aus dem Indikator ausgeschlossen. Aufgrund der geschilderten Problematik hinsichtlich der Fälle mit fehlender Seitenlokalisation (siehe Abschnitt 2.5) wird empfohlen, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p> <p>Die Auswertungen des Indikators im Rahmen der empirischen Prüfung ergaben über die Sektoren hinweg eine Rate von 0,10 % an Fällen mit Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen. Aufgrund der fokussierten Definition wird der Indikator trotz der hier sehr niedrig ausfallenden Rate als relevantes Qualitätskriterium eingeschätzt.</p> <p>Wünschenswert wäre es, mit dem Indikator alle relevanten Blutungen, die Komplikationen des Eingriffs darstellen, erfassen zu können, beispielsweise auch eine Blutung der A. poplitea. Über die zur Verfügung stehenden Abrechnungskodes ist dies derzeit jedoch nicht möglich.</p>

Indikator-ID 09_a	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit stationär oder ambulant operativ behandlungsbedürftiger postoperativer Wundinfektion am selben Knie innerhalb von 30 Tagen nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Neben dem Hämarthros stellen auch die postoperativen Wundinfektionen ein wichtiges patientenrelevantes Outcome nach einer Arthroskopie am Kniegelenk dar. Ein entsprechender Indikator wurde auch von allen Panelteilnehmern als relevant erachtet.</p> <p>Entsprechend der Diskussionen zum Hämarthros beurteilten die Experten die ursprüngliche Ausgestaltung des Indikators – ausschließlich die Fälle mit einer postoperativen Wundinfektion zu erfassen, die stationär aufgenommen wurden – kritisch. Vergleichbar zum Hämarthros würden heutzutage auch viele postoperative Wundinfektionen ambulant behandelt. Darüber hinaus könne auch hier eine Fokussierung auf die stationäre Aufnahme dazu führen, dass die Behandlung der, vor allem auch tiefen Wundinfektionen, zunehmend im ambulanten Bereich durchgeführt werde, um auffällige Ergebnisse zu vermeiden. Dies werde auch bezüglich der postoperativen Wundinfektion als kritisch empfunden. Aufgrund dessen bestand im Panel Einigkeit darüber,</p>

Indikator-ID 09_a	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen
	<p>dass auch bezüglich der postoperativen Wundinfektionen zusätzlich zu den stationär behandelten Fällen gleichermaßen die ambulant behandelten Fälle erfasst werden sollen.</p> <p>Im Rahmen der Diskussion der Operationalisierung des Indikators sprach sich das RAM-Panel dafür aus, nicht alleine die Fälle zu erheben, bei denen entweder eine Diagnose (die nur einen Hinweis auf eine postoperative Wundinfektion am Kniegelenk geben könne) oder eine entsprechende Prozedur (z.B. Einlegen eines Medikamententrägers) kodiert wird, sondern auch hier eine Verknüpfung zwischen den Diagnosen und Prozeduren vorzunehmen. Dass das alleinige Vorliegen einer Diagnose schon im Indikator gezählt würde, werde als nicht sinnvoll erachtet, da die entsprechenden Diagnosen häufig zu unspezifisch seien und deren Kodierung ausschließlich einen Hinweis auf eine definitionsgemäße postoperative Wundinfektion geben würden. Darüber hinaus seien spezifischere Diagnosen, wie z.B. der ICD-Kode T81.4, nicht mehr erlösrelevant. Es sei nicht sinnvoll, diese Codes in den Indikator einzuschließen. Durch eine UND-Verknüpfung zwischen Diagnosen und Prozeduren könne sichergestellt werden, dass es sich einerseits um eine postoperative Wundinfektion im Kniegelenk handle und andererseits könne so auch hier auf die operativ behandlungsbedürftigen tiefen postoperativen Wundinfektionen fokussiert werden.</p> <p>Mit Hilfe der Panelexperten wurden für den Indikator die Rechenregel des Zählers, die zu erfassenden OPS-/ICD-Kodes sowie die GOP angepasst und spezifiziert.</p> <p>Die Berechnung im Rahmen der empirischen Prüfung ergab eine Gesamtrate an ambulant oder stationär operativ behandelten postoperativen Wundinfektionen von 0,35 % und unterstreiche somit die Relevanzeinschätzung der Panelexperten zum vorliegenden Indikator.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator bildet eine schwerwiegende und potenziell vermeidbare Komplikation nach der Arthroskopie ab. Als ein wichtiger patientenrelevanter Endpunkt ist eine postoperative Wundinfektion mit therapeutischen Konsequenzen für den Patienten verbunden und kann zu schweren Schädigungen des betroffenen Kniegelenks bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen führen.</p> <p>Um ein homogeneres Patientenkollektiv zu betrachten und so die Aussagekraft zu erhöhen, fokussiert dieser Indikator auf postoperative Wundinfektionen im Rahmen von Eingriffen bei primär degenerativen Veränderungen. Wundinfektionen nach einem Eingriff am Kreuzband werden über Indikator-ID 10_b erfasst.</p> <p>Der sektorenübergreifende Ansatz des Indikators unter Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen ermöglicht die Erfassung von postoperativen Wundinfektionen unabhängig davon, in welchem Sektor sie diagnostiziert bzw. behandelt werden. Über die UND-Verknüpfung der im Zähler verwendeten Diagnosen und Prozeduren fokussiert der Indikator die operativ behandlungsbedürftigen und damit die schwerwiegenden Fälle von tiefen postoperativen Wundinfektionen. Vor diesem Hintergrund ist die im Rahmen der empirischen Prüfung ermittelte Rate von 0,35 % als nicht unerheblich zu bewerten.</p> <p>Der Beobachtungszeitraum von 30 Tagen nach der Arthroskopie orientiert sich an den vom Robert-Koch-Institut empfohlenen Kriterien der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zur Definition postoperativer Wundinfektionen. Für Operationen, bei denen ein Implantat in situ belassen wurde, wird ein Beobachtungszeitraum von einem Jahr bzgl. des Auftretens einer postoperativen Wundinfektion empfohlen. Im vorliegenden Indikator würde dies nur auf vergleichsweise seltene Eingriffe (Implantation eines künstlichen Meniskus sowie Implantation von in-vitro hergestellten Gewebekulturen) zu-</p>

Indikator-ID 09_a	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen
	<p>treffen, so dass, auch aus Gründen der Praktikabilität, ein einheitlicher Beobachtungszeitraum von 30 Tagen für alle in diesem Indikator erfassten Eingriffe empfohlen wird. Im derzeit in Entwicklung befindlichen QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen</i>, in dem auch arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk erfasst werden sollen, ist vorgesehen, auch das von der CDC für Implantat-Operationen empfohlene 1-Jahres-Follow-up zu berücksichtigen.</p> <p>Im Zähler des Indikators werden nur die Eingriffe gewertet, die am selben Knie erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden aus dem Indikator ausgeschlossen. Aufgrund der geschilderten Problematik hinsichtlich der Fälle mit fehlender Seitenlokalisation (siehe Abschnitt 2.5) wird empfohlen, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p>

Indikator-ID 12b	Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroskopie
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit thromboembolischen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach arthroskopischem Indexeingriff.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Der ursprüngliche Indikator zur Erfassung der kardiovaskulären, zerebrovaskulären und thromboembolischen Komplikationen wurde von den Panelexperten abgelehnt (siehe Abschnitt 6.2.1). In der Paneldiskussion wurde dargelegt, dass es jedoch sinnvoll wäre, ausschließlich die thromboembolischen Komplikationen mit einem Indikator zu erfassen. Auch die thromboembolischen Komplikationen zählen zu den schwerwiegenden Komplikationen, die im Zusammenhang mit einem arthroskopischen Eingriff auftreten können und würden somit ein wichtiges patientenrelevantes Outcome darstellen, das betrachtet werden sollte. Aufgrund dessen wurde der vorliegende Indikator vom AQUA-Institut nach der ersten Bewertungsrunde entwickelt und vom RAM-Panel nachträglich hinsichtlich der Relevanz bewertet. Auf Basis der Berechnung des Indikators wurde der vorgeschlagene Indikator erneut in der zweiten Panelsitzung beraten. Die Berechnung im Rahmen der empirischen Prüfung zeigte, dass bei insgesamt 1,58 % der Fälle innerhalb von 90 Tagen nach der Arthroskopie eine thromboembolische Komplikation auftrat. Nach Meinung der Panelexperten bestätigte die Rate, dass eine Betrachtung dieser Komplikation sinnvoll sei. Grundsätzlich gehe man davon aus, dass sich die Durchführung der Thromboseprophylaxe in den operativen Fachgebieten etabliert habe. Es gäbe zwar bezüglich der Arthroskopie keine Leitlinie, die Aussagen zur Notwendigkeit einer Thromboseprophylaxe bei einem arthroskopischen Eingriff treffe. Der Arzt sei allerdings verpflichtet eine Risikoanalyse durchzuführen und anhand dieser Analyse individuell zu entscheiden, ob eine Prophylaxe notwendig sei. Dennoch zeigten sich die Panelexperten erstaunt über die relativ hohe Rate.</p> <p>Darüber hinaus wurde von den Panelexperten der Nachbeobachtungszeitraum von 90 Tagen thematisiert. Dieser Zeitraum werde als zu lang beurteilt, da bei einer Thrombose/Embolie nach mehreren Monaten nicht mehr zwangsläufig ein Zusammenhang mit der vorausgegangen Arthroskopie hergestellt werden könne.</p> <p>An dem Indikator wurden keine Veränderungen an der Operationalisierung vorgenommen. Der nachgereichte Indikator wurde anschließend als relevant und praktikabel bewertet.</p>

Indikator-ID 12b	Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroskopie
Würdigung	<p>Ein thromboembolisches Ereignis nach einer Arthroskopie ist eine schwerwiegende und mit entsprechenden Prophylaxemaßnahmen unter Umständen vermeidbare postoperative Komplikation. Der Indikator erfasst einen wichtigen patientenrelevanten Endpunkt, der mit gravierenden Konsequenzen für den Patienten, bis hin zu lebensbedrohlicher Situation, verbunden sein kann. Als Prophylaxemaßnahmen zur Vermeidung thromboembolischer Ereignisse nach Arthroskopie werden die Frühmobilisation und – für Patienten mit erhöhtem Risiko – die medikamentöse Prophylaxe empfohlen. Der Indikator kann darauf hinweisen, dass entsprechende Maßnahmen möglicherweise nicht erfolgt sind.</p> <p>Der sektorenübergreifende Ansatz des Indikators unter Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen ermöglicht die Erfassung von thromboembolischen Komplikationen unabhängig davon, in welchem Sektor sie diagnostiziert bzw. behandelt werden.</p> <p>Die Identifikation von thromboembolischen Ereignissen kann derzeit nur über spezifische ICD-Kodes realisiert werden. Diese werden aber nicht tagesgenau dokumentiert werden, sondern beziehen sich immer auf einen Zeitraum (Behandlungs- bzw. Krankenhausfall). Die Abgrenzung einer vorbestehenden Diagnose (Thrombose) ist nur möglich, wenn diese im Indexfall nicht im Zähler berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wird es deshalb für sinnvoll erachtet, den Zeitraum der Nachbetrachtung bei 90 Tagen zu belassen.</p> <p>Die im Rahmen der empirischen Prüfung ermittelte Rate von 1,58 % unterstreicht die Relevanz dieses Indikators.</p>

Indikator-ID 29	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit einer Wiederholungsarthroskopie am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach arthroskopisch durchgeführter primärer Kreuzbandplastik.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Im Rahmen der Paneldiskussion regten die Experten die Einführung eines zusätzlichen Indikators zur Erfassung der Wiederholungsarthroskopien nach einer Kreuzbandplastik an. Zusätzlich zur Erfassung der Folgeeingriffe bei der Entfernung bzw. des Wechsels eines Kreuzbandtransplantates (Indikator-ID 04_A) sei es sinnvoll, entsprechend der Erfassung einer wiederholten Arthroskopie bei degenerativen Veränderungen, ebenfalls eine erneute Arthroskopie nach einer primären Kreuzbandplastik zu erfassen. So könnten nicht nur die Komplikationen, die einen Wechsel oder die Entfernung eines Kreuzbandtransplantates notwendig machen erfasst werden, sondern darüber hinaus die Fälle in denen innerhalb von 6 Monaten erneut das Knie arthroskopiert wird, da unter Umständen die Kniebeschwerden des Patienten weiterhin bestehen. Die Panelteilnehmer waren sich darüber einig, dass ein Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten auch hier der relevante Zeitraum sei. Auf Grundlage der Diskussionen im RAM-Panel wurde ein entsprechender Indikator vom AQUA-Institut entwickelt und dem Panel in der zweiten Bewertungsrunde für die nachträgliche Bewertung der Relevanz sowie der Bewertung der Praktikabilität vorgelegt.</p> <p>Der neu entwickelte Indikator wurde in der zweiten Panelsitzung, auf Basis der Ergebnisse der empirischen Prüfung diskutiert. Die Berechnung der Gesamtrate zeigte, dass in 0,95 % der Fälle nach der primären Kreuzbandplastik innerhalb von 6 Monaten eine erneute Arthroskopie am selben Knie durchgeführt wurde. Die Panelexperten bewerteten die ausgewiesene Rate als realistisch und mit den Ergebnissen aus internationalen Studien vergleichbar.</p> <p>Auch im Rahmen der Diskussion des vorliegenden Indikators wurde vom RAM-</p>

Indikator-ID 29	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik
	<p>Panel erneut auf die Notwendigkeit einer durchgängigen und validen Angabe der Seitenlokalisierung hingewiesen (siehe Paneldiskussion zu Indikator-ID 03_a). Darüber hinaus wurde von einigen Panelteilnehmern darauf hingewiesen, dass die Literatur zeige, dass ein Nachbeobachtungszeitraum von zwei Jahren notwendig sei. Die Mehrzahl der Experten sprach sich aber dennoch gegen einen verlängerten Nachbeobachtungszeitraum aus. Ziel sei es, die Fälle zu erfassen, bei denen innerhalb von kürzerer Zeit erneut das Knie gespiegelt werde, da die Kniebeschwerden nach der durchgeführten Kreuzbandplastik weiterhin bestehen würden. Innerhalb von zwei Jahren könne z.B. ein Meniskusriss durch ein erneutes Trauma verursacht worden sein, was eine erneute Arthroskopie notwendig mache. Aus medizinischer Sicht sei es nicht sinnvoll, diese Fälle dann noch in Verbindung mit der primären Kreuzbandplastik zu bringen und als Wiederholungsarthroskopie zu werten. Die Operationalisierung des Indikators wurde mit den Panelexperten in der zweiten Bewertungsrunde abgestimmt. Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Der Indikator wurde anschließend als relevant und praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Ergänzend zum Indikator zu Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates nach primärer Kreuzbandplastik (ID 04_A) lassen sich aus diesem Indikator weitere Hinweise auf die Qualität der chirurgischen Versorgung von Patienten mit primärer Kreuzbandplastik ableiten.</p> <p>Die Notwendigkeit einer erneuten Arthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik kann mit intra- oder postoperativen Komplikationen zusammenhängen, die im Rahmen oder als Folge des primären Eingriffs aufgetreten sind und in dem zweiten Eingriff behandelt werden müssen. Ein weiterer Grund für eine erneute Arthroskopie innerhalb des relativ kurzen Zeitraums können weiterhin bestehende Kniebeschwerden sein, die im Rahmen der ersten Operation möglicherweise unzureichend behandelt worden sind.</p> <p>Als Wiederholungsarthroskopien werden in diesem Indikator hauptsächlich resezierende Eingriffe an den Kniebinnenstrukturen gezählt. Die Notwendigkeit des Wechsels oder der Entfernung eines Kreuzbandtransplantates nach primärer Kreuzbandplastik wird mit Indikator-ID 04_A erfasst.</p> <p>Vorerst ist für den Indikator definiert, dass nur der Leistungserbringer, der den Indexeingriff durchgeführt hat, die Ergebnisse zurückgespiegelt bekommt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass eine hohe Rate des Indikators mit einer inadäquaten Indikationsstellung zur erneuten Arthroskopie zusammenhängt und hierfür ggf. ein anderer Leistungserbringer verantwortlich ist. Aus diesem Grund wird empfohlen, in den Rückmeldeberichten auszuweisen, welcher Anteil an erneuten Arthroskopien in der eigenen Einrichtung erfolgt ist.</p> <p>Um Ergebnisse hinsichtlich der Indikationsstellung des Follow-up-Eingriffs zu erhalten, soll zusätzlich für die Follow-up-Leistungserbringer ausgewiesen werden, bei welchem Anteil der von ihnen durchgeführten Arthroskopien es sich um Wiederholungsarthroskopien nach einer primären Kreuzbandplastik gehandelt hat. Es sollen dabei alle Wiederholungsarthroskopien gezählt werden, unabhängig davon, bei welchem Leistungserbringer die Indexarthroskopie erfolgt ist. Im weiteren Verlauf ist zu prüfen, diese Auswertung als einen separaten Indikator aufzunehmen.</p> <p>Um für den Indikator eine möglichst hohe Spezifität zu erreichen, werden im Zähler nur die Eingriffe gewertet, die am selben Knie erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden ausgeschlossen. Aufgrund der geschilderten Problematik hinsichtlich der Fälle mit fehlender Seitenlokalisierung (siehe Abschnitt 2.5) wird empfohlen, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p>

Indikator-ID 04_A	Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates am selben Knie innerhalb von 1 Jahr nach arthroskopisch durchgeführter primärer Kreuzbandplastik.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Mehrzahl der Panelexperten bewertete den vorliegenden Indikator als relevant. Eine Erfassung der spezifischen Komplikation des Wechsels bzw. der Entfernung eines Kreuzbandtransplantates zeitnah nach der primären Kreuzbandplastik sei ein wichtiger zu betrachtender patientenrelevanter Endpunkt.</p> <p>Im Rahmen der ersten Panelsitzung wurde von den Panelexperten konsentiert, dass zusätzlich zum Wechsel des Kreuzbandtransplantates ebenfalls auch die Entfernung des Kreuzbandtransplantates erfasst werden sollte, da nicht zwangsläufig immer ein Wechsel des Kreuzbandtransplantates durchgeführt werde, sondern zum Beispiel bei einer Infektionen des Knies ausschließlich die Entfernung des Transplantates vorgenommen werde, um erst einmal die Infektionen zu behandeln.</p> <p>Im RAM-Prozess wurde darüber hinaus der Follow-up-Zeitraum diskutiert. Der ursprünglich vorgeschlagene Nachbeobachtungszeitraum von zwei Jahren wurde von den Panelexperten kritisch gesehen. Die Rehabilitationsphase nach einer Kreuzbandplastik sei nach einem Jahr abgeschlossen, sodass die Patienten dann auch wieder intensiv Sport treiben dürften. Ein erneuter Kreuzbandriss, der dann den Wechsel bzw. die Entfernung des Kreuzbandtransplantates nach sich ziehen würde, könne somit nicht mehr zwangsläufig auf eine Komplikation der primären Kreuzbandplastik zurückgeführt werden. Häufiger sei, dass durch die Aufnahme der Sporttätigkeit ein neuer Kreuzbandriss verursacht wurde. Dieser erneute Kreuzbandriss dürfe dann nicht dem Operateur des Indexeingriffes zugeschrieben werden. Von einigen Panelteilnehmern wurde demgegenüber einschränkend angemerkt, dass Mängel bei der Durchführung der Kreuzbandplastik häufig erst in einem Zeitraum nach dem ersten Jahr, nämlich gerade wenn die Patienten die sportliche Aktivität wieder aufnehmen, auftreten würden. So könnten z.B. mangelhaft gesetzte Bohrkanäle nach der Aufnahme der Sporttätigkeit dazu führen, dass das Kreuzband erneut reißt.</p> <p>Zusätzlich wurde eine Risikoadjustierung für den Indikator diskutiert. Die Panelexperten sprachen sich dafür aus, dass zusätzlich zu den bereits vorgeschlagenen Faktoren hier auch die Mehrbandverletzungen berücksichtigt werden sollten.</p> <p>Gemäß den Anregungen der Panelteilnehmer wurde der OPS-Code zur Entfernung des Kreuzbandtransplantates in den Zähler des Indikators aufgenommen. Zudem wurde konsentiert, dass der Nachbeobachtungszeitraum auf 1 Jahr nach der primären Kreuzbandplastik verkürzt wird. Der Aspekt der Mehrbandverletzungen wird in der Prüfung der Risikofaktoren für das spätere Risikomodelle berücksichtigt.</p>

Indikator-ID 29	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik
Würdigung	<p>Über den Indikator lassen sich Hinweise auf die Qualität und den Erfolg der Versorgung von Patienten mit dem chirurgisch anspruchsvollen Verfahren der Kreuzbandplastik ableiten.</p> <p>Der Wechsel oder die Entfernung eines Kreuzbandtransplantates können notwendig werden, wenn ein Versagen des Transplantats auftritt, welches unter anderem durch eine Fehlplatzierung der Bohrkanäle oder eine unzureichende Fixierung des Transplantats während der Operation bedingt sein kann. Neben der Notwendigkeit eines zweiten Eingriffs ist ein Transplantatversagen auch deshalb ein sehr relevantes Ereignis für den Patienten, da eine Wechsel-Operation häufig mit einem schlechteren Ergebnis als ein primärer Kreuzbandeingriff verbunden ist.</p> <p>Bei der Interpretation des Indikators ist zu beachten, dass nicht alle Fälle eines instabilen Kreuzbandtransplantates durch den Operateur zu beeinflussen sind. Instabilitäten können z.T. auch auf eine zu frühe Aufnahme von sportlicher Aktivität des Patienten, eine inadäquate Rehabilitation oder ein unfallbedingtes Trauma zurückzuführen sein. Die Einschränkung des Zeitraums der beobachteten Revisionsoperationen auf ein Jahr nach primärer Operation erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, mit dem Indikator insbesondere die Fälle mit Transplantatversagen erfassen zu können, die tatsächlich im Zusammenhang mit der primären Operation steht.</p> <p>Vorher ist für den Indikator definiert, dass nur der Leistungserbringer, der den Indexeingriff durchgeführt hat, die Ergebnisse zurückgespiegelt bekommt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass eine hohe Rate des Indikators mit einer inadäquaten Indikationsstellung zur erneuten Arthroskopie zusammenhängt und hierfür ggf. ein anderer Leistungserbringer verantwortlich ist. Aus diesem Grund wird empfohlen, in den Rückmeldeberichten auszuweisen, welcher Anteil an erneuten Arthroskopien in der eigenen Einrichtung erfolgt ist.</p> <p>Um Ergebnisse hinsichtlich der Indikationsstellung des Follow-up-Eingriffs zu erhalten, soll zusätzlich für die Follow-up-Leistungserbringer ausgewiesen werden, welcher Anteil der von ihnen durchgeführten Arthroskopien mit Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von einem Jahr nach primärer Kreuzbandplastik erfolgt ist. Dabei ist unabhängig, bei welchem Leistungserbringer die Indexarthroskopie erfolgt ist. Im weiteren Verlauf ist zu prüfen, diese Auswertung als einen separaten Indikator aufzunehmen.</p> <p>Um für den Indikator eine möglichst hohe Spezifität zu erreichen, werden im Zähler nur die Eingriffe gewertet, die am selben Knie und an derselben Bandstruktur (hinteres bzw. vorderes Kreuzband) erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden aus dem Indikator ausgeschlossen. Aufgrund der geschilderten Problematik hinsichtlich der Fälle mit fehlender Seitenlokalisation (siehe Abschnitt 2.5) wird empfohlen, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p> <p>Da die OPS-Kodes zu Wechsel bzw. Entfernung eines Kreuzbandtransplantats erst im Jahr 2011 in die Klassifikation des DIMDI aufgenommen wurden, sind zu diesem Indikator keine Auswertungen möglich.</p>

Indikator-ID 10_b	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Kreuzbandplastik/-eingriff
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit stationär oder ambulant operativ behandlungsbedürftiger postoperativer Wundinfektion am selben Knie innerhalb von 30 Tagen nach arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken/-eingriffen.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Neben der Erfassung der postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach einer Arthroskopie bei degenerativen Veränderungen bewerteten die Panelexperten ebenso die Erfassung einer postoperativen Wundinfektion nach der Implantation eines Kreuzbandes als relevant.</p> <p>Entsprechend dem Indikator zu postoperativen Wundinfektionen nach degenerativen Veränderungen sprach sich das RAM-Panel auch bezüglich dieses Indikators für eine Erfassung sowohl der ambulant als auch der stationär operativ behandlungsbedürftigen postoperativen Wundinfektionen aus (siehe Diskussion zu Indikator-ID 09).</p> <p>Innerhalb des RAM-Prozesses wurde zudem darüber diskutiert, ob ausschließlich postoperative Wundinfektionen nach Einsatz der primären Kreuzbandplastik oder auch die postoperativen Wundinfektionen nach einem Wechsel oder einer Entfernung des Kreuzbandtransplantates erfasst werden sollten. In der Panelsitzung wurde konsentiert, dass das Auftreten einer postoperativen Wundinfektion auch nach dem Wechsel/der Entfernung des Kreuzbandtransplantates gleichbedeutend mit einer postoperativen Wundinfektion nach einer Kreuzbandplastik sei und dementsprechend auch mit erfasst werden müsse. Einschränkend wurde dennoch darauf hingewiesen, dass das Risiko für eine postoperative Wundinfektion nach dem Wechsel/der Entfernung des Kreuzbandtransplantates im Verhältnis erhöht sein. Die Panelexperten sprachen sich deshalb dafür aus, die verschiedenen Eingriffe zusätzlich stratifiziert auszuwerten. Darüber hinaus wurde von den Experten angemerkt, dass neben den autogenen und allogenen Bandersatzungen auch die alloplastischen Bandersätze berücksichtigt werden sollten. Diese aber, aufgrund der erhöhten Komplexität des Eingriffes, ebenfalls zusätzlich getrennt ausgewertet werden sollten.</p> <p>Auf Grundlage der Anregungen aus dem Panel wurde der Indikator dahingehend angepasst, dass nun postoperative Wundinfektionen sowohl ambulant als auch stationär erfasst werden. Darüber hinaus wurde die Rechenregel des Zählers entsprechend Indikator-ID 09 dahingehend angepasst, dass ausschließlich die operativ behandlungsbedürftigen postoperativen Wundinfektionen erfasst werden (UND-Verknüpfung zwischen Diagnosen und Prozeduren). Zusätzlich werden die OPS-Kodes zum Wechsel/zur Entfernung eines Kreuzbandtransplantates sowie zum alloplastischen Bandersatz im Nenner des Indikators ergänzt. In die Anmerkungen zum Indikator wurde der Hinweis aufgenommen, dass zusätzlich zur Gesamtzahl der postoperativen Wundinfektionen nach Kreuzbandplastik/-eingriff, die postoperativen Wundinfektionen je Eingriffsart (primäre Kreuzbandplastik, Wechsel eines Kreuzbandtransplantates, Entfernungen eines Kreuzbandtransplantates sowie Plastik mit alloplastischem Bandersatz) getrennt ausgewiesen werden.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator bildet eine schwerwiegende und potenziell vermeidbare Komplikation nach arthroskopischem Eingriff am Kreuzband ab. Als ein wichtiger patientenrelevanter Endpunkt ist eine postoperative Wundinfektion mit therapeutischen Konsequenzen für den Patienten verbunden und kann zu schweren Schädigungen des betroffenen Kniegelenks bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen führen.</p> <p>Wundinfektionen nach einer Arthroskopie bei primär degenerativen Veränderungen werden in einem separaten Indikator (ID 9_a) erfasst, um in den Indikatoren ein homogeneres Patientenkollektiv zu betrachten und die Aussagekraft der Indikatoren zu erhöhen.</p>

Indikator-ID 10_b	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Kreuzbandplastik/-eingriff
	<p>Der sektorenübergreifende Ansatz des Indikators unter Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen ermöglicht die Erfassung von postoperativen Wundinfektionen unabhängig davon, in welchem Sektor sie diagnostiziert bzw. behandelt werden. Über die UND-Verknüpfung der im Zähler verwendeten Diagnosen und Prozeduren fokussiert der Indikator die operativ behandlungsbedürftigen und damit die schwerwiegenden Fälle von tiefen Wundinfektionen. Vor diesem Hintergrund ist die im Rahmen der empirischen Prüfung ermittelte Rate von 0,37 % an entsprechenden Fällen mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 30 Tagen nach arthroskopischem Kreuzbandeingriff als nicht unerheblich zu bewerten¹⁶.</p> <p>Für Operationen, bei denen ein Implantat in situ belassen wurde, wird gemäß der Kriterien der CDC zur Definition postoperativer Wundinfektionen ein Beobachtungszeitraum von einem Jahr empfohlen. Aufgrund der Verwendung von Schrauben und ggf. der Verwendung von alloplastischem Bandersatz trifft diese Definition auf Kreuzbandeingriffe zu. Aus Gründen der Praktikabilität wird für den vorliegenden Indikator jedoch empfohlen, auf die Wundinfektionen zu fokussieren, die innerhalb von 30 Tagen nach dem arthroskopischen Eingriff auftreten. Es ist zu erwarten, dass hierüber bereits ein hoher Anteil der mit einem Kreuzbandeingriff zusammenhängenden Wundinfektionen erfasst wird. Im derzeit in Entwicklung befindlichen QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen</i>, in dem auch arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk erfasst werden sollen, ist vorgesehen, auch das von der CDC für Implantat-Operationen empfohlene 1-Jahres-Follow-up zu berücksichtigen.</p> <p>Im Zähler des Indikators werden nur die Eingriffe gewertet, die am selben Knie erfolgten. Fälle, bei denen keine eindeutige Seitenzuordnung möglich ist, werden aus dem Indikator ausgeschlossen. Aufgrund der geschilderten Problematik hinsichtlich der Fälle mit fehlender Seitenlokalisation (siehe Abschnitt 2.5) wird empfohlen, ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, mit dem der Anteil an Fällen ohne Seitenangaben im OPS-Kode erfasst wird.</p>

¹⁶Die im RAM-Prozess ergänzten separaten OPS-Kodes zu Wechsel bzw. Entfernung eines Kreuzbandtransplantates (5-815*) sind erst seit 2011 Bestandteil der Klassifikation des DIMDI. Im Jahr 2009, aus dem die im Rahmen der empirischen Prüfung genutzten Daten stammen, wurden diese Eingriffe noch unter den Codes zur arthroskopischen Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes (5-813*) dokumentiert. In den hier aufgeführten Berechnungen wurden die Eingriffe zu Wechsel bzw. Entfernung eines Kreuzbandtransplantates daher allgemein über die Codes aus 5-813* berücksichtigt.

Indikator-ID 30_a	Resektion von Bandanteilen/-resten oder diagnostische Arthroskopie innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit der Durchführung einer Resektion von Bandanteilen/-resten oder eine diagnostische Arthroskopie am selben Knie innerhalb von 3 Monaten vor arthroskopisch durchgeführter primärer Kreuzbandplastik.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Der vorliegende Indikator wurde auf die Anregung der Panelexperten in der ersten Bewertungsrunde entwickelt und im Rahmen der zweiten Bewertungsrunde nachträglich hinsichtlich der Relevanz sowie bezüglich der Praktikabilität bewertet.</p> <p>Die Panelexperten berichteten, dass einige Leistungserbringer direkt nach einem Trauma/Kreuzbandriss vor der eigentlichen, geplanten Kreuzbandplastik bereits einen arthroskopischen Eingriff zur Entfernung von Bandanteilen/-resten durchführen. Ein zweizeitiges Vorgehen – vor allem in kurzem Abstand zur eigentlichen Kreuzbandplastik – sei nicht notwendig und aus heutiger medizinischer Sicht auch nicht mehr indiziert. Die Berechnung des Indikators zeigte jedoch, dass bei 0,53 % der Fälle drei Monate vor der primären Kreuzbandplastik bereits ein arthroskopischer Eingriff mit der Resektion von Bandanteilen/-resten bzw. eine diagnostische Arthroskopie durchgeführt wurden. Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich liegt die Rate mit 2,24 % vergleichsweise deutlich höher.</p> <p>Die diagnostischen Arthroskopien waren auf Anregung der Panelexperten in der zweiten Bewertungsrunde in den Zähler des Indikators aufgenommen worden. Auch die Durchführung einer diagnostischen Arthroskopie zeitnah vor der Kreuzbandplastik sei nicht sinnvoll und in den meisten Fällen nicht indiziert.</p> <p>Der angepasste Indikator wurde von den Panelexperten am Ende der zweiten Bewertungsrunde als relevant und praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator gibt Hinweise auf möglicherweise nicht indizierte Arthroskopien bei Patienten mit Kreuzbandruptur. Die arthroskopische Resektion von Bandanteilen und Bandresten zur Vorbereitung einer späteren zweiten Arthroskopie mit Kreuzbandplastik gilt heutzutage als überholt. Auch eine diagnostische Arthroskopie im Vorfeld der Kreuzbandplastik ist in der Regel nicht indiziert. Arthroskopien ohne sinnvolle Indikation setzen die Patienten dem unnötigen Risiko eines invasiven Eingriffs aus.</p> <p>Bemerkenswert ist die im Rahmen der empirischen Prüfung ermittelte, vergleichsweise hohe Rate von 2,24 % an Fällen, bei denen innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik eine Resektion von Bandanteilen oder Bandresten oder eine diagnostische Arthroskopie im ambulanten, vertragsärztlichen Bereich erfolgte.</p>

Indikator-ID 14_a	Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle, die innerhalb von 3 Monaten nach arthroskopisch durchgeführter/m Kreuzbandplastik/-eingriff keine physiotherapeutischen Maßnahmen erhalten haben.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Panelexperten waren sich darüber einig, dass der Indikator einen wichtigen Prozessparameter für das vorliegende Verfahren darstellt. Die Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen nach einer Kreuzbandplastik werde in Leitlinien empfohlen und sollte in der Regel nach jeder Kreuzbandplastik durchgeführt werden.</p> <p>Von den Panelexperten wurden darauf hingewiesen, dass zusätzlich zu den primären Kreuzbandplastiken ebenfalls der Wechsel sowie die Entfernung des Kreuzbandtransplantates im Nenner des Indikators ergänzt werden müssten. Auch nach diesen Eingriffen sei die Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen empfohlen.</p> <p>Die Panelteilnehmer sprachen sich zusätzlich für eine Verringerung des Follow-up-Zeitraums auf 3 Monate aus. Gemäß Leitlinien werde eine Behandlungsdauer von 8 – 12 Wochen direkt nach der Kreuzbandplastik bzw. dem Kreuzbandeingriff empfohlen.</p> <p>Kritisch diskutiert wurde, dass den abgerechneten physiotherapeutischen Maßnahmen keine spezifische Indikation zugeordnet sei. Somit weise der Indikator eine gewisse Unschärfe auf, da er bereits erfüllt sei, wenn eine unspezifische physiotherapeutische Maßnahme (z.B. Krankengymnastik) im Nachgang der Kreuzbandplastik bzw. des Kreuzbandeingriffs durchgeführt wurde. Unabhängig ob diese tatsächlich spezifisch zur Behandlung des Knies oder aber zur Behandlung etwaiger Rückenschmerzen des Patienten durchgeführt wurde. Zudem müsse einschränkend darauf hingewiesen werden, dass ausschließlich die eingelösten Verordnungen erfasst werden könnten. Nicht unterschieden werden könne aber, ob ein Rezept vom Leistungserbringer gar nicht ausgestellt oder vom Patienten nicht eingelöst wurde. Aufgrund dessen werde die, in der Berechnung ausgewiesene Gesamtrate, dass in 20,9 % der Fälle keinerlei physiotherapeutische Maßnahme nach der Kreuzbandplastik bzw. dem Kreuzbandeingriff durchgeführt wurde, kritisch beurteilt¹⁷.</p> <p>Von den Panelexperten wurde konsentiert, dass die manuelle Lymphdrainage aus dem Zähler des Indikators gestrichen werden müsse. Die Durchführung einer manuellen Lymphdrainage stelle keine spezifische Maßnahme zur Wiederherstellung der Kniefunktion nach einer Kreuzbandplastik/einem Kreuzbandeingriff dar. Deshalb dürfe die alleinige Durchführung einer manuellen Lymphdrainage nicht dazu führen, dass der Fall nicht im Indikator gezählt werde.</p> <p>Der Indikator wurde gemäß den Anmerkungen aus dem RAM-Prozess angepasst.</p>
Würdigung	<p>Der Indikator erfasst einen wesentlichen Faktor für den Erfolg der arthroskopischen Behandlung einer Kreuzbandruptur und kann darauf hinweisen, inwieweit die Koordination der postoperativen Behandlung gelingt. Nach Kreuzbandrekonstruktion muss gewährleistet sein, dass der Patient eine adäquate physiotherapeutische Nachbehandlung erhält, um ein gutes Ergebnis der operativen Behandlung erreichen zu können.</p> <p>Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass im</p>

¹⁷ Die im RAM-Prozess ergänzten separaten OPS-Kodes zu Wechsel bzw. Entfernung eines Kreuzbandtransplantates (5-815*) sind erst seit 2011 Bestandteil der Klassifikation des DIMDI. Im Jahr 2009, aus dem die im Rahmen der empirischen Prüfung genutzten Daten stammen, wurden diese Eingriffe noch unter den Kodes zur arthroskopischen Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes (5-813*) dokumentiert. In den hier aufgeführten Berechnungen wurden die Eingriffe zu Wechsel bzw. Entfernung eines Kreuzbandtransplantates daher allgemein über die Kodes aus 5-813* berücksichtigt.

Indikator-ID 14_a	Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff
	<p>Indikator die Fälle, bei denen der Patient die verordneten physiotherapeutischen Maßnahmen nicht eingelöst hat, von den Fällen, in denen von vornherein keine Maßnahmen verordnet wurden, nicht unterschieden werden können. Die im Rahmen der empirischen Prüfung für diesen Indikator ermittelte Rate von 20,9 % deutet darauf hin, dass ein wesentlicher Anteil der Patienten keine physiotherapeutischen Maßnahmen nach Kreuzbandeingriff verordnet bekommt oder in Anspruch nimmt. Die hohe Rate deutet auf ein deutliches Verbesserungspotenzial in der Versorgung hin, selbst wenn ein Teil dieser Fälle möglicherweise aufgrund fehlender Compliance des Patienten von ärztlicher Seite aus vermutlich nicht immer beeinflusst werden kann.</p> <p>Eine andere Unschärfe des Indikators besteht darin, dass über die vorhandenen Abrechnungsziffern nicht differenziert werden kann, zu welchem Zweck die physiotherapeutischen Maßnahmen verordnet wurden. Im Indikator können möglicherweise auch Fälle enthalten sein, bei denen die Physiotherapie nicht der postoperativen Nachbehandlung der Kreuzbandplastik diene.</p> <p>Vorerst ist für den Indikator definiert, dass allein der Leistungserbringer, der den Indexeingriff durchgeführt hat, die Ergebnisse zurückgespiegelt bekommt. Zu beachten ist, dass nach einer im Krankenhaus durchgeführten Arthroskopie keine Verordnung physiotherapeutischer Maßnahmen erfolgen kann. Über den Verlauf der Nachbehandlung kann das Krankenhaus lediglich durch Aufklärung des Patienten sowie durch entsprechende Empfehlungen an den weiterbehandelnden Arzt Einfluss nehmen, der wiederum die physiotherapeutischen Maßnahmen verordnen sollte. Im Rahmen einer Weiterentwicklung des Indikators ist zu prüfen, auch den weiterbehandelnden Leistungserbringern (niedergelassener Orthopäde, Hausarzt) die entsprechenden Ergebnisse zurück zu spiegeln.</p> <p>Trotz der genannten Unschärfen erachtet das AQUA-Institut den Indikator bereits in seiner jetzigen Definition als sinnvolles Instrument, um mögliche Koordinationsprobleme in der Nachbehandlung aufzuzeigen.</p>

Für die nachfolgenden Indikatoren zur Patientenbefragung wird im Folgenden ausschließlich die Diskussion im Rahmen der Panelsitzungen dargestellt. In dem Prozess der Entwicklung der Patientenbefragung, speziell der Fragebogenentwicklung haben überdies noch weitere Abstimmungsprozesse (mit (medizinischen) Fachexperten, Patientenvertretern, Fokusgruppen und über kognitive Pretests) stattgefunden, auf die an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen wird. Der gesamte Entwicklungsprozess zur Patientenbefragung *Arthroskopie am Kniegelenk* wird in einem separaten Vorbericht zur Patientenbefragung dargestellt.

Indikator-ID 15	Anamnese
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob Patienten mit arthroskopischem Eingriff am Kniegelenk im Rahmen der Anamnese ausführlich befragt wurden.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Mehrheit der Panelteilnehmer bewertete den vorliegenden Indikator als relevant. Grundsätzlich bestand Konsens, dass eine zielorientierte Anamnese Grundlage für eine sachgerechte Indikationsstellung sei. Es sei allerdings zu bezweifeln, ob ein Patient beurteilen könne, ob die Anamnese sachgerecht und vollständig (= angemessen) erfolgt sei. Die Experten führten an, dass Patienten nicht über ausreichendes Fachwissen verfügen würden, um angeben zu können, ob eine Anamnese medizinisch korrekt gewesen sei.</p> <p>Entsprechend dieser Hinweise der Panelexperten solle daher der Zusatz „angemessene“ im Titel des Indikators gestrichen werden, da mit dem Indikator lediglich erfasst werden könne, ob grundsätzlich eine Anamnese durchgeführt wurde, in der die aufgeführten Aspekte adressiert wurden.</p> <p>Generell wurde hinsichtlich der Indikatoren zur Ergebnisqualität der vorgesehene Befragungszeitpunkt von sechs Monaten diskutiert. Eine retrospektive Befragung nach Prozessen nach sechs Monaten werde als kritisch erachtet. Die Panelexperten bezweifelten, dass die Patienten nach einem Zeitraum von sechs Monaten noch in der Lage seien, sich ausreichend an spezifische Einzelheiten in der Durchführung der Anamnese zu erinnern.</p> <p>Die Panelexperten gaben des Weiteren grundsätzlich zu bedenken, dass sie sich nicht als Experten für die Fragebogenentwicklung sehen würden. Daher werde die Fähigkeit ihrerseits, in diesem Zusammenhang wertvolle Aussagen machen zu können, als begrenzt eingeschätzt. Es wurde darauf hingewiesen, dass in diesem Zusammenhang differenziert werden müsse, dass sie z.B. keine Aussagen dazu treffen könnten, ob die gewählte Fragestellung tatsächlich dafür geeignet sei, abzubilden, ob die Anamnese sachgerecht erhoben wurde. Es könne lediglich eingeschätzt werden, ob die erfragten Informationen medizinisch sinnvoll sind. Das AQUA-Institut erachtete die Einschätzung des RAM-Panels dennoch als wertvoll.</p> <p>Zudem wurden die Ausschlusskriterien (im Hinblick auf alle Indikatoren zur Patientenbefragung) kritisch diskutiert. Bei dem vorliegenden Indikator würden die auf dem Indikatordatenblatt formulierten Ausschlusskriterien bedeuten, dass bei 2 von 4 gültigen Antworten die Anamnese-Qualität valide abzuleiten sei. Die Panelexperten gaben zu bedenken, dass die Qualität der Anamnese insgesamt dann wirklich nur über zwei der vier definierten Kriterien gebildet werde. Es sei fraglich ob dies sinnvoll sei.</p> <p>Die Panelteilnehmer haben den Indikator abschließend als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Mit diesem Prozessindikator kann eine wichtige Grundlage für eine sachgerechte Indikationsstellung sowie für eine patientenorientierte Versorgung abgebildet werden. Die Inhalte der ausführlichen Befragung der Patienten im Rahmen der Anamnese sind durch Leitlinienempfehlungen festgehalten.</p> <p>Es ist zu berücksichtigen, dass durch den Indikator lediglich erfasst werden kann, ob grundsätzlich eine Anamnese durchgeführt worden ist, in der die aufgeführten Aspekte adressiert wurden. Über die vorgesehenen Items sind</p>

Indikator-ID 15	Anamnese
	<p>jedoch keine Aussagen über die Angemessenheit der Durchführung der Anamnese im Einzelfall möglich, was wünschenswert gewesen wäre. Somit sind mit diesem Indikator gewisse Aspekte nur bedingt abbildbar. In der Verfahrensumsetzung ist zu prüfen, inwieweit mit diesem Indikator die qualitätsrelevanten Aspekte über eine Patientenbefragung valide und hinreichend differenziert abgebildet werden können.</p> <p>Die kritische Diskussion unter den Panelteilnehmern hinsichtlich des Befragungszeitpunktes nach sechs Monaten für alle Prozessindikatoren kann vom AQUA-Institut nachvollzogen werden. Der Befragungszeitpunkt wird nach der statistischen und psychometrischen Validierung im Rahmen eines Vorberichts zur Entwicklung des Erhebungsinstrumentes der Patientenbefragung bewertet. Die Abgabe des Ergebnisberichts ist für Februar 2015 geplant.</p>

Indikator-ID 16	Körperliche Untersuchung
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob bei Patienten vor einem arthroskopischen Eingriff eine körperliche Untersuchung des Knies durch den operierenden Arzt/die Ärztin durchgeführt wurde.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Der Indikator zur körperlichen Untersuchung wurde vom RAM-Panel als entscheidender Bestandteil der präoperativen Diagnostik gesehen und als relevant bewertet.</p> <p>Entsprechend der Diskussionen zur Anamnese bezweifelten die Panelteilnehmer jedoch, ob ein Patient in der Lage sei, zu beurteilen, ob die klinische Untersuchung sachgerecht und vollständig erfolgte. Angeführt wurden erneut die beiden Argumente, dass sechs Monate eine zu lange Zeitspanne bzgl. des Erinnerungsvermögens der Patienten darstellen würde, sowie die Annahme, dass ein Patient nicht über ausreichend Fachwissen verfüge, um die Angemessenheit bzw. Gründlichkeit der Untersuchung bewerten zu können. So wurde von den Panelexperten konsentiert, dass die Bezeichnung des Indikators geändert werden müsse von „gründliche klinische“ in „körperliche“ Untersuchung. Dies sei zudem aus Sicht des RAM-Panels für den ausfüllenden Patienten besser verständlich.</p> <p>Darüber hinaus wurde auf Anregung der Teilnehmer des RAM-Panels die Antwortskala angepasst, sodass nur die Antwortoptionen „Ja“, „Nein und „Weiß ich nicht mehr“ zur Verfügung stehen.</p> <p>Anschließend wurde der Indikator als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Die Durchführung einer körperlichen Untersuchung als wesentlicher Baustein der präoperativen Diagnostik ist ebenso wie die Durchführung einer Anamnese eine wichtige Grundlage für eine sachgerechte Indikationsstellung.</p> <p>Mit diesem Indikator kann abgebildet werden, ob bei Patienten vor einem arthroskopischen Eingriff grundsätzlich eine klinische Untersuchung durchgeführt wurde. Es können jedoch keine detaillierten Aspekte der klinischen Untersuchung (z.B. ob ein spezieller Meniskustest durchgeführt wurde) abgebildet werden. Darüber hinaus können keine Informationen zur medizinischen Angemessenheit bzw. Qualität der klinischen Untersuchung erfasst werden, da diese nicht bzw. nur schwer von den Patienten beurteilt werden können. Das AQUA-Institut empfiehlt daher in der Verfahrensumsetzung zu prüfen, inwieweit mit diesem Indikator wichtige qualitätsrelevante Aspekte über eine Patientenbefragung valide und hinreichend differenziert abgebildet werden können.</p>

Indikator-ID 17_a	Präoperative Aufklärung
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob Patienten vor dem Eingriff über ihre Erkrankung und den arthroskopischen Eingriff verständlich informiert wurden.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>In der ersten Panelsitzung bestand Konsens, dass eine präoperative Aufklärung des Patienten über den Grund der Arthroskopie, den Ablauf des Eingriffs, die Risiken, mögliche Komplikationen, den Verlauf der postoperativen Phase, sowie die Möglichkeit für den Patienten ausführlich Fragen zu stellen zwingend notwendig und so auch gesetzlich geregelt sei. Kontrovers wurde demgegenüber erneut das Erinnerungsvermögen der Patienten diskutiert. Dennoch wurde der Indikator als relevant bewertet.</p> <p>In der zweiten Panelsitzung wurde bemängelt, dass die Inhalte der präoperativen Aufklärung aus dem Patientenrechtegesetz in wesentlichen Teilen, unzureichend abgebildet seien. Es wurde darauf hingewiesen, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung nicht weniger spezifisch formuliert sein sollten, als der Gesetzestext. Das AQUA-Institut erläuterte daraufhin, an welcher Stelle im Fragebogen welcher Aspekt aus dem Gesetzestext über welche Formulierung abgebildet sei. Darüber hinaus sei es notwendig, die Fragen für die Patienten verständlich zu formulieren. Die gesetzlich festgelegten Themen seien auf diese Weise durchaus aufgenommen worden, indem die einzelnen Items die entsprechenden Aspekte aufgreifen.</p> <p>In einer Indikatorvariante wurde zudem als Ergänzung aus dem Patientenrechtegesetz auch die Aufklärung zu alternativen Behandlungsmaßnahmen aufgenommen.</p>
Würdigung	<p>Dieser Indikator beschreibt einen wichtigen Sachverhalt der medizinischen Versorgung und stellt neben der präoperativen Diagnostik einen zentralen Baustein zur Abbildung der Indikationsstellung dar. Die präoperative Aufklärung ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Patienten vor dem Eingriff abwägen können, welcher Nutzen durch den Eingriff zu erwarten ist, dass sie realistische Erwartungen entwickeln und die Vor- und Nachteile für sich persönlich abwägen können.</p> <p>Patienten allein können Auskunft darüber geben, ob sie über ihre Erkrankung und den arthroskopischen Eingriff verständlich informiert worden sind. Eine valide Abbildung dieses Indikators über eine andere Datenquelle ist nicht möglich.</p> <p>Durch das Patientenrechtegesetz nach §630e BGB liegen definierte Kriterien vor, die alle über diesen Indikator abgebildet werden können. Dazu gehören Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose oder die Therapie. Darüber hinaus gehört die Aufklärung zu Alternativen der Behandlungsmaßnahme zu den Inhalten der präoperativen Aufklärung.</p>

Indikator-ID 28	Perioperative Schmerzbehandlung am OP-Tag
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob die von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Schmerztherapien/Schmerzmittel zur Behandlung möglicher Schmerzen am Tag des arthroskopischen Eingriffs wirksam waren.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Panelexperten waren sich einig, dass die Schmerztherapie im Rahmen der Arthroskopie am Kniegelenk hochrelevant sei. Die Frage, ob die Schmerztherapie im Anschluss an die Arthroskopie wirksam war, würde diesen Aspekt aber nicht sinnvoll abbilden. Daher wurde auf Anraten des RAM-Panels eine Variante zur perioperativen Schmerzbehandlung mit zwei Fragen entwickelt, die zur Abbildung der Versorgung von Schmerzmitteln während des Eingriffs sowie nach dem Eingriff dienen sollen, entwickelt.</p> <p>In der Diskussion um den neu entwickelten Indikator im Rahmen der zweiten Panelsitzung wurde das Problem der Prozessverantwortlichkeit thematisiert: Der Leistungserbringer sei nicht immer in der Lage, die gesamte postoperative Schmerzbehandlung zu beeinflussen, wenn z.B. andere Ärzte die Nachbehandlung übernehmen würden. Von den Panelteilnehmern wurde darauf hingewiesen, dass die Prozessverantwortung nicht allein beim Operateur liege. Während der Operation würde ein Teil der Verantwortung beim Anästhesisten liegen, und nach der Operation würde die Versorgung des Patienten mit Schmerzmitteln vom zuweisenden bzw. nachbehandelnden Arzt übernommen. Daher sei es sinnvoll, die Erfassung der perioperativen Schmerzbehandlung über den Indikator auf den OP-Tag zu beschränken.</p> <p>Entsprechende Änderungen im Indikator wurden vorgenommen. Der Indikator wurde von den Panelexperten anschließend als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Dieser Indikator beschreibt den aus Patientensicht wichtigen Aspekt des perioperativen Schmerzmanagements. Die Verantwortung für die Durchführung der perioperativen Schmerzbehandlung liegt unmittelbar bei der operierenden Einrichtung. Empfehlungen zur perioperativen Schmerzbehandlung bei arthroskopischen Eingriffen sind Leitlinien zu entnehmen.</p> <p>Die Beurteilung einer ausreichenden Schmerzmittelversorgung während und vor allem nach der Durchführung der Arthroskopie ist allein durch Patienten möglich.</p>

Indikator-ID 20	Information zum postoperativen Verhalten
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob Patienten nach dem Eingriff in verständlicher Form wichtige Informationen zum postoperativen Verhalten und zur postoperativen Phase erhalten haben.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Mehrzahl der Panelteilnehmer bewertete den Indikator als relevant. Es bestand Konsens darüber, dass eine Aufklärung des Patienten bezüglich der postoperativen Phase zwingend notwendig sei.</p> <p>In der ersten Panelsitzung wurde darauf hingewiesen, dass die Fragestellung mit der Formulierung „vor Ihrer Entlassung aus der Einrichtung“ sich ausschließlich an den stationären Bereich wenden würde. Auf Anraten der Panelteilnehmer wurde diese Formulierung daher durch „nach dem Eingriff“ ersetzt. Nach Aussagen der Experten würden – vor allem nach ambulanten Eingriffen – häufig erst am Folgetag die relevanten Informationen zum postoperativen Verhalten mitgeteilt werden.</p> <p>Darüber hinaus wurde im RAM-Prozess angeführt, dass der Großteil der Informationen zum postoperativen Verhalten von einem Arzt übermittelt werden müsse und nur wenige Informationen vom Pflegepersonal übermittelt werden dürften. Entsprechend dieses Hinweises der Panelexperten wurde die Option der Information „über das Pflegepersonal“ aus der Einleitungsfrage gestrichen und der Indikator anschließend als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Von besonderer Bedeutung für die Patientensicherheit und eine erfolgreiche Nachbehandlung ist die Aufklärung der Patienten über das postoperative Verhalten und den Verlauf der postoperativen Phase, die einen wesentlichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis des Eingriffs hat. Durch adäquates Verhalten in der postoperativen Phase können Komplikationen vermieden bzw. frühzeitig erkannt werden. Häufig werden diese Informationen jedoch zu schnell oder oberflächlich gegeben. Darüber hinaus ist oft nicht genügend Zeit für die Patienten, Fragen zu stellen.</p> <p>Auch dieser Indikator kann über die zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente valide erhoben werden.</p>

Indikator-ID 21	Koordination der Nachbehandlung
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob die operierende Einrichtung sich rückversichert bzw. dafür gesorgt hat, dass ihre Patienten nach dem Verlassen der operierenden Einrichtung gut versorgt sind und nachbehandelt werden.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Abfrage von Aspekten zur Koordination der Nachbehandlung wurde vom RAM-Panel mehrheitlich befürwortet. Es wurde jedoch auch der Einwand geäußert, dass der Indikator in seiner ursprünglichen Form zu umfänglich sei.</p> <p>Entsprechend der Diskussion zu Indikator-ID 20 wurde empfohlen, auch hier die Formulierung „Entlassung aus der Einrichtung“ durch „nach der Operation“ zu ersetzen, um auch den ambulanten Sektor in der Fragestellung zu berücksichtigen. Diese Anregung wurde aufgenommen und der Indikator entsprechend angepasst.</p> <p>Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass die Verordnung für eine anschließende physiotherapeutische Maßnahme häufig bereits vom vorbehandelnden bzw. erst vom nachbehandelnden Arzt ausgestellt würde. Die operierende Einrichtung sei jedoch dazu verpflichtet, den Patienten über die Notwendigkeit anschließender physiotherapeutischer Maßnahmen zu informieren. Der Anmerkung, dass ein Krankenhaus keine Verordnung von physiotherapeutischen Maßnahmen ausstellen könne, wurde entgegnet, dass es jedoch trotzdem dafür verantwortlich sei, den Patienten über die Notwendigkeit der physiotherapeutischen Maßnahme zu informieren. Aufgrund dessen wurde die Frage umformuliert von „Sofern Krankengymnastik/Physiotherapie notwendig war, habe ich von der Einrichtung ein entsprechendes Rezept erhalten“ zu „Vor dem Verlassen der operierenden Einrichtung wurde mir erläutert, ob physiotherapeutische Maßnahmen notwendig sind.“</p> <p>Anschließend wurde der Indikator von den Panelteilnehmern als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Dieser Indikator erfasst wichtige Informationen zur Versorgung der Patienten nach dem arthroskopischen Eingriff. Darüber hinaus werden Informationen zu Schmerzmedikamenten und der Heil- und Hilfsmittelversorgung der Patienten erhoben. Er beleuchtet damit einen wichtigen Part in der Koordination der Versorgung und den Übergang zwischen den Sektoren.</p> <p>Dieser Indikator nicht jedoch in der Lage, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringer abzubilden.</p>

Indikator-ID 22	Schmerzen
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Ausmaß der Veränderung der Knieschmerzen 6 Monate nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff (Unfall: nach dem Unfall, kurz vor dem arthroskopischen Eingriff).
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Indikatoren zur Abbildung der Ergebnisqualität (Indikator-ID 22, 23, 24, 25) wurde im RAM-Panel zusammen diskutiert.</p> <p>Die Erfassung der Ergebnisqualität über den vorgeschlagenen KOOS-Fragebogen wurde von den Panelexperten als sinnvoll erachtet. Der Fragebogen sei sowohl für die Erfassung von degenerativen Veränderungen als auch für Kreuzbandverletzungen validiert und werde dementsprechend als geeignet für die Erfassung der Ergebnisqualität im QS-Verfahren zur <i>Arthroskopie am Kniegelenk</i> eingeschätzt.</p> <p>Die Panelteilnehmer merkten darüber hinaus an, dass die Gesamtzahl der Fragen zur Abbildung der Ergebnisqualität als relativ hoch angesehen werde. Da die einbezogenen Skalen sowie die entsprechenden Fragen aus dem KOOS-Fragebogen aber validiert seien, sei es sinnvoll, an den Fragen keine Änderungen und Umformulierungen vorzunehmen sowie keine Fragen zu streichen bzw. hinzuzufügen.</p> <p>In der Diskussion der Indikatoren zur Abbildung der Ergebnisqualität wiesen die Experten nochmals darauf hin, dass ausschließlich ein Befragungszeitpunkt nach 6 Monaten, an dem sowohl der Zustand der Kniebeschwerden vor der Arthroskopie als auch der derzeitige Zustand der Beschwerden nach der Arthroskopie erfasst werde, nicht als sinnvoll bewertet werde. Die Erfassung des postoperativen Zustandes der Kniebeschwerden nach 6 Monaten sei durchaus vertretbar. Die Regenerationsphase nach einem arthroskopischen Eingriff bei degenerativen Veränderungen sei in der Regel nach 4 - 6 Monaten abgeschlossen, sodass die Patienten nach 6 Monaten eine valide Aussage zu der Veränderung der Kniebeschwerden treffen könnten. Auch Patienten, bei denen eine Kreuzbandplastik bzw. ein Kreuzbandeingriff durchgeführt wurde, könnten nach 6 Monaten bereits eine Aussage über die Veränderung des Kniezustandes treffen. Kritisch beurteilt wurde dagegen, dass der Zustand der Kniebeschwerden vor der Arthroskopie ebenfalls erst sechs Monate postoperativ abgefragt werden solle. Hinsichtlich einer retrospektiven Befragung werde vermutet, dass die Einschätzung des Kniezustandes vor der Arthroskopie im Vergleich zu einer präoperativen Erfassung der Kniebeschwerden, unterschiedlich sein könnte. Aufgrund dessen werde eine präoperative Befragung des Zustandes vor dem arthroskopischen Eingriff als am sinnvollsten erachtet. Wenn dies im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung aufgrund von Umsetzungsproblemen nicht als praktikabel erachtet werde, wäre zumindest anzustreben den präoperativen Zustand kurz nach dem arthroskopischen Eingriff (ca. nach 4 Wochen) zu erfragen, damit sich die Patienten noch gut erinnern können.</p> <p>Im Rahmen des RAM-Prozesses wurden keine Veränderungen an dem Indikator vorgenommen. Der Indikator wurde anschließend als relevant und praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Durch diesen Indikator wird ein zentraler patientenrelevanter Endpunkt bei der Durchführung einer Arthroskopie am Kniegelenk abgebildet. Vor allem bei degenerativen Erkrankungen ist eine Schmerzreduzierung als ein wesentliches Ziel der Durchführung eines arthroskopischen Eingriffs zu bewerten. Darüber hinaus geben die Ergebnisse der Schmerzreduktion Auskunft über die Effektivität der jeweiligen Behandlung. Indirekt bildet der Indikator einen Aspekt einer „guten“ Indikationsstellung ab, weil unter anderem mit dem Aspekt der Schmerzreduzierung der Erfolg der Arthroskopie aus Patientensicht</p>

Indikator-ID 22	Schmerzen
	<p>beurteilt werden kann. Ebenfalls wird über diesen Indikator zur patientenbezogenen Ergebnisqualität ein zentraler Punkt des Auftrages abgebildet.</p> <p>Zur Erfassung des Ausmaßes der Veränderung der Knieschmerzen nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff wird der KOOS-Fragebogen verwendet. Da dieser bereits validiert wurde, wurden die Originalformulierungen der deutschsprachigen Version übernommen.</p> <p>Inwieweit die Items, die unter diesem Indikator subsummiert sind, für alle Subpopulationen (Patienten mit degenerativen Erkrankungen, Patienten mit Kreuzbandverletzungen etc.) gleichermaßen gut verwendet werden können, wird sich im Rahmen der statistischen und psychometrischen Validierung zeigen.</p> <p>Eine abschließende Diskussion und Bewertung des von den Panelteilnehmern kritisch gesehenen Befragungszeitpunktes nach 6 Monaten, an dem sowohl der Zustand der Kniebeschwerden vor der Arthroskopie als auch der derzeitige Zustand der Beschwerden nach der Arthroskopie erfasst wird, wird im Vorbericht zur Entwicklung des Erhebungsinstrumentes der Patientenbefragung dargestellt, dessen Abgabe für Februar 2015 geplant ist. Dies betrifft auch die Indikatoren mit der ID 23, 24 und 25.</p>

Indikator-ID 23	Bewegungseinschränkungen
Beschreibung	<p>Der Indikator erfasst das Ausmaß der Veränderung der Bewegungseinschränkungen 6 Monate nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff (Unfall: nach dem Unfall, kurz vor dem arthroskopischen Eingriff).</p>
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Der Indikator wurde im RAM-Prozess gemeinsam mit den weiteren Indikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität (22, 24, 25) diskutiert. Die Diskussionen im RAM-Panel sind in der Paneldiskussion zum Indikator-ID 22 ausführlich dargestellt.</p> <p>Auch an diesem Indikator wurden keine Änderungen vorgenommen. Die Panexperten bewerteten den Indikator im Anschluss an die Paneldiskussion als relevant und praktikabel.</p>
Würdigung	<p>Die Items zu Bewegungseinschränkungen erfassen, ergänzend zu den Items zu Schmerzen, weitere Beschwerden, die die Beweglichkeit des Knies einschränken können: Schwellungen, Blockierungen, Kniesteifigkeit, Klicken/Mahlen bei Bewegung, Einschränkungen bezüglich des vollständigen Streckens und Beugens des Knies. Dieser Indikator bildet damit einen weiteren zentralen patientenrelevanten Endpunkt bei der Durchführung einer Arthroskopie am Kniegelenk dar – insbesondere bei Patienten mit degenerativen Erkrankungen.</p> <p>Zur Erfassung des Ausmaßes der Veränderung der Bewegungseinschränkungen nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff wird der KOOS-Fragebogen verwendet. Da dieser bereits validiert wurde, wurden die Originalformulierungen der deutschsprachigen Version übernommen.</p> <p>Da im Entwicklungsprozess jedoch unter Einbeziehung von Patienten zum Teil Verständnisprobleme mit den Items und den dazugehörigen Antwortoptionen aufgetreten sind, ist darauf im Rahmen der statistischen und psychometrischen Validierung ein besonderes Augenmerk zu legen.</p>

Indikator-ID 24	Sport und Freizeitaktivitäten
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Ausmaß der Veränderung der Kniebeschwerden bei Sport und Freizeitaktivitäten 6 Monate nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff (Unfall: nach dem Unfall, kurz vor dem arthroskopischen Eingriff).
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Auch dieser Indikator wurde im RAM-Prozess gemeinsam mit den weiteren Indikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität (22, 23, 25) diskutiert. Die Diskussionen im RAM-Panel sind in der Paneldiskussion zum Indikator-ID 22 ausführlich dargestellt.</p> <p>An dem Indikator wurden keine Änderungen vorgenommen. Die Paneelexperten bewerteten den Indikator abschließend als relevant und praktikabel.</p>
Würdigung	<p>Über die Items, die in diesem Indikator subsummiert sind, können Kniebeschwerden bei Bewegungen, die insbesondere bei Sport- und Freizeitaktivitäten vorkommen können, erhoben werden. Die Verbesserung dieser Beschwerden bzw. die Wiederherstellung der Kniefunktion beim Sport und in der Freizeit nach der Arthroskopie ist ebenfalls ein patientenrelevanter Endpunkt. Bei diesem Indikator stehen neben den Patienten mit degenerativen Erkrankungen insbesondere die Patienten mit Kreuzbandverletzungen im Fokus.</p> <p>Zur Erfassung des Ausmaßes der Veränderung der Kniebeschwerden bei Sport und Freizeitaktivitäten nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff wird der KOOS -Fragebogen verwendet. Da dieser bereits validierter Fragebogen wurde, wurden die Originalformulierungen der deutschsprachigen Version übernommen.</p> <p>Auch bei diesem Indikator zeigten sich im Entwicklungsprozess unter Einbeziehung von Patienten teilweise Verständnisprobleme mit Items und den dazugehörigen Antwortoptionen, die in der anschließenden statistischen und psychometrischen Validierung geprüft werden.</p>

Indikator-ID 25	Kniebezogene Lebensqualität
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Ausmaß der Veränderung der Einschränkungen durch das Knie insgesamt (kniebezogene Lebensqualität) 6 Monate nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff (Unfall: nach dem Unfall, kurz vor dem arthroskopischen Eingriff) nach Einschätzung der Patienten.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Der Indikator wurde ebenfalls im RAM-Prozess gemeinsam mit den weiteren Indikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität (22, 23, 24) diskutiert. Die Diskussionen im RAM-Panel sind in der Paneldiskussion zum Indikator-ID 22 ausführlich dargestellt.</p> <p>Auch an diesem Indikator wurden keine Änderungen vorgenommen. Die Paneelexperten bewerteten den Indikator anschließend als relevant und praktikabel.</p>
Würdigung	<p>Für Patienten ist nicht nur das Ergebnis der Therapie bezogen auf die vorher bestehenden Symptome, sondern auch auf die damit verbundenen Änderungen der Lebensqualität von Bedeutung. Die Lebensqualität gehört neben der Mortalität und der Morbidität zu den bedeutsamsten patientenrelevanten Endpunkten bezüglich der Versorgungsqualität.</p> <p>In diesem Indikator werden allgemein formulierte Items zur Lebensqualität zusammengefasst, die sich jedoch nicht global auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität sondern auf die Einschränkungen durch das Knie beziehen. Die Items beziehen sich nicht auf Beschwerden im Detail (wie bei den Indika-</p>

Indikator-ID 25	Kniebezogene Lebensqualität
	<p>toren zu Schmerzen, Bewegungseinschränkungen sowie Sport und Freizeitaktivitäten) was eine leichtere Beantwortbarkeit der Fragen für die Patienten vermuten lässt. Im bisherigen Entwicklungsprozess unter Beteiligung von Patienten, zeigten sich jedoch teilweise Verständnisprobleme der Items – insbesondere zwischen den verschiedenen Subpopulationen (z.B. Patienten mit degenerativen Erkrankungen und Patienten mit Kreuzbandverletzungen), so dass im Rahmen der statistischen und psychometrischen Validierung zu prüfen ist, inwieweit dies relevante Auswirkungen hat.</p> <p>Zur Erfassung des Ausmaßes der Veränderung der Einschränkungen durch das Knie insgesamt nach dem arthroskopischen Eingriff im Vergleich zur Situation vor dem arthroskopischen Eingriff wird der KOOS -Fragebogen verwendet. Da dieser validiert wurde, wurden die Originalformulierungen der deutschsprachigen Version übernommen.</p>

Indikator-ID 27	Ambulant behandelte postoperative Komplikationen
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob in Folge des arthroskopischen Eingriffs postoperative Komplikationen aufgetreten sind, die ohne Operation ambulant ärztlich behandelt werden konnten.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Das RAM-Panel schätzte eine Patientenbefragung zur Erfassung von postoperativen Komplikationen zwar als grundsätzlich sinnvoll aber dennoch nur bedingt geeignet ein. Es werde begrüßt, dass zusätzlich zur Abbildung der schwerwiegenden operativ behandlungsbedürftigen Komplikationen über die Sozialdaten bei den Krankenkassen, ebenfalls die niedrigschwelligen postoperativen Komplikationen, die ausschließlich einer ambulanten, nicht-operativen Behandlung beim niedergelassenen Orthopäden oder Hausarzt bedürfen, über die Patientenbefragung erfasst werden. Eine detaillierte Abfrage der postoperativen Komplikationen sei jedoch schwierig. So sei z.B. eine Knieschwellung innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Arthroskopie keine postoperative Komplikation, könne aber von den betroffenen Patienten als solche empfunden und in der Befragung angegeben werden.</p> <p>Gemeinsam mit den Panelexperten wurden für die betreffenden Fragen Beispiele für postoperative Komplikationen formuliert, die ambulant ohne Operation behandelt werden können.</p> <p>Vor dem Hintergrund der Paneldiskussion wurde der Indikator angepasst. Die Panelexperten bewerteten den Indikator im Rahmen des RAM-Prozesses als relevant und praktikabel.</p>
Würdigung	<p>Die Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen ist ein zentraler patientenrelevanter Endpunkt bei der Durchführung einer Arthroskopie am Kniegelenk. Eine detaillierte Abfrage von Komplikationen wird jedoch beim Patienten als nicht möglich eingeschätzt. So wurde die Frage nach den Komplikationen allgemein gehalten und nur Komplikationen differenziert, die einer erneute Operation und/oder stationäre Aufnahme ins Krankenhaus erforderten oder die ambulant ärztlich (ohne Operation) behandelt werden konnten.</p> <p>Es wurde darüber hinaus entschieden, nur die ambulant behandelten Komplikationen in diesem Indikator zu bewerten, da die schwereren operativ behandlungsbedürftigen Komplikationen besser über die Indikatoren aus den Daten nach §299 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erfasst werden können und Überschneidungen der Indikatoren vermieden werden sollten. Um die Frage für die Patienten sinnhaft zu gestalten wird jedoch nach allen Komplikationen gefragt, auch wenn nur die ambulant behandelten bewertet werden.</p>

Indikator-ID 26	Erfüllung der Patientenerwartung
Beschreibung	Der Indikator bildet ab, ob sich die Erwartungen der Patienten an das Ergebnis des arthroskopischen Eingriffs erfüllt haben.
Paneldiskussion, Indikatormodifikation	<p>Die Mehrheit der Panelexperten bewertete den vorliegenden Indikator nach der Paneldiskussion als relevant.</p> <p>Unter den Panelexperten wurde zuvor dennoch diskutiert, dass die Erfüllung der Patientenerwartung in einem engen Zusammenhang mit der Aufklärung des Patienten über den vorliegenden Schaden, den durchzuführenden Eingriff sowie den vermuteten Erfolgsaussichten, stehe. Wenn ein Patient sachgemäß aufgeklärt werde, würde dies die Erwartungshaltung des Patienten positiv beeinflussen. Es könne aber von dem behandelnden Operateur nicht erwartet werden, dass das Ergebnis bzw. der Erfolg der Behandlung genau vorhergesagt werden könne. Man sei als Arzt nicht zur „Ablieferung“ eines bestimmten Ergebnisses verpflichtet.</p> <p>In Zusammenhang damit wurde die vorgesehene Auswertung der Fragen kritisiert. Es sei aus Sicht eines Leistungserbringers nicht nachvollziehbar, warum bei der Angabe des Patienten, dass das Ergebnis der Arthroskopie „in etwa so, wie ich es erwartet habe“ beurteilt wird, dies nur zu 50 % die Anforderung des Indikators erfülle.</p> <p>Der Indikator wurde in der zweiten Bewertungsrunde ebenfalls als praktikabel bewertet.</p>
Würdigung	<p>Um ersichtlich zu machen, ob Patienten insgesamt eine Besserung (oder eine Verschlechterung) ihrer Kniebeschwerden wahrgenommen haben, kann – neben einer Messung der Veränderung der Beschwerden und Symptome im Vorher-Nachher Vergleich – eine zusammenfassende Beurteilung des Behandlungserfolgs aus Patientensicht sinnvoll sein. Eine zusammenfassende Frage zur Verbesserung der Kniebeschwerden wurde jedoch als nicht notwendig erachtet, da die einzelnen Komponenten zu Verbesserung der Kniebeschwerden bereits durch andere Indikatoren erfasst werden. In den Fokus dieses Indikators ist deshalb die zusammenfassende Frage gerückt, ob sich die Erwartungen der Patienten an das Gesamtergebnis des arthroskopischen Eingriffs insgesamt erfüllt haben. Die Auswertung dieser Frage, die Rahmen des Panelprozesses kritisch diskutiert wurde, wird in der statistischen und psychometrischen Validierung adressiert.</p> <p>In weiteren Auswertungsschritten werden Zusammenhänge zum Indikator zur präoperativen Aufklärung geprüft (ID 17_a), da Erwartungen von Patienten an das Ergebnis eines Eingriffs durch das ärztliche Aufklärungsgespräch, aber auch durch andere Faktoren beeinflusst werden. Fällt bei einem hohen Anteil der operierten Patienten das Ergebnis der Arthroskopie am Kniegelenk schlechter aus als erwartet, ist ein Verbesserungspotenzial im Bereich der Aufklärung und/oder der Ergebnisqualität anzunehmen.</p>

6.4. Bewertung des Indikatorensets

Nach der Darstellung der Paneldiskussion der Indikatoren sowie deren Einzelwürdigung wird im Folgenden das gesamte Indikatorenset vor dem Hintergrund der definierten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung (siehe Abschnitt 2.3) inhaltlich gewürdigt. Auf die Aspekte zur Umsetzung und Auswertung des Indikatorensets wird in den Kapiteln 7 und 8 eingegangen.

Im Auftrag ist die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Indikationsstellung, der Entscheidungsfindung und der Behandlungsprozesse sowie der Ergebnisse der Behandlung einschließlich der Komplikationen gefordert. Die Messung der genannten Qualitätsziele soll laut Auftrag auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie einer Patientenbefragung erfolgen.

Mit dem im RAM-Prozess abgestimmten Indikatorenset können weitgehend alle beschriebenen qualitätsrelevanten Aspekte hinsichtlich der Arthroskopie am Kniegelenk (siehe Abschnitt 2.3) abgedeckt werden. Insgesamt wurden 22 Indikatoren als relevant und praktikabel zur Abbildung der Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität bewertet. Die Mehrzahl der Indikatoren bildet die Ergebnisqualität, im Sinne der definierten patientenrelevanten Endpunkte einschließlich der Komplikationen nach dem arthroskopischen Eingriff ab. Hierbei wird für 8 Indikatoren eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und für 5 Indikatoren eine Erfassung über die Patientenbefragung vorgesehen. Darüber hinaus werden Prozesse wie Indikationsstellung, Aspekte der Durchführung des arthroskopischen Eingriffs sowie Nachbehandlung von insgesamt 9 Indikatoren abgebildet. Davon sollen 2 Indikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und 7 Indikatoren über die Patientenbefragung erhoben werden. In Abbildung 5 ist das abgestimmte Indikatorenset entlang des Versorgungspfad dargestellt.

Über Sozialdaten bei den Krankenkassen oder eine Patientenbefragung nicht sachgerecht abbildbar sind dagegen die Aspekte „Vollständige Dokumentation präoperativer Befunde“, „Präoperative Verdachtsdiagnose bestätigt sich arthroskopisch“, „Arthroskopie ergibt behandlungsbedürftigen Befund“ und „sachgerechte Durchführung des Eingriffs“. Diese Qualitätspotenziale können jedoch im Rahmen der Externen Begutachtung stichprobenartig überprüft werden (siehe Abschnitt 7.3). Auch die gemeinsame Entscheidungsfindung wird nicht im Indikatorenset abgedeckt, da sowohl der Ursprungsindikator als auch der nachgereichte Indikator (mit einer veränderten Operationalisierung des Entscheidungsfindungsprozesses) vom RAM-Panel als nicht relevant bewertet wurden (siehe Abschnitt 6.2.1).

Insgesamt wird das Indikatorenset vom AQUA-Institut positiv bewertet. Mit den Panelexperten konnte ein umfassendes Set an Indikatoren konsentiert werden, das zur Abbildung der Mehrzahl der recherchierten Qualitätspotenziale in der arthroskopischen Versorgung geeignet ist.

Eine Abbildung des Indikationsprozesses ist mit Qualitätsindikatoren auf Grundlage der Daten gemäß §299 SGB V nur bedingt möglich, denn sie würde voraussetzen, dass valide Kriterien, die die Durchführung einer *Arthroskopie am Kniegelenk* indizieren, abgebildet werden können. Dies ist im Rahmen des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* jedoch nur eingeschränkt möglich. Zum einen gibt es kaum, evidenzbasierte Kriterien, welche die Indikation für eine Arthroskopie am Kniegelenk klar definieren. Zum anderen ist auf Grundlage der Sozialdaten bei den Krankenkassen die Erfassung von spezifischen Konstellationen, bei denen die Durchführung eines arthroskopischen Eingriffs indiziert ist (z.B. Gelenkblockierungen bei degenerativen Veränderungen), nur eingeschränkt möglich. Orientiert an den Qualitätsverbesserungspotenzialen und der Kodierpraxis wurden daher Indikatoren entwickelt, die die Indikationsstellung indirekt erschließen können. Mit dem Indikator zur Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten bei primär degenerativen Veränderungen werden beispielsweise sowohl Aspekte der Indikationsstellung als auch der Komplikationen abgebildet. Eine Wiederholungsarthroskopie kann durch eine inadäquate Indikationsstellung der ersten Arthroskopie, Mängel in der Durchführung des arthroskopischen Eingriffs oder der Nachbehandlung (Komplikationen) oder aber auch durch eine inadäquate Indikationsstellung der Wiederholungsarthroskopie verursacht sein.

Das Problem, über die Sozialdaten bei den Krankenkassen qualitätsrelevante Aspekte abbilden zu können, besteht auch bei Indikatoren zur Prozessqualität. Den Daten ist z.B. nur zu entnehmen, ob überhaupt physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden. Das Qualitätsziel „Ausschöpfung der konservativen Behand-

lungsmaßnahmen“, als ein Kriterium im Rahmen einer adäquaten Indikationsstellung, kann über die Sozialdaten bei den Krankenkassen aber nicht hinreichend abgebildet werden. Ebenso wenig kann über die Heilmittelverordnungen im Rahmen der Nachbehandlung (z.B. einer Kreuzbandplastik) erfasst werden, ob eine physiotherapeutische Maßnahme wirklich indikationsspezifisch zur Wiederherstellung der Kniefunktion oder aber aufgrund anderer Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen) durchgeführt wurde.

Positiv kann angemerkt werden, dass im abgestimmten Set auch Indikatoren sowohl zur Ergebnis- als auch zur Prozessqualität enthalten sind, die über eine Patientenbefragung abgebildet werden können, wie z.B. der Aspekt „Verringerung der Kniebeschwerden bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion“. Darüber hinaus können einige Teilprozesse der Indikationsstellung (Anamnese, klinische Untersuchung, präoperative Aufklärung) mit Hilfe der Patientenbefragung erfasst werden. Eine Erfassung von detaillierten medizinischen Sachverhalten (z.B. von Komplikationen) ist über eine Patientenbefragung jedoch nur eingeschränkt möglich.

Zusammenfassend schätzt das AQUA-Institut das vorliegende Indikatorenset – trotz der genannten Schwierigkeiten – als umsetzbar und praktikabel ein. Es kann ein umfassendes und ausgewogenes Indikatorenset vorgelegt werden, das geeignet, ist Hinweise für Potenziale zur Verbesserung der Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität aufzudecken.

Die Auswertung der Indikatoren ist über einen Gesamtindex vorgesehen (siehe Abschnitt 8.2.1). Der Index bietet den Vorteil, dass die Hinweise auf Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung aus den einzelnen Indikatoren zu einer umfassenden Gesamtaussage verdichtet werden und somit eine zielgenauere Identifizierung von Leistungserbringern mit auffälligen Ergebnissen möglich ist.

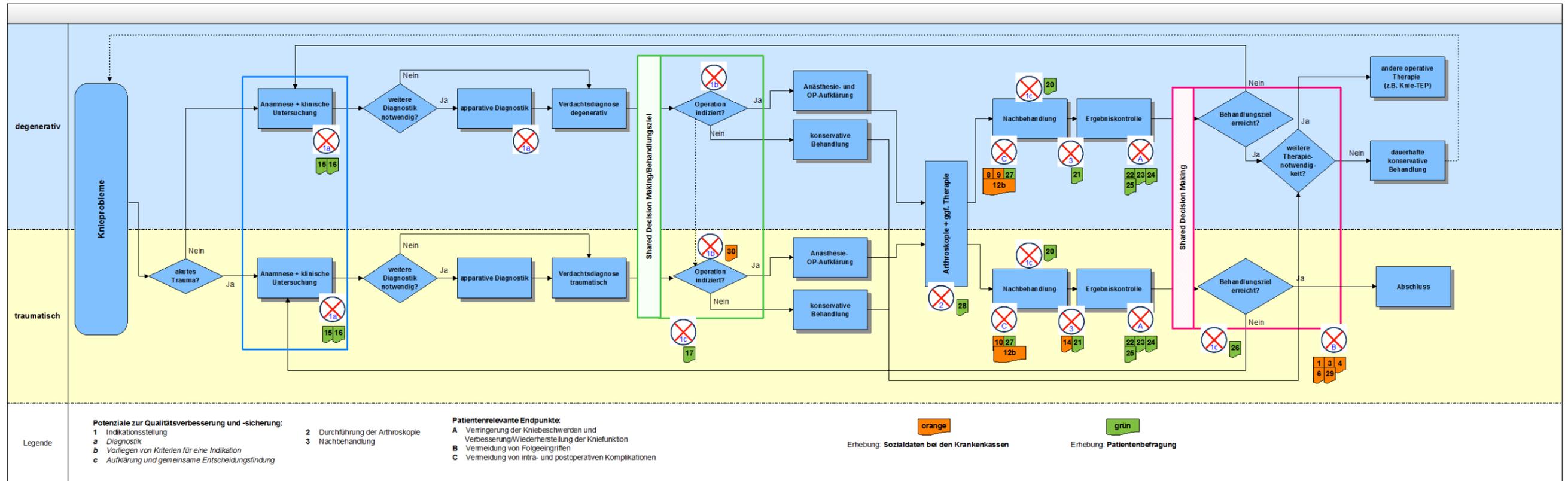


Abbildung 6: Versorgungspfad mit abgestimmten Indikatoren nach Bewertungsrunde 2

6.5. Zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset

Nachfolgend wird das vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlene Indikatorenset dargestellt.

Tabelle 25: Vom AQUA-Institut zur Umsetzung empfohlenes Indikatorenset

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Patientenrelevante Endpunkte		
Verringerung der Kniebeschwerden und Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kniefunktion		
22	Schmerzen	Ergebnis
23	Bewegungseinschränkungen	Ergebnis
24	Sport und Freizeitaktivitäten	Ergebnis
25	Kniebezogene Lebensqualität	Ergebnis
Vermeidung von Folgeeingriffen		
03_a	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie	Ergebnis
06	Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie	Ergebnis
04_A	Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
29	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen		
08_b	Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
09_a	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
10_b	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik/-eingriff	Ergebnis
12b	Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
27	Ambulant behandelte postoperative Komplikationen	Ergebnis
Indikationsstellung		
Diagnostik		
15	Anamnese	Prozess
16	Körperliche Untersuchung	Prozess
Vorliegen von Kriterien für eine Indikation		
30_a	Resektion von Bandanteilen/-resten oder diagnostische Arthroskopie innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik	Prozess
Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung		
17_a	Präoperative Aufklärung	Prozess
20	Informationen zum postoperativen Verhalten	Prozess
26	Erfüllung der Patientenerwartung	Prozess
Durchführung der Arthroskopie		
28	Perioperative Schmerzbehandlung am OP-Tag	Prozess

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
Nachbehandlung		
14_a	Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 6 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff	Prozess
21	Koordination der Nachbehandlung	Prozess

Alle 22 vom Panel als relevant und praktikabel bewerteten Indikatoren werden zur Umsetzung empfohlen.

Insgesamt liegt mit insgesamt 22 Indikatoren ein ausgewogenes und umfassendes Indikatorenset für das zu entwickelnde QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* vor. Für 10 Indikatoren aus dem vorliegenden Set wird eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. 12 Indikatoren sollen über die Patientenbefragung erfasst werden. Für die Bewertung der Ergebnisqualität werden überwiegend Indikatoren auf Basis von Daten gemäß §299 SGB V herangezogen. Für die Erfassung der Prozesse wurden Indikatoren, die über eine Patientenbefragung erfasst werden sollen, entwickelt. Somit sind beide komplementären Erhebungsinstrumente entsprechend ihrer Potenziale gleichermaßen berücksichtigt worden.

Durch eine Abbildung der Indikatoren ausschließlich über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und über die Patientenbefragung, konnte auftragsgemäß ein, für die Leistungserbringer, sehr aufwandsarmes QS-Verfahren entwickelt werden.

7. Erhebungsinstrumente und Dokumentation

7.1. Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

7.1.1. Beschreibung

Auf Grundlage von §299 SGB V erheben und speichern die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung von den Einrichtungen im Gesundheitswesen übermittelte Daten zu erbrachten Leistungen. Somit umfasst diese Datenquelle die erbrachten Leistungen und patienten- oder leistungserbringerbezogene Informationen, die mit diesen Leistungen in Verbindung stehen. Über das Instrument der themenspezifischen Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen sollen Art und Umfang der in dieses QS-Verfahren einbezogenen Sozialdaten erfasst werden.

Die Erhebung von Daten über die Datenquelle Sozialdaten bei den Krankenkassen bietet eine aufwandsarme Möglichkeit zur Erfassung von Ereignissen (z.B. behandlungsbedürftige Komplikationen und Wiederholungseingriffe), die in den Abrechnungsdaten bereits vorliegen. Ein weiterer Vorteil gegenüber anderen Datenquellen ist die Möglichkeit, fallbezogene Daten über größere Zeiträume (Follow-up) zu erhalten.

Die verfügbaren Datenbestände sind, wie in Tabelle 11 dargestellt, im Rahmen des SGB V geregelt. Für die Berechnung der Indikatoren dieses QS-Verfahrens werden die in Tabelle 26 aufgeführten Datenbestände benötigt.

Tabelle 26: Benötigte Datenbestände aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Auszug verfügbarer Informationen zur Indikatorberechnung
§301 SGB V	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Diagnosen (inkl. Lokalisation und Datum), Operations- und Prozedurenschlüssel (inkl. Lokalisation und Datum)
§ 115b SGB V	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	Diagnosen (inkl. Lokalisation und Datum), Operations- und Prozedurenschlüssel (inkl. Lokalisation und Datum)
§295 (kollektiv) SGB V	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	Erstes Behandlungsdatum im Quartal, letztes Behandlungsdatum im Quartal, Gebührenordnungspositionen (inkl. Datum), Diagnosen (inkl. Lokalisation und Datum), Diagnosesicherheit, Operations- und Prozedurenschlüssel (inkl. Lokalisation und Datum)
§295a (selektiv) SGB V	Vertragsärzte mit selektivvertraglicher Abrechnung (gemäß §§73b, 73c und 140a SGB V)	Gebührennummer (sofern vereinbart; inkl. Datum), Diagnosen (inkl. Lokalisation und Datum), Diagnosesicherheit, Operations- und Prozedurenschlüssel (inkl. Lokalisation und Datum)

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Auszug verfügbarer Informationen zur Indikatorberechnung
§302 (Heilmittel) SGB V	Heilmittelverordnung nach §302	Art des Leistungserbringers, Art der abgegebenen Leistungen (Positionsnummer), Indikationsschlüssel, Verordnungsdatum des Heilmittels
§284 (Stammdaten) SGB V	Versichertendaten nach §284	Patientenidentifizierende Daten, Geschlecht, Geburtsdatum (Alter), Sterbedatum

Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen können prinzipiell alle Patienten erfasst werden, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Privat versicherte Patienten sind in dieser Datenquelle nicht enthalten. Selektivvertraglich behandelte Patienten können, wie in Abschnitt 2.5 beschrieben, identifiziert und in der Qualitätssicherung berücksichtigt werden, sofern auch hier eine valide Dokumentation der OPS- und ICD-Kodes erfolgt. Einzelne Gebührennummern sind derzeit nicht bekannt und werden daher nicht in der Datenselektion und der Berechnung der Indikatoren berücksichtigt.

Ein Nachteil dieser Datenquelle ist die zum Teil erhebliche Verzögerung der Datenlieferung an die Bundesauswertungsstelle. So werden beispielsweise im ambulanten kollektivvertraglichen Bereich die Abrechnungen erst am Quartalsende erstellt und an die jeweilige KV übersandt, die diese Daten dann im Laufe des Folgequartals abrechnen und im übernächsten Quartal an die Krankenkassen weiterleiten. Die Folgen dieser strukturbedingten Verzögerungen für das Auswertungskonzept des QS-Verfahrens werden in Abschnitt 8.2 dargestellt.

Wie in Abschnitt 2.4 beschrieben, ist die Entwicklung der Allgemeinen Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen derzeit noch nicht abgeschlossen.¹⁸ Die Zwischenergebnisse dieser Beauftragung fließen soweit wie möglich in die vorliegende themenspezifische Neuentwicklung ein.

7.1.2. Datenselektion

Das für das QS-Verfahren relevante Patientenkollektiv sowie die aus den Sozialdaten zu exportierenden Datenfelder werden über einen QS-Filter ausgewählt. Er besteht aus folgenden zwei Selektionsstufen:

1. Patientenfilter

Hier werden die Behandlungsvorgänge selektiert, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen. Für die entwickelten Indikatoren werden hier z.B. alle arthroskopischen Eingriffe des stationären und ambulanten Sektors eines Erfassungsjahres ausgewählt. Für diese Stufe sind Codes in Ein- und Ausschlusslisten definiert, die bei einer bestimmten Verknüpfung zur Selektion führen (siehe Anhang C).

2. Leistungs- und Medikationsfilter

Nur bestimmte Leistungen, Diagnosen, Heilmittel und Medikamente in einem definierten Zeitraum sind für die Qualitätssicherung relevant. Zur Berechnung der Indikatoren werden hier die Informationen ausgewählt, die eine fehlerhafte Indikation, eine Komplikation bzw. eine Re-Intervention oder unzureichende Nachbehandlung ausweisen. Diese Codes sind in Listen, wie z.B. ASK_ICD aufgeführt (siehe Anhang C). Auch diese Filterstufe unterliegt einer zeitlichen Einschränkung, welche dem verfahrensspezifisch festgelegten Beobachtungszeitraum entspricht.

Der Filtervorgang ist in Abbildung 7 beispielhaft für das Erfassungsjahr 2016 dargestellt.

¹⁸ Die Entwicklung erfolgt im Rahmen des Auftrags „Vorbereitende Leistungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §299 Abs. 1a SGB V im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“. Siehe: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1762> (Zugriff am 24. März 2014).

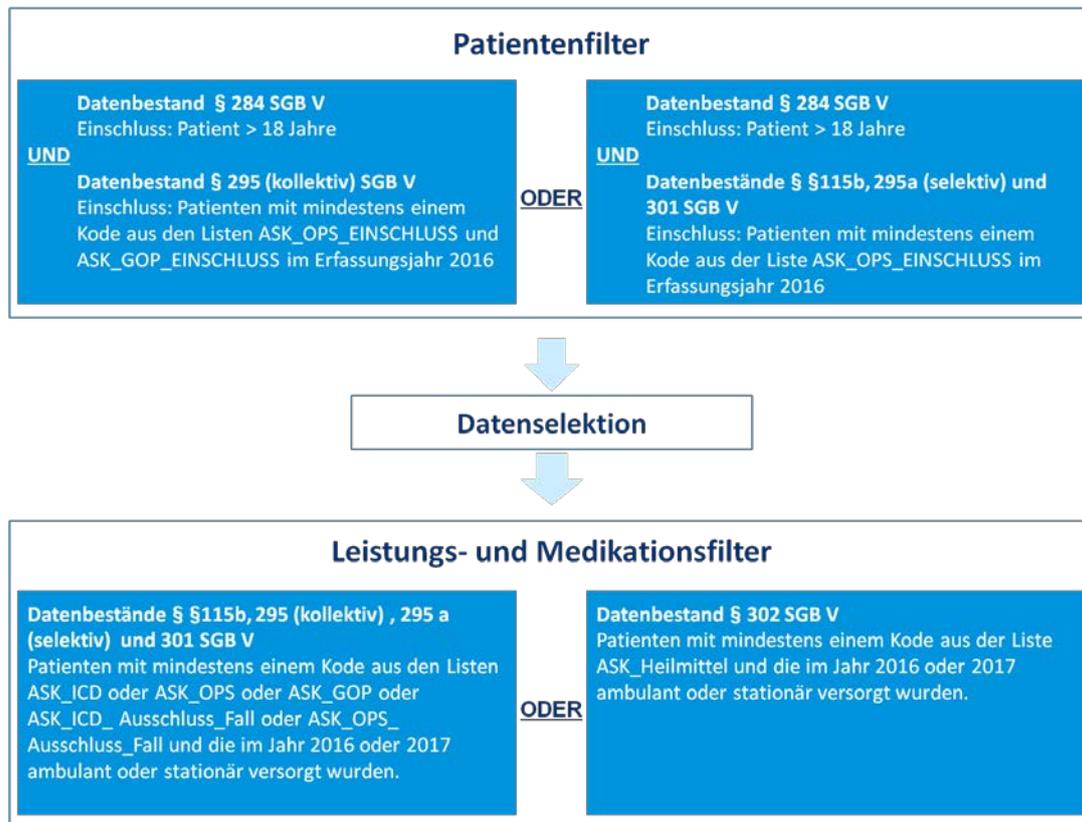


Abbildung 7: QS-Filter zur Selektion von Daten nach §299 SGB V

In den folgenden Abschnitten werden die Inhalte der Filter beschrieben.

Patientenfilter

Einschluss: Wie bereits in Abschnitt 3.3 ausgeführt, liegt der Fokus des QS-Verfahrens auf arthroskopischen Eingriffen am Kniegelenk, die aufgrund von degenerativen Erkrankungen oder traumatischen Verletzungen durchgeführt werden. Es werden Patienten berücksichtigt, die mindestens 18 Jahre alt sind. Bei diesen Patienten soll eine der folgenden Operationen/Prozeduren durchgeführt worden sein:

- diagnostische Arthroskopie
- arthroskopische Biopsie an Gelenken
- arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
- arthroskopische Gelenkrevision
- andere arthroskopische Operationen (z.B. Débridement einer Sehne)
- arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenks

Auf Basis der Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden in den deutschen Krankenhäusern (Datenbestand nach §301 SGB V) im Jahr 2012 insgesamt (GKV+PKV) etwa 232.000 Arthroskopien stationär abgerechnet. Im niedergelassenen (GKV) Bereich (Datenbestand nach §295 SGB V) wurden im Jahr 2012 insgesamt 180.669 arthroskopische Eingriffe abgerechnet (Abrechnungsstatistik der KBV)¹⁹. Insgesamt verteilten sich diese Eingriffe auf 1.172 Krankenhäuser²⁰ und 2.805 Vertragsärzte²¹ (Abrechnungsstatistik der KBV)²². Wie in Abschnitt 2.1.1 beschrieben, sind bundesweite Daten zu ambulant erbrachten Operationen im Krankenhaus (§ 115b SGB V) derzeit nicht verfügbar.

¹⁹ Auskunft der KBV vom 21. Februar 2014.

²⁰ Datenbestand nach §301 SGB V.

²¹ Datenbestand nach §295 SGB V.

²² Auskunft der KBV vom 21. Februar 2014.

Ausschluss: Es werden alle Fälle von Patienten unter 18 Jahren ausgeschlossen. Über den QS-Filter für die Sozialdaten bei den Krankenkassen können ausschließlich Ausschlüsse einzelner Fälle vorgenommen werden. D.h. ein Ausschluss direkt auf Patientenebene ist nicht möglich. Folglich müssen zur Identifizierung von Patienten oder einzelner Fallkonstellationen Kriterien über den Leistungs- und Medikationsfilter definiert werden, um diese im Rahmen der Berechnung ausschließen zu können. Es werden keine weiteren Kriterien zum Ausschluss über den Patientenfilter definiert.

Eine Identifizierung des relevanten Patientenkollektivs für das QS-Verfahren kann im stationären Bereich über OPS- und ICD-Kodes spezifisch vorgenommen werden. Auch im ambulanten Bereich ist eine spezifische Auslösung der relevanten Fälle über ICD-Kodes sowie OPS-Kodes in Verbindung mit der jeweiligen GOP möglich.

Leistungs- und Medikationsfilter

Über den Leistungs- und Medikationsfilter können weitere Informationen über das Patientenkollektiv aus den Daten ausgewählt werden. Im Rahmen dieses QS-Verfahrens bezieht sich der Filter lediglich auf erbrachte Leistungen und Diagnosen. Informationen zu Medikationen werden zur Berechnung der Indikatoren nicht benötigt.

Die Informationen, die über diese Selektionsstufe gefiltert werden, sind maßgeblich zur Berechnung der entwickelten Indikatoren und werden für alle Fälle aus dem Patientenkollektiv benötigt. Wie in Abschnitt 2.5 beschrieben, können diese Informationen über ICD-/OPS-Kodes, GOP und andere Abrechnungsziffern abgebildet werden.

Für diesen Filter sind Codes definiert, die zu einem Ein- oder Ausschluss von Patienten bzw. Fällen im Rahmen der Indikatorberechnung führen. Wie bereits beschrieben ist ein Ausschluss aller Behandlungen von definierten Patientengruppen nicht im Rahmen des Patientenfilters möglich. Aus diesem Grund müssen die relevanten Informationen zur Identifikation dieser Patienten über den Leistungs- und Medikationsfilter definiert werden. Anhand dieser Informationen können die relevanten Patienten gefiltert und von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden. Zudem werden im Leistungs- und Medikationsfilter Ausschlüsse auf Fallebene definiert, um Fälle zu identifizieren, die nur für einzelne Indikatoren oder in einem bestimmten Zeitraum ein Ausschlusskriterium darstellen.

So werden für dieses Verfahren Einschlussdiagnosen, -prozeduren und -positionen definiert, die abbilden, ob bei einem Patienten weitere arthroskopische oder offenchirurgische Eingriffe durchgeführt wurden, ob postoperative Komplikationen (z.B. postoperative Wundinfektionen) behandelt wurden und/oder ob eine Nachbehandlung stattgefunden hat.

Ausgeschlossen werden in dieser Selektionsstufe folgende Fallgruppen:

- Alle Fälle von Patienten mit bösartigen Neubildungen, chronischer Polyarthritits oder Osteomyelitis. Bei diesen Krankheitsgruppen wird der Verlauf einer degenerativen Veränderung im Kniegelenk oder eines traumatischen Ereignisses durch eine Vielzahl komorbiditätsspezifischer Einflussfaktoren geprägt. Somit sind sowohl die Indikation als auch der postoperative Verlauf des arthroskopischen Eingriffs sehr variabel. Hinzu kommt, dass bei diesen Fällen zum Beispiel Komplikationen oft nicht auf den durchgeführten arthroskopischen Eingriff selbst, sondern die spezifische Komorbidität zurückzuführen sind. Im Rahmen der empirischen Prüfung wurde ermittelt, dass in Bezug auf alle Fällen, in denen eine Arthroskopie am Kniegelenk durchgeführt wurde, bei je ca. 0,3 % eine bösartige Neubildung oder eine chronische Polyarthritits und bei ca. 0,06 % eine Osteomyelitis dokumentiert wurde. Da es sich jeweils nur um eine kleine Gruppe von Patienten mit besonderen Verläufen handelt, erscheint ein Ausschluss gerechtfertigt. Es gilt folglich, alle Fälle eines Patienten auszuschließen, wenn im Betrachtungszeitraum (Erfassungsjahr und Vorjahr) eine dieser Erkrankungen dokumentiert wurde.
- Fälle, in welchen eine Frakturversorgung vorgenommen wurde. Hier werden regulär arthroskopische Eingriffe begleitend zum Eingriff der Frakturversorgung und im Rahmen der Nachbehandlung durchgeführt. Dieses Vorgehen stellt keine Auffälligkeit im Rahmen der Qualitätssicherung dar. Zudem kann ein Trauma, das zufällig nach einem arthroskopischen Eingriff erfolgt, eine Fraktur verursachen. Somit werden arthroskopische und offenchirurgische Eingriffe, die mit einer Frakturversorgung am selben Tag und Eingriffe, die 60 Tage vor der Frakturversorgung durchgeführt werden, nicht betrachtet. Im Rahmen der empirischen Prüfung wurde die

alters- und geschlechtsstandardisierte Gesamtrate für dieses Kollektiv berechnet und beträgt 1,53 % aller arthroskopischen Eingriffe des Erfassungsjahres 2009.

- Degenerativ bzw. traumatisch bedingte arthroskopische Eingriffe (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff), die aufgrund von septischen Veränderungen, welche am Tag des Indexeingriffs vorlagen, durchgeführt wurden. Hier ist davon auszugehen, dass ein weiterer Eingriff aufgrund der septischen Veränderung folgt. Dieses Vorgehen stellt nicht grundsätzlich eine Auffälligkeit im Rahmen der Qualitätssicherung dar und wird folglich nur in ausgewählten Indikatoren auf Fallebene ausgeschlossen. Im Rahmen der empirischen Prüfung wurde ermittelt, dass ein arthroskopischer Eingriff (degenerativ bedingt) in 1,98 % der Fälle aufgrund einer septischen Veränderung durchgeführt wurde.
- Fälle, in welchen eine arthroskopische Refixation, eine Plastik am Kapselbandapparat oder eine Entfernung und/oder ein Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk in Kombination mit einem degenerativ bedingten Eingriff am selben Tag durchgeführt wurden, bei Indikatoren, die sich auf degenerativ bedingte Eingriffe beziehen. Ziel ist es sicherzustellen, dass die Indikation der Eingriffe (Index- und Follow-up-Eingriff) nicht traumatisch bedingt war und somit die Grundgesamtheit des Indikators abzugrenzen. Insgesamt würden, auf Grundlage der Berechnung der standardisierten Gesamtrate, 8,44 % dieser Fälle in Indikatoren, die sich auf degenerativ bedingte Eingriffe beziehen, nicht berücksichtigt werden. Diese Fälle werden jedoch nicht von der Qualitätssicherung ausgeschlossen, da sie für Indikatoren, die sich auf Eingriffe am Kreuzband fokussieren, relevant bleiben.
- Patienten, die im Erfassungsjahr und im Vorjahr einen Herzschrittmacher und/oder Defibrillator hatten. Da bei diesen Patienten vor dem Eingriff keine MRT durchgeführt werden kann, stellt eine diagnostische Arthroskopie vor einer Implantation einer Knie-Endoprothese keine Auffälligkeit im Rahmen der Qualitätssicherung dar. Im Rahmen der empirischen Prüfung wurde die alters- und geschlechtsstandardisierte Gesamtrate für dieses Kollektiv berechnet und beträgt 0,01 % aller arthroskopischen Eingriffe des Erfassungsjahres 2009.

Aufgrund der genannten Kriterien (Fallgruppen 1 bis 3 und 5) werden ca. 4,18 % aller arthroskopischen Fälle aus dem Gesamtverfahren ausgeschlossen. Die Fallgruppe 4 wird nur aus den Indikatoren ausgeschlossen, die sich auf degenerativ bedingte Eingriffe beziehen (Indikator-ID 3_a, 06, 08_b, 09_a).

7.1.3. Datenfelder

Um die Informationen in einem einheitlichen Format ermitteln zu können, wurde das AQUA-Institut vom G-BA u.a. damit beauftragt, eine allgemeine Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen zu entwickeln. Über dieses Erhebungsinstrument können einzelne Datenfelder des Datenbestands erfasst werden. In Tabelle 27 sind nach aktuellem Sachstand des Projekts die zur Verfügung stehenden und für das Verfahren relevanten Datenfelder dargestellt.

Tabelle 27: Relevante Datenfelder in den Sozialdaten bei den Krankenkassen

Feldbezeichnung	Feldtyp	Datenbestand
Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Hauptkassen-IK ohne Erstreckung-IK)	IKNR_BSNR	§284 SGB V
Laufende Nummer des Versichertendatensatzes	POSGANZEZAHL	§284 SGB V
Versichertennummer	an	§284 SGB V
Geschlecht	SCHLUESSEL	§284 SGB V
Geburtsjahr des Versicherten	JAHRDATUM	§284 SGB V
Sterbedatum des Versicherten	DATUM	§284 SGB V

Feldbezeichnung	Feldtyp	Datenbestand
Datumsangabe zum Versicherungsstatus	DATUMQUARTALSMITTE	§284 SGB V
Patient ist versichert (ja/nein)	SCHLUESSEL	§284 SGB V
Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	SCHLUESSEL	§§301/115b/302/295 SGB V
Bundesland des Krankenhauses	SCHLUESSEL	§§301/115b/302/295 SGB V
KV-Region der Praxis	SCHLUESSEL	§295 SGB V
Fachgruppe des Arztes, codiert	FACHGRUPPE	§295 SGB V
Identifikationsnummer des Leistungserbringers	IKNR_BSNR	§§301/115b/295 SGB V
Aufnahmegrund	AUFNAHMEGRUND	§301 SGB V
Aufnahmedatum Krankenhaus	DATUM	§301 SGB V
Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM	§301 SGB V
Entlassungsgrund	ENTLGRUND	§301 SGB V
Unterbrechung des Krankenhausaufenthaltes	SCHLUESSEL	§301 SGB V
Beteiligte Fachabteilung	SCHLUESSEL	§301 SGB V
Datenquelle des Falles	SCHLUESSEL	§115bSGB V
Tag des Zugangs	DATUM	§115b SGB V
Datenquelle des Falles	SCHLUESSEL	§295 SGB V
Art der Inanspruchnahme	SCHLUESSEL	§295 SGB V
Erstes Behandlungsdatum im Quartal	DATUM	§295 SGB V
Letztes Behandlungsdatum im Quartal	DATUM	§295 SGB V
Datenquelle des Falles	SCHLUESSEL	§302 SGB V
Verordnungsdatum des Arznei-/Heil-/Hilfsmittels	DATUM	§302 SGB V
Indikationsschlüssel	INDIKATION	§302 SGB V
Verordnungsart	SCHLUESSEL	§302 SGB V
Verordnungsbesonderheit	SCHLUESSEL	§302 SGB V
Operation nach OPS	OPS	§§301/115b/295 SGB V
Operation nach OPS – Lokalisation	SCHLUESSEL	§§301/115b/295 SGB V
Operationsdatum	DATUM	§§301/115b/295 SGB V
Primäre Diagnose nach ICD-10	ICD	§§301/115bSGB V
Primäre Diagnose – Lokalisation	SCHLUESSEL	§§301/115bSGB V
Sekundäre Diagnose nach ICD-10	ICD	§§301/115b SGB V
Sekundäre Diagnose – Lokalisation	SCHLUESSEL	§§301/115b SGB V
Diagnose nach ICD-10	ICD	§295 SGB V
Lokalisation	SCHLUESSEL	§295 SGB V
Diagnosesicherheit	SCHLUESSEL	§295 SGB V
Datum der Diagnose	DATUM	§295 SGB V

Feldbezeichnung	Feldtyp	Datenbestand
Gebührenordnungsposition	EBM	§§115b/ 295 SGB V
Behandlungsdatum	DATUM	§§115b/ 295 SGB V
Art des Leistungserbringers	ABRECHNUNGSCODE	§302 SGB V
Art der abgegebenen Leistung	POSGANZEZAHL	§302 SGB V
Anzahl/Menge der abgegeben Einheiten	ZAHL	§302 SGB V
Tag der Abgabe/Leistungserbringung	DATUM	§302 SGB V
Spezifikation Anwendungsort	SCHLUESSEL	§302 SGB V

7.1.4. Prüfung der Dokumentationsqualität

Die Dokumentationsqualität der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird als hoch eingeschätzt. Die zur Abrechnung relevanten Daten nach §301 SGB V dienen schon heute als Referenzdaten für die Erstellung der Sollstatistiken in den Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.

Die Datenbestände nach §§115b und 301 SGB V unterliegen in ca. 10 % aller Fälle einer MDK-Prüfung auf Basis der Originalkrankenakten (§275 SGB V). Die MDK-Prüfung fokussiert jedoch auf erlösrelevante Codes, sodass die Validität der nicht-erlösrelevanten Codes als eingeschränkt zu bewerten ist. Die Daten nach §302 SGB V unterliegen keiner derartigen Prüfung durch den MDK. Hier wird lediglich in besonderen Fällen vor der Leistungserbringung die Indikationsstellung überprüft. Im Rahmen der hier relevanten physiotherapeutischen Leistungen wird keine Überprüfung des Indikationsschlüssels vorgenommen. Die Vertragsarzt-daten nach §295 SGB V werden einer umfangreichen Plausibilitätsprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterzogen.

Eine Überprüfung der Dokumentationsqualität durch die Bundesauswertungsstelle ist nur begrenzt möglich. Wie in Abschnitt 2.5 beschrieben, ist die Angabe der Seitenlokalisierung für dieses Verfahren von großer Bedeutung, um z.B. Komplikationen und Wiederholungsarthroskopien eindeutig identifizieren und in den Indikatoren berücksichtigen zu können. Diese Angabe der Seitenlokalisierung ist laut Bekanntgabe des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des OPS-Katalogs sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung obligatorisch (DIMDI 2013b). Auch die Deutsche Kodierrichtlinie (DKG et al. 2014) fordert seit 2005 eine Seitenangabe für relevante OPS-Kodierungen im Rahmen der stationären Versorgung. Mit Dokumentation von Diagnosen nach ICD-10-GM ist die Angabe der Seitenlokalisierung möglich, jedoch nicht verpflichtend (DIMDI 2013a). Im Rahmen der empirischen Prüfung (siehe Abschnitt 2.5) wurde jedoch ermittelt, dass Seitenangabe nicht regelhaft dokumentiert wird, wodurch ein Einbezug dieser Fälle in die Indikatoren nicht möglich ist. Auf Ebene der Bundesauswertungsstelle kann in diesen Fällen die Dokumentationsqualität der Prozeduren über ein Auffälligkeitskriterium hinterfragt werden. Außerdem kann über Plausibilitätsregeln überprüft werden, ob die Angaben der Seitenlokalisierung von Prozeduren und Diagnosen eines Falles konsistent sind. Weitere Plausibilitätsprüfungen können im Rahmen einer Eingangskontrolle zur Überprüfung der Vollständigkeit der Datensätze vorgenommen werden.

7.2. Erhebungsinstrument: Patientenbefragung

Die Entwicklung des Instruments zur Patientenbefragung für ein Qualitätssicherungsverfahren zur *Arthroskopie am Kniegelenk* ist Gegenstand einer gesonderten Beauftragung. Aus diesem Grund werden im vorliegenden Bericht lediglich einige zentrale Ergebnisse dieses Entwicklungsprozesses dargestellt.

Die Fragebogenentwicklung und Inhaltsvalidierung sind abgeschlossen. Die Ergebnisse werden dem G-BA in Form eines Zwischenberichts Ende März 2014 übergeben. Es schließt sich eine statistische und psychometrische Validierung sowie eine Prüfung der Test-/Messeigenschaften des Instruments an. Alle Ergebnisse des Entwicklungsprozesses inklusive der Rahmenbedingungen für die Umsetzung werden in einem Vorbericht dargestellt, dessen Abgabe im Februar 2015 erfolgt.

Der Fragebogen wurde unter Einbeziehung von (medizinischen) Fachexperten, Patientenvertretern, betroffenen Patienten (im Rahmen von Fokusgruppen und kognitiven Pretests) sowie Teilnehmern des RAM-Panels entwickelt. Die über den Fragebogen abzubildenden Indikatoren sind in Abschnitt 6.3 dargestellt. Es ist eine Befragung der Patienten 6 Monate nach Durchführung der Arthroskopie geplant. Zu diesem Zeitpunkt sollen im Sinne der quasi-indirekten Methode die Einschränkungen durch die Kniebeschwerden vor dem Eingriff sowie der aktuelle Gesundheitszustand bezogen auf die Kniebeschwerden nach dem Eingriff abgefragt werden. Die Fragen zur Prozessqualität sollen ebenfalls zu diesem Zeitpunkt erhoben werden.

Der Fragebogen besteht insgesamt aus 97 Fragen/Items und ist in neun Themen untergliedert. Mehrere Fragen/Items sind in Themenblöcken zusammengefasst. Nachfolgende Tabelle zeigt den Aufbau des Fragebogens im Überblick.

Tabelle 28: Aufbau des Patientenfragebogens zur Arthroskopie am Kniegelenk

Themen	Anzahl Fragen/Items
Allgemeine Fragen zur durchgeführten Arthroskopie am Kniegelenk	3
Kniebeschwerden vor der Arthroskopie	25
Befragung und Untersuchung vor dem Eingriff	5
Patienteninformation und Aufklärung vor dem Eingriff	11
Schmerzbehandlung	2
Entlassung aus der Einrichtung	13
Mögliche Komplikationen nach der Arthroskopie	1
Beschwerden nach der Arthroskopie	26
Allgemeine Angaben zur Person	11
Gesamt	97

7.3. Externe Begutachtung

7.3.1. Beschreibung

Vom G-BA wurde erstmalig die Entwicklung eines Instruments zur Abbildung der Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung mit dem Titel „Externe Begutachtung“ beauftragt. Mit diesem Instrument sollen relevante medizinische Aspekte (v.a. zur Indikations- und Prozessqualität), die weder ausreichend durch Qualitätsindikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen oder über eine Patientenbefragung noch aus einer QS-Dokumentation abgebildet werden können, auf Basis der ärztlichen Primärdokumentation (z.B. Operationsberichte, Originalbefunde, OP-Bilder) analysiert werden. Ein weiteres Ziel der Externen Begutachtung besteht in der dezidierten Qualitätsförderung. Die Externe Begutachtung soll anlass- oder zufallsbezogen anwendbar sein. Der Auftrag gibt ferner vor, dass die Externe Begutachtung nicht durch einzelne Indikatorergebnisse ausgelöst wird, sondern durch einen Index, der die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsindikatoren zu einer einzelnen Maßzahl zusammenfasst.

Die Entwicklungsschritte für das Instrument erfolgten in Anlehnung an die bereits bestehenden Qualitätssicherungsinstrumente (Stichprobenprüfung der KV (§ 136 Abs. 2 SGB V), Peer-Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) sowie Strukturierter Dialog der externen stationären Qualitätssicherung (§§ 11 und 12 QSKH-RL). Der Grundgedanke war, positive und bereits bewährte Teilaspekte synergistisch für das neu zu entwickelnde Instrument „Externe Begutachtung“ zu nutzen.

In der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung wird davon ausgegangen, dass nicht zwingend jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis auch tatsächlich ein qualitativ auffälliges Ergebnis zugrunde liegt. Daher wird in der Regel zu jedem rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis der Strukturierte Dialog geführt, wobei anhand einer Stellungnahme abschließend entschieden wird, ob die dokumentierten Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht und valide dokumentiert wurden.

Im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* wird das rechnerisch auffällige Ergebnis aus dem Qualitätsindex-ASK im Rahmen der Externen Begutachtung nicht fallbezogen dahingehend überprüft, ob die rechnerische Auffälligkeit auch tatsächlich mit einer qualitativen gleichzusetzen ist. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass bei den durch den Qualitätsindex-ASK rechnerisch auffälligen Leistungserbringern (95. Perzentil) mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Verbesserungspotenziale bestehen. Primäres Ziel des neuen Instruments ist die Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung. Die Qualitätsdefizite sollen analysiert und verbessert werden. Die Erkenntnisse der Externen Begutachtung (identifizierte Verbesserungspotenziale und vereinbarte Verbesserungsmaßnahmen) können allen Leistungserbringern anonymisiert zurückgespiegelt werden und so gewinnbringend von allen Beteiligten genutzt werden.

Während der Entwicklung wurden zwei Rahmenbedingungen deutlich, die Einfluss auf die Ausgestaltung des Instruments hatten:

- In einer Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen kam die Rechtsabteilung des G-BA im August 2013 zu der Einschätzung, dass alle im Rahmen einer Externen Begutachtung angeforderten Daten (hier: Patientenakten) ausschließlich pseudonymisiert zur Verfügung gestellt und eingesehen werden dürfen. Diese Vorgabe erschwert den angestrebten Prüfprozess der ärztlichen Primärdokumentation deutlich.
- In den Sozialdaten bei den Krankenkassen ist derzeit sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich keine Fallnummer verfügbar. Daher können auch nicht jene Fälle ausgewählt werden, die zur rechnerischen Auffälligkeit geführt haben.

Das hier vorgeschlagene Instrument „Externe Begutachtung“ setzt sich aus vier Elementen zusammen. Das erste Element sind die Ergebnisse der Einrichtung. Auf Basis dieser Ergebnisse (Rückmeldebericht) können sowohl der Leistungserbringer selbst als auch die externen Begutachter erste Qualitätsanalysen bzgl. der erbrachten Leistung vornehmen. Das zweite Element ist eine Selbsteinschätzung des Leistungserbringers. Alle Leistungserbringer mit einem auffälligen Indexergebnis werden um eine Selbsteinschätzung gebeten. In dieser sollen sie darlegen, wie sie die aufgezeigten Auffälligkeiten interpretieren (Selbst-/Fehleranalyse) und Vorschläge einbringen, wie sie ihre Qualität mithilfe gezielter Qualitätsmaßnahmen und -projekte verbessern wol-

len. Das dritte Element ist die Prüfung der Indikations-, Dokumentations- und Prozessqualität anhand von Auszügen aus pseudonymisierten Patientenakten. Das vierte Element ist ein kollegiales Gespräch zwischen Vertretern der Einrichtung und den Kollegen, die die Externe Begutachtung durchführen. Basis dieses Gesprächs sind die Rückmeldeberichte zu den Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragung, die Selbsteinschätzung des Leistungserbringers und die Ergebnisse der Fallanalysen. In diesem Gespräch werden die festgestellten Verbesserungspotenziale, aber auch die positiven Aspekte gemeinsam erörtert. Am Ende des Gespräches werden in einer Zielvereinbarung konsentrierte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung festgeschrieben.



Abbildung 8: Elemente der Externen Begutachtung

Element 1: Ergebnisse der Einrichtung

Die Analyse der Ergebnisse des zu begutachtenden Leistungserbringers ist ein wichtiger Bestandteil der Externen Begutachtung. Sie ist die Basis für die sich anschließende Selbsteinschätzung (Element 2) des Leistungserbringers, die zu treffende Auswahl der 12 zu prüfenden Fälle (Element 3) und das abschließende Gespräch (Element 4).

Aufgrund der fehlenden Fallnummer in den Sozialdaten bei den Krankenkassen muss die Auswahl dieser 12 Fälle anders erfolgen, als bei den bisher etablierten Qualitätssicherungsinstrumenten. In der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung werden im Strukturierten Dialog insbesondere die Fälle betrachtet, die zur rechnerischen Auffälligkeit geführt haben. Anhand der übermittelten Vorgangsnummer kann der Leistungserbringer den jeweiligen Fall ermitteln und eine Stellungnahme dazu erstellen. Aufgrund der fehlenden Fallnummer in den Sozialdaten bei den Krankenkassen ist eine Fallauswahl entsprechend der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung unmöglich. Auch eine Fallauswahl in Analogie zum Peer-Review-Verfahren basierend auf einem Indikatorergebnis (z.B. Analyse aller Todesfälle nach einem Eingriff) ist nicht möglich, da die Analyse der Daten sektorenübergreifend erfolgt. Der Leistungserbringer kann nur die Fälle identifizieren, bei denen das zu betrachtende Ereignis nach der Indexleistung von ihm selbst behandelt bzw. erbracht wurde. Erfolgt eine Wiederholungsarthroskopie durch einen anderen Leistungserbringer, ist ihm dies in der Regel nicht bekannt. Theoretisch wären auch einfach umzusetzende Modelle wie „die ersten 12 Arthroskopien im 2. Quartal“ oder „3 diagnostische Arthroskopien, 3 Kreuzbändeingriffe, 3 Meniskuseingriffe und 3 Resektionen der

Plica synovialis“ denkbar. Allerdings ist hier davon auszugehen, dass die Fallauswahl wenig zielgenau und im zweiten Beispiel durch den Leistungserbringer in der Weise beeinflussbar ist, dass nur positiv verlaufene Fälle ausgewählt werden könnten.

Das AQUA-Institut schlägt vor, dass die Fallauswahl auf Basis der Ergebnisse des zu begutachtenden Leistungserbringers erfolgt. Den Leistungserbringern wird neben ihrem Ergebnis im Qualitätsindex ein Rückmeldebericht auch auf Indikatorebene in Form der Bundes- bzw. Landesdurchschnittswerte zurückgespiegelt. Zusätzlich enthält dieser Rückmeldebericht auch eine Auswertung in der das arthroskopische Leistungsspektrum der Einrichtung abgebildet wird (siehe Abschnitt 8.2.4). Ferner können dem Leistungserbringer zu jedem Indikator Informationen zu den einzelnen im Zähler erfassten Fällen zurückgespiegelt werden, anhand derer der Leistungserbringer die Fälle identifizieren kann (OPS-Kode der Indexleistung, Datum der Indexleistung, Alter des Patienten, Geschlecht). Die Analyse des Rückmeldeberichts liefert somit wichtige Informationen für den Leistungserbringer und für den externen Begutachter: Wie viele Eingriffe wurden insgesamt erbracht? Wie häufig wurden bestimmte Eingriffe erbracht? Welche Ergebnisse finden sich bei den verschiedenen Indikatoren? Welche Indikatorergebnisse haben zum auffälligen Indexergebnis geführt? Basierend auf diesen Analyseergebnissen wird von den externen Begutachtern entschieden, welche 12 Fälle von allen im Rückmeldebericht ausgewiesenen Fällen geprüft werden sollen.

Element 2: Selbsteinschätzung

Die Selbsteinschätzung soll zum einen dem Leistungserbringer den Zugang zu einer strukturierten Analyse erleichtern und dient zum anderen als Grundlage für das abschließende Gespräch. Alle Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen werden gebeten, die folgenden neun Fragen zu beantworten:

1. Welche Gründe haben aus Ihrer Sicht zu dem auffälligen Indexergebnis Ergebnis im Erfassungsjahr beigetragen?
2. Welche konkreten Verbesserungsmaßnahmen leiten Sie aus diesen Erkenntnissen ab?
3. Welche Verbesserungsmaßnahmen wurden in Ihrer Einrichtung hinsichtlich der erkannten Qualitätspotenziale im aktuellen Jahr bereits umgesetzt/eingeleitet?
4. Welche Vorgaben für die Indikationsstellung gibt es in Ihrer Einrichtung?
5. Welche Befunddokumentationen und Angaben müssen dem Operateur unmittelbar vor dem Eingriff vorliegen?
6. Welche Vorgaben und welche Befunddokumentation sind für die Entlassung/Überleitung des operierten Patienten festgelegt?
7. Welche Informationen und Verhaltensempfehlungen zum weiteren postoperativen Verhalten erhält der Patient zur Entlassung? Wie ist das Entlassungsmanagement in Ihrer Einrichtung organisiert?
8. Welche Möglichkeiten gibt es für den Operateur/die Klinik, Kenntnis vom weiteren Behandlungsverlauf (bei zufriedenstellendem, aber auch bei Komplikationen oder bei nicht zufriedenstellendem Ergebnis) zu erhalten?
9. Ist aus ihrer Sicht eine Schnittstellenproblematik in der Versorgung der Patienten – insbesondere an den Sektorenübergängen Krankenhaus/fachärztliche Versorgung/hausärztliche Versorgung – erkennbar? Wenn ja, welche? Was planen Sie zur Verringerung dieser Probleme?

Primäres Ziel des neuen Instruments ist die Qualitätsförderung. Somit werden auch die folgenden Fragen gestellt: Welche Gründe haben zu diesem Ergebnis beigetragen? Wie kann das Ergebnis verbessert werden?

Im Auftrag des G-BA zum neuen QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* ist vorgegeben, dass mittels eines Index die Externe Begutachtung ausgelöst wird. Dadurch ergibt sich auch für den Leistungserbringer ein anderer Umgang mit dem auffälligen Ergebnis als bei bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ausgangspunkt ist nicht mehr der einzelne Fall, der zur rechnerischen Auffälligkeit geführt hat, sondern ein auffälliges Gesamtergebnis, das analysiert werden muss. Um diese Analyse der eigenen Prozesse und Strukturen zu erleichtern, werden weitere Fragen zum Prozess der Indikationsstellung, der Befunddokumentation oder dem Entlassungsmanagement gestellt. Dadurch, dass diese Fragen im Vorfeld als Vorbereitung zum abschließenden Gespräch

gestellt werden, erhält der Leistungserbringer die Gelegenheit, selbst aktiv zu analysieren und Vorschläge zur Qualitätsverbesserung zu entwickeln. Diese Selbsteinschätzung bietet so eine gute Grundlage für das gemeinsame Gespräch, in dem abschließend Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität verbindlich vereinbart werden sollen.

Element 3: Prüfung der Indikations-, Dokumentations- und Prozessqualität

Das dritte Element der Externen Begutachtung ist die Prüfung der Indikations-, Dokumentations- und Prozessqualität anhand von 12 Patientenakten bzw. Auszügen daraus. Hat der Leistungserbringer im Indexjahr weniger als 12 Arthroscopien durchgeführt, werden alle Fälle geprüft. Unstrittig ist, dass die Überprüfung einer korrekten Indikationsstellung im Einzelfall nur durch eine Analyse der Primärdokumente möglich ist. Ferner erhöht sich durch diese Aktenprüfung die Verbindlichkeit des Instruments und die Ergebnisse der Externen Begutachtung werden nachvollziehbarer. Die geprüften Fälle dienen somit als Grundlage für das abschließende Gespräch. Daher wird trotz der deutlichen Einschränkung aufgrund der verpflichtenden Pseudonymisierung in Anlehnung an die Stichprobenprüfung der KV nach § 136 Abs. 2 SGB V die Analyse von 12 Fällen vorgeschlagen.

Damit die Fallanalyse einheitlich und strukturiert erfolgt, prüfen die medizinischen Experten die Akten anhand eines festgelegten Fragenkatalogs (siehe Anhang D). Seit 2010 kommt in der vertragsärztlichen Versorgung die Stichprobenprüfung der KV nach § 136 Abs. 2 SGB V zur Anwendung. Grundlage der Stichprobenprüfung ist die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL), die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen des Kniegelenks enthält. Nahezu alle der dort festgelegten Kriterien werden von den Panelexperten, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, als sinnvoll angesehen. Daher wurde der Fragenkatalog auf Basis dieser Richtlinienkriterien entwickelt und enthält Fragen zur schriftlichen Dokumentation der Operation und zur bildlichen Darstellung der Operation. Darüber hinaus erfolgt anhand der folgenden Fragen eine strukturierte und nachvollziehbare Prüfung des Indikationsprozesses.

Tabelle 29: Fragenkatalog zur Prüfung der Indikationsqualität im Rahmen der Externen Begutachtung

Indikationsstellung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu
Vorgeschichte ausführlich dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgeschichte nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbehandlungen dokumentiert	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Vorbehandlungen sinnvoll und nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präoperativer Untersuchungsbefund dokumentiert	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Präoperative Diagnose/Verdachtsdiagnose dokumentiert	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Postoperative Diagnose dokumentiert	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Röntgenbild/Röntgenbefund vorhanden	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Röntgenbild nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
MRT/MRT-Befund vorhanden	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
MRT nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Indikation insgesamt plausibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um Aussagen treffen zu können, ob eine Indikation zum Eingriff sachgerecht ist, werden vor allem Informationen zur Vorgeschichte des Patienten, einschließlich der präoperativen und operativen Befunde, benötigt. In vielen Fällen wird diese Aussage sogar erst möglich sein, wenn verschiedene Einzelinformationen zusammen getragen und gemeinsam betrachtet werden können. Nicht ausreichend als primäres Dokument erscheint der abschließende Arztbrief. Er kann eher im Sinne einer „Gegenprobe“ verwendet werden, indem überprüft wird, ob die präoperativen und operativen Befunde sich im Arztbrief adäquat wiederfinden.

Um möglichst alle Informationen zur Vorgeschichte des Patienten zu erhalten, den Aufwand der Leistungserbringer (keine kostenintensive Duplikaterstellung der Primärdokumente) und auch den Manipulationsspielraum so gering wie möglich zu halten, wäre eine Prüfung des Indikationsprozesses vor Ort anhand der vollständigen und nicht pseudonymisierten Patientenakte sinnvoll. Dies ist jedoch nach Auskunft der Rechtsabteilung des G-BA nicht möglich. In diesem Punkt wird sich somit das zu entwickelnde Verfahren von der Stichprobenprüfung der KV nach §136 Abs. 2 SGB V unterscheiden müssen, bei der die Originaldokumente oder ihre Kopien keine Anonymisierung oder Pseudonymisierung unterzogen werden.

Die in dem zu entwickelnden QS-Verfahren notwendige Pseudonymisierung der vollständigen Akte wird – gerade bei umfangreichen Akten – nicht immer möglich sein bzw. bedeutet einen hohen zeitlichen Aufwand, der zudem mit Kosten verbunden sein kann. Um diesen Aufwand einzugrenzen, wird es notwendig sein, die Prüfung auf ausgewählte Dokumente zu beschränken. Durch diese Einschränkung ist davon auszugehen, dass der angestrebte Nutzen einer Vor-Ort-Prüfung nicht mehr den damit verbundenen Mehraufwand übersteigt. Um die zeitlichen Ressourcen der externen Begutachter besser zu nutzen, schlägt das AQUA-Institut vor, dass die zu prüfenden pseudonymisierten Dokumente an die zuständige LAG gesandt werden und dort die Prüfung der Indikations-, Dokumentations- und Prozessqualität von zwei medizinischen Experten erfolgt. Folgende Dokumente werden als geeignet zur Fallanalyse eingeschätzt:

- Aufnahmebefund/Anamnesebogen
- Brief eines Zuweisers (wenn vorhanden)
- Bildliche Dokumentation des Eingriffs (Videoband, Prints oder allgemein lesbare Datenträger)
- OP-Bericht
- Präoperative Röntgenbilder/-Befunde (wenn vorhanden)
- Präoperative MRT-Bilder /-Befunde (wenn vorhanden)
- Arztbrief

Jeder geprüfte Fall wird einzeln nach dem in Tabelle 30 dargestellten Bewertungsschema beurteilt.

Tabelle 30: Bewertungsschema zur Fallprüfung im Rahmen der Externen Begutachtung

	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu
Indikation insgesamt plausibel	6	5-4	3-1	0
Schriftliche Dokumentation der Operation vollständig und nachvollziehbar	6	5-4	3-1	0
Bildliche Darstellung der Operation ohne Mangel	6	5-4	3-1	0
Abschließende Gesamtbewertung des Falles				
16 – 18 Punkte	keine Beanstandungen			
12 – 15 Punkte	geringe Beanstandungen			
9 – 11 Punkte	erhebliche Beanstandungen			
0 – 8 Punkte	schwerwiegende Beanstandungen			

Das Bewertungsschema ist in Anlehnung an die Bewertungsmatrix der Fachgruppe Arthroskopie entwickelt worden, die im Rahmen der Stichprobenprüfung der KV nach § 136 Abs. 2 SGB V angewendet wird, damit es auch weiterhin möglich ist, die Prüfinhalte der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie zu bewerten. Allerdings enthält das hier dargestellte Schema drei statt fünf Kategorien, die in die Gesamtbewertung einfließen. Aufgrund der notwendigen Pseudonymisierung ist eine Identifikation des Patienten nicht möglich und somit kann die im Rahmen der Stichprobenprüfung verwendete Kategorie „Eindeutige Identifikation Arzt/Patient“ nicht in die Bewertung mit einfließen. In der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie finden sich keine spezifischen Anforderungen an die technische Bilddokumentation, so dass auf die separate Kategorie „Technische Bilddokumentation“ verzichtet wurde. Im Vergleich zum verwendeten Bewertungsschema im Rahmen der Stichprobenprüfung der KV nach § 136 Abs. 2 SGB V erhält die Kategorie „Indikation insgesamt plausibel“ einen wesentlich höheren Einfluss auf die Gesamtbewertung.

Der Fragenkatalog und das Bewertungsschema ermöglichen ein standardisiertes und transparentes Vorgehen. Die Ergebnisse der Fallanalysen bieten eine gute Basis für den angestrebten Dialog mit dem Leistungserbringer. Es ist festzuhalten, dass diese Stichprobenprüfung der einzige Teil in der Externen Begutachtung ist, der eine Bewertung enthält.

Element 4: Besprechung mit abschließender Zielvereinbarung zur Initiierung der Qualitätsförderung

Das vierte Element der Externen Begutachtung ist eine Besprechung mit einer abschließenden Zielvereinbarung. In dieser wird schriftlich festgelegt, welche Maßnahmen (Qualitätsprojekte) der Leistungserbringer realisieren will, um die von ihm definierten und anschließend konsentierten Ziele zu erreichen (siehe Anhang D).

Ziel des Gesprächs ist nicht eine wiederholte Prüfung und Bewertung des Leistungserbringers, sondern die direkte und leistungserbringerspezifische Qualitätsförderung, wie sie im Auftragsschreiben des G-BA eingefordert wird. In dem Gespräch sollen die Schwächen und Stärken, die sowohl der Leistungserbringer selbst als auch die externen Begutachter anhand der Fallanalysen, der Selbsteinschätzung und der Analyse der Index- und Indikatorergebnisse festgestellt haben, gemeinsam erörtert werden. Das Gespräch sollte konstruktiv und auf Konsens ausgerichtet sein, um gezielte Verbesserungsprojekte zu entwickeln, deren Umsetzung schließlich in einer Zielvereinbarung festgehalten werden soll. Insbesondere sollten die vorgeschlagen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen akzeptiert werden, die die in der Qualitätssicherung zu Tage getretenen Verbesserungspotenziale plausibel adressieren und unter den vorliegenden Gegebenheiten grundsätzlich umsetzbar erscheinen. Eine darüber hinausgehende Bewertung der vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist nicht vorgesehen.

Erfahrungen z.B. aus dem Strukturierten Dialog haben gezeigt, dass durch das persönliche Gespräch ein besseres Verständnis für die eigenen Ergebnisse entsteht und eine stärkere Auseinandersetzung mit den Strukturen und Prozessen möglich wird. Im Unterschied zum Strukturierten Dialog der externen stationären Qualitätssicherung kann sich ein solches Gespräch im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* jedoch nicht auf einzelne, identifizierte, auffällige Behandlungsfälle fokussieren, da – nach gegenwärtigem Stand – aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (und natürlich auch aus der Patientenbefragung) heraus keine Fallnummern erfasst und zurückgespiegelt werden können. Die Herausforderung des Qualitätsförderungsgesprächs besteht daher darin, das Gespräch auf einer Organisationsebene zu führen und hierbei zu prozessbezogenen Zielvereinbarungen (keine Ergebniszielvereinbarungen!) zu gelangen. Die entscheidende Grundlage hierfür ist die Selbsteinschätzung der Leistungserbringer, die bereits den Schritt von der Fall- auf die Organisationsebene vollziehen soll. Erreicht wird dies durch die Notwendigkeit des konkreten Vorschlags von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und -projekten durch den Leistungserbringer.

Es stellt sich ferner die Frage, ob das Gespräch vor Ort beim Leistungserbringer erfolgen soll oder bei der zuständigen LAG. Unstrittig ist, dass deutlich mehr Gespräche an einem Tag geführt werden können, wenn die Gespräche bei den LAG erfolgen. Andererseits hat sich in vielen Visitationen im Rahmen von Zertifizierungen aber auch die Erfahrung gefestigt, dass ein Vor-Ort-Besuch sowohl aus Sicht der Leistungserbringer als auch der Gutachter zu einer realistischeren, konstruktiven Betrachtung der Verhältnisse beitragen kann. Darüber hinaus zeigt ein Vor-Ort-Besuch eine höhere Akzeptanz und Wertschätzung des Leistungserbringers. Wird das Gespräch bei einer LAG geführt, reisen in der Regel der Chefarzt bzw. der Praxisinhaber und ggf. ein Oberarzt an. Nur diese Personen haben sich im Vorfeld mit den Ergebnissen beschäftigt und die Prozesse analysiert. Bei einem Vor-Ort-Besuch ist davon auszugehen, dass mehr Mitarbeiter Kenntnis von den Ergebnissen erhalten und

so aktiv an der Analyse teilhaben können. Dieser Effekt könnte noch gesteigert werden, wenn neben dem abschließenden Gespräch auch eine kurze (45 Min) gemeinsame Begutachtung der Einrichtung stattfindet. So könnten neben den Erkenntnissen aus den Rückmeldeberichten und den Fallanalysen auch unmittelbare Eindrücke der „gelebten“ Prozesse vor Ort (u.U. mit Ansprache einzelner prozessverantwortlicher Mitarbeiter vor Ort) in den kollegialen Dialog zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen einfließen. Zudem besteht vor Ort die Möglichkeit, im Konsens zusätzliche Unterlagen in den Beratungsprozess einfließen zu lassen (vorstellbar wären z.B. Prozessauswertungen anhand von Routinedaten, Ergebnisse von QM-Projekten aus der Einrichtung). Auf dieser gemeinsamen Erfahrungsgrundlage können die konsentierten Verbesserungsmaßnahmen gezielter und angemessener auf die individuellen Besonderheiten/Prozesse der Einrichtung ausgerichtet werden. In der kurzen Begutachtung soll der Leistungserbringer seine Selbstanalyse und die von ihm vorgeschlagenen Handlungsfelder als angemessen transparent oder „erlebbar“ machen. In der Regel sollte der Vor-Ort-Besuch im stationären Bereich die Aufklärungsambulanz, den Operationssaal und eine Normalstation umfassen, im ambulanten Krankenhausbereich wären Aufklärungssprechstunde, Operationssaal und Aufwach-/Nachsorgebereich einzubeziehen und in der Praxis/MVZ Rezeption, Operationssaal (sofern im Praxisgebäude) und Behandlungsräume.

Da es sich bei dem Instrument „Externe Begutachtung“ um ein gänzlich neues Instrument handelt, sollte seine Effizienz im Regelbetrieb evaluiert werden. Unzweifelhaft erfordert im vierten Element der Externen Begutachtung ein Vor-Ort Gespräch mit kurzer Begutachtung der Einrichtung mehr Ressourcen als ein Gespräch bei den LAG. Im Sinne der im Entwicklungsauftrag formulierten Qualitätsförderung sowie einer besseren Verzahnung von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement empfiehlt das AQUA-Institut alle Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen zu besuchen. Denkbar wäre jedoch auch eine Anpassung an zur Verfügung stehende Ressourcen derart, dass aus den im Index auffälligen Einrichtungen eine Stichprobe (ca. 30 – 50) gezogen wird, bei denen ein Vor-Ort-Gespräch mit kurzer Begutachtung der Einrichtung geführt wird, während die Gespräche mit den anderen auffälligen Einrichtungen bei den LAG erfolgen.

Das Team, das die Gespräche durchführt, besteht aus einem aktiv arthroskopierenden, medizinischen Experten (Orthopäden oder Unfallchirurgen) und einem LAG-Vertreter, der die Aufgabe hat, die Termine zu koordinieren und die verschiedenen Informationen (Ergebnisse und Selbsteinschätzung des Leistungserbringers, Ergebnisse der Fallanalysen) für den medizinischen Experten und das abschließende Feedbackgespräch aufzubereiten. Auf der Seite des Leistungserbringers sind zwingend der Chefarzt der betroffenen Abteilung und ein Vertreter der Geschäftsführung bzw. des Vorstandes bzw. der Inhaber der betroffenen Praxis anwesend. Sind in einem Krankenhaus mehrere Abteilungen betroffen (z.B. Unfallchirurgie und Orthopädie) wird das Gespräch mit allen beteiligten verantwortlichen Leistungserbringern geführt. Weitere Mitarbeiter können, wenn der Leistungserbringer dies wünscht, an dem Gespräch teilnehmen.

Für die Auswahl der medizinischen Experten sollte ein bundesweiter Pool von Orthopäden und/oder Unfallchirurgen zur Verfügung stehen. Über diesen könnte die Terminfindung erleichtert werden. Darüber hinaus wird vermieden, dass externe Begutachter mit persönlicher Befangenheit tätig werden müssen. Damit die Gespräche bzw. die Externe Begutachtungen insgesamt trotz der jeweils verschiedenen Begutacherteams vergleichbar bleiben, wird empfohlen, dass die medizinischen Experten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit eine Schulung zum Ablauf und Zweck der Externen Begutachtung sowie zur systematischen Prozessanalyse und zur kollegialen Gesprächsführung und Zielvereinbarung erhalten.

Das hier skizzierte vierte Element der Externen Begutachtung erfüllt die Aufgabenstellung, die Qualitätssicherung um Elemente der Qualitätsförderung zu ergänzen. Der Aufwand rechtfertigt sich nach Ansicht des AQUA-Instituts aus folgenden Gründen:

- Die regelhafte Zielvereinbarung im kollegialen Gespräch trägt wesentlich dazu bei, dass das Ergebnis des QS-Verfahrens unmittelbar handlungsrelevant wird und dass, gerade dort, wo der Qualitätsindex und die Fallanalyse Verbesserungsbedarf vermuten lassen, Qualitätsprojekte initiiert werden.
- Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen erhalten die Möglichkeit konkret zu zeigen, dass sie die Ergebnisse der Qualitätssicherung als Ansporn zu Qualitätsverbesserungen proaktiv nutzen.

- Mit diesem Element werden von der Qualitätssicherung konkrete Verbesserungsansätze erfasst, die in aggregierter Form allen Leistungserbringern vermittelt werden können und so eine breite, nachhaltige Wirkung entfalten können.

Die Ergebnisse der auf Landesebene durchgeführten Externen Begutachtungen sollten von den zuständigen LAG jährlich an die Bundesauswertungsstelle berichtet werden. Inhalte dieser Berichte sollten die Indikator- sowie Indexergebnisse, auf deren Basis die Externen Begutachtungen bei den Leistungserbringern durchgeführt wurden und die Ergebnisse der Fallanalysen sein. Darüber hinaus sollten die identifizierten Verbesserungspotenziale inklusive der vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung (Zielvereinbarungen) dargelegt werden. Auf Basis dieser LAG-Berichte kann anschließend von der Bundesauswertungsstelle ein aggregierter Bericht (keine Nennung einzelner Leistungserbringer) über alle Externen Begutachtungen und den dadurch initiierten Qualitätsmaßnahmen/-projekten erstellt und veröffentlicht werden.

Sollte zu einem späteren Zeitpunkt eine Entscheidung für eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der QS-Ergebnisse getroffen werden, könnte überlegt werden, ob die daraus abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen im Teil C des Qualitätsberichts ebenfalls veröffentlicht werden sollen.

7.3.2. Auslösung

Ein Qualitätsindex fasst die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsindikatoren (auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragung) zu einer einzelnen Maßzahl zusammen, anhand derer man einen Gesamteindruck über die Qualität eines Leistungserbringers gewinnen kann, und dient bei Überschreiten eines definierten Referenzwertes (95. Perzentil) als Auslöser für eine Externe Begutachtung. Näheres zur Indexbildung ist in Abschnitt 8.2.4 beschrieben.

Somit würde pro Jahr bei 5 % der insgesamt rund 4.000 Leistungserbringer (ca. 2.800 vertragsärztliche Leistungserbringer und ca. 1.170 stationäre Leistungserbringer) die Externe Begutachtung erfolgen. Das Instrument ist so konstruiert, dass es auch unabhängig vom Qualitätsindex bei zufällig ausgewählten Leistungserbringern angewendet werden kann.

7.3.3. Erkenntnisse für eine generische Anwendung des Instruments

Das Instrument „Externe Begutachtung“ wurde so entwickelt, dass das Grundkonzept bestehend aus den beschriebenen vier Elementen generisch angewendet werden kann. Die entwickelten Dokumente zur Selbsteinschätzung und zur Zielvereinbarung (Anhang D.1 und D.4) können ohne Veränderung auf andere Verfahren übertragen werden. Das Dokument zur Fallanalyse und das dazugehörige Bewertungsschema müsste je nach Eingriffsart angepasst werden (Anhang D.2 und D.3).

Wenn die Auslösung der Externen Begutachtung mittels eines Qualitätsindex erfolgen soll, ist jeweils eine themenspezifische Ausarbeitung des Index notwendig.

8. Umsetzung

8.1. Erhebungsformen

In den folgenden beiden Abschnitten werden die für das vorliegende QS-Verfahren potenziell relevanten Erhebungsformen diskutiert und Empfehlungen gegeben.

8.1.1. Art der Stichprobe vs. Vollerhebung der ausgewählten Grundgesamtheit

Um die Art der Datenerhebung auszuwählen, ist die Frage zu klären, ob sich mit einer Stichprobenerhebung aussagekräftige Informationen zur Qualitätsbewertungen gewinnen lassen oder ob eine Vollerhebung notwendig ist.

Ausgehend von der im Auftrag definierten Grundgesamtheit wurde im Rahmen der Themerschließung und der Indikatorenentwicklung eine geeignete Stichprobe von Patienten definiert. Die Kriterien der Auswahl bildeten die Qualitätspotenziale und die Versorgungsrelevanz in Bezug auf die Fragestellung. Über einen QS-Filter werden Patienten in das QS-Verfahren eingeschlossen, die einen arthroskopischen Eingriff bei degenerativen Knieveränderungen oder Kreuzbandläsionen erhalten haben. Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, mit bösartigen Neubildungen oder Frakturen wurden ausgeschlossen. Diese Gesamtstichprobe der einbezogenen Patienten wird in den einzelnen Indikatoren und Instrumenten spezifisch weiter eingeeengt. In das vorliegende QS-Verfahren können vorläufig nur GKV-Patienten einbezogen werden, da derzeit nur von ihnen Sozialdaten bei den Krankenkassen für Qualitätssicherungszwecke verfügbar sind und das Verfahren mit PID auch nur in diesem Rahmen durchgeführt werden kann. Der spätere Einbezug von Privatpatienten in das QS-Verfahren ist jedoch wünschenswert.

Im Rahmen der Patientenbefragung sind alle Einrichtungen an der Erhebung von Informationen beteiligt, die arthroskopische Eingriffe durchführen. Es soll jedoch eine repräsentative Stichprobe des relevanten Patientenkollektivs der Einrichtungen in die Erhebung einbezogen werden. Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes „Patientenbefragung“ ist derzeit noch nicht abgeschlossen (Abschlussbericht im Juni 2015). Eine detaillierte Darstellung der Stichprobe ist daher an dieser Stelle noch nicht möglich.

Die Ergebnisse der Indikatorberechnungen werden in einem Qualitätsindex zusammengeführt. Die an der 95. Perzentile auffälligen Einrichtungen bilden dann die Stichprobe von Leistungserbringern, die im Rahmen der Externen Begutachtung eingehender betrachtet wird.

Die Fallanalyse (Element 3) der Externen Begutachtung wird an einer Stichprobe von pseudonymisierten Auszügen von 12 Patientenakten durchgeführt. Die Auswahlkriterien für diese Aktenstichprobe sind in Abschnitt 7.3 dargestellt.

8.1.2. Länder- versus bundesbezogenes Verfahren

In §2 Abs. 1 und 2 der Qesü-RL ist festgelegt, dass QS-Verfahren grundsätzlich länderbezogen durchgeführt werden sollen und bundesbezogene Verfahren nur dann Vorrang haben, wenn eine länderbezogene Durchführung nicht angezeigt erscheint.

Die Fallzahlen der Patienten und Leistungserbringer sind ausreichend groß, sodass hieraus keine Notwendigkeit für ein bundesbezogenes Verfahren entsteht. Allerdings wurde in Abschnitt 7.3 dargelegt, dass auch im Bezug auf die Maßnahmen der Qualitätssicherung, ein Teil der hierfür notwendigen Strukturen auf Bundesebene etabliert werden sollte. Damit würde die Bundesebene einen Teil der in §6 der Qesü-RL beschriebenen Aufgaben der LAG übernehmen.

Konkret geht es hierbei um die Etablierung eines bundesweiten Pools von Orthopäden und/oder Unfallchirurgen. Wesentliche Gründe, um diesen Expertenpool auf Bundesebene zu etablieren sind eine möglichst einheitliche Durchführung von Maßnahmen im Rahmen der Externen Begutachtung (z.B. durch einheitliche Schulung der Experten) und die Vermeidung persönlicher Befangenheit (z.B. durch räumliche Nähe).

Weil umgekehrt ein Großteil der Aufgaben im Rahmen der Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auf Landesebene verbleibt, ist die Zuordnung der Verfahrensart nicht eindeutig. Sofern die empfohlene Umsetzung des Expertenpools im Rahmen eines länderbezogenen Verfahrens möglich ist, sollte diese Verfahrensart gewählt werden, weil hier der überwiegende Teil der Aufgaben gemäß §6 der Qesü-RL umgesetzt wird. Ist dies nicht möglich, sollte ein bundesbezogenes Verfahren gewählt werden. Die auf Landesebene verbleibenden Aufgaben könnten dann explizit genannt werden.

8.2. Differenziertes Auswertungskonzept

8.2.1. Hintergrund

Das Auswertungskonzept beschreibt die Umsetzung der Berichterstattung bzw. der Rückmeldeberichte im Regelbetrieb unter Berücksichtigung der verfügbaren Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten und deren Analyse inklusive erforderlicher Fristen und Zeiträume. Auf ggf. notwendige Erprobungsschritte bis zur vollständigen Umsetzung der Berichte wird separat eingegangen (siehe Abschnitt 8.4). Wichtige Grundlagen des Auswertungskonzeptes werden nachfolgend näher beschrieben:

- Berichte, die zu erstellen sind, inklusive der Fristen zur Berichterstellung (siehe Abschnitt 8.2.2)
- Verfügbarkeit der erhobenen Daten und notwendige Zeiträume für Analysen (siehe Abschnitt 8.2.3)
- Analysen und Auswertungen (siehe Abschnitt 8.2.4)

Bei Auswertungskonzepten von sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind verschiedene Besonderheiten zu berücksichtigen. Dazu zählen z.B., dass mehrere Leistungserbringer am Versorgungsprozess beteiligt sein können und die längsschnittliche Betrachtung (Follow-up) ggf. auch sektorenüberschreitend erfolgen soll.

Zur Analyse liegen für das geplante QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* neben den Angaben aus Patientenbefragungen auch Sozialdaten bei den Krankenkassen vor. Um den Erhebungsaufwand für die Leistungserbringer zu minimieren, ist bei der vorliegenden Entwicklung keine separate fallbezogene QS-Dokumentation wie bei den bestehenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung vorgesehen.

Das vorliegende Auswertungskonzept umfasst im Einrichtungvergleich insgesamt 22 Indikatoren. Dabei werden 10 Indikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen (Tabelle 31) und 12 Indikatoren über die Patientenbefragung (Tabelle 32) abgebildet. Alle Indikatoren sind Follow-up-Indikatoren. Die Follow-up-Zeiträume erstrecken sich von mindestens 14 Tage bis maximal 365 Tage.

Tabelle 31: Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
03_a	Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie	Ergebnis
06	Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie	Ergebnis
08_b	Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
09_a	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
12b	Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroskopie	Ergebnis
29	Wiederholungsarthroskopien innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
04_A	Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik	Ergebnis
10_b	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Kreuzbandplastik/-eingriff	Ergebnis

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
30_a	Resektion von Bandanteilen/-resten oder diagnostische Arthroskopie innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik	Prozess
14_a	Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff	Prozess

Tabelle 32: Indikatoren aus der Patientenbefragung

Indikator-ID	Indikatorbezeichnung	Indikatortyp
15	Anamnese	Prozess
16	Körperliche Untersuchung	Prozess
17_a	Präoperative Aufklärung	Prozess
28	Perioperative Schmerzbehandlung am OP-Tag	Prozess
20	Information zum postoperativen Verhalten	Prozess
21	Koordination der Nachbehandlung	Prozess
22	Schmerzen	Ergebnis
23	Bewegungseinschränkungen	Ergebnis
24	Sport und Freizeitaktivitäten	Ergebnis
25	Kniebezogene Lebensqualität	Ergebnis
27	Ambulant behandelte postoperative Komplikationen	Ergebnis
26	Erfüllung der Patientenerwartung	Prozess

Das vorliegende Auswertungskonzept orientiert sich an der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) vom 19. April 2010 und am derzeit gültigen Methodenpapier 3.0 des AQUA-Institutes (AQUA 2013c).

8.2.2. Berichte

In diesem Abschnitt geht es insbesondere um Berichte, die die Bundesauswertungsstelle (BAS), d.h. die Institution nach § 137a SGB V, zu erstellen hat bzw. die damit in Zusammenhang stehen. Übergreifend gilt für alle Berichte hinsichtlich der Fristen seitens der BAS folgende Empfehlung:

- Gemäß Methodenpapier sollen die Fristen bei den Krankenhäusern und Arztpraxen für alle zukünftigen sektorenübergreifenden Verfahren einheitlich festgelegt werden, um zusätzlichen Aufwand oder Unsicherheiten bei den Leistungserbringern zu vermeiden und den Krankenhäusern bei ggf. veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren auch die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung im Rahmen des jährlichen Qualitätsberichtes zu ermöglichen.
- Um eine möglichst zeitnahe Berichterstellung zu erreichen, gilt hinsichtlich der Einheitlichkeit der Fristen Gleiches auch für die Qualitätssicherungsergebnisberichte der zukünftigen Landesarbeitsgemeinschaften an die Institution nach § 137a SGB V (§ 19 Qesü-RL) sowie für den Bundesqualitätsbericht (§ 20 Qesü-RL) der Institution nach § 137a SGB V an den G-BA.

Rückmeldebericht für die Leistungserbringer (§ 18 Qesü-RL)

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer werden nach einheitlichen Vorgaben (sog. Rechenvorschriften) von der Bundesauswertungsstelle erstellt. Im Zuge des Aufbaus der Strukturen auf Landesebene wird geklärt, ob die Rückmeldeberichte den Leistungserbringern Online zum Abruf zur Verfügung gestellt werden oder per elektronischer Übermittlung über die jeweilige Datenannahmestelle, ohne dass diese jedoch eine Möglichkeit zur Einsichtnahme hat.

Der Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollständigkeit der erhobenen Daten beinhalten. Darüber hinaus soll der Rückmeldebericht eine Darstellung der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu denen der Vergleichsgruppe aufweisen. Als Vergleichsgruppe dient die Bundesebene. Der Rückmeldebericht soll gut verständlich aufbereitet sein und Verläufe (Follow-up) sowie Entwicklungen (Tendenzen im Vergleich zum vorherigen Betrachtungszeitraum) zeigen, ohne jedoch zu bewerten.

Die für die Bewertung der Ergebnisse zuständige Stelle ist bei den länderbezogenen Verfahren die jeweilige Landesarbeitsgemeinschaft. Diese hat die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen und richtet dazu eine Fachkommission gem. §5 (5) Qesü-RL ein. Diese Fachkommission erhält Einblick in die Rückmeldeberichte der Leistungserbringer, die einer Externen Begutachtung unterzogen werden.

Während im Methodenpapier (AQUA 2013c) eine 4-mal jährliche Auswertung (d.h. bis zum 1. Juli, 1. Oktober, 1. Januar bzw. 1. April) avisiert ist, werden in der Qesü-RL für die Rückmeldeberichte weder Fristen noch Frequenz genannt. Allerdings sollen die Rückmeldeberichte laut Qesü-RL unverzüglich nach Ende der Datenabgabefrist erstellt werden. Da die Strukturen auf Länderebene jedoch noch etabliert werden müssen, ist zunächst nicht davon auszugehen, dass die Bewertung der Auffälligkeiten häufiger als einmal jährlich durchgeführt wird. Im vorliegenden Fall wird daher zunächst eine jährliche Berichterstellung empfohlen, die dann auf Grundlage der Erfahrungen im Regelbetrieb ggf. später auf eine vierteljährliche umzustellen ist.

Bei der Frist für die Erstellung der Rückmeldeberichte, die auch als Grundlage zur Durchführung der Externen Begutachtung dienen, ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhäuser die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen, sofern veröffentlichungspflichtig, in ihrem jährlichen Qualitätsbericht darzulegen haben. Aus diesem Grund wird im Bereich der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung der Strukturierte Dialog zur Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten bis zum 31. Oktober abgeschlossen. Nach bisherigen Erfahrungen aus dem Bereich der externen stationären Qualitätssicherung benötigen diese Maßnahmen ca. 4 Monate, sodass den Leistungserbringern sowie den zuständigen Stellen für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen die Rückmeldeberichte spätestens bis zum 15. Juni vorliegen sollten. Die im Methodenpapier bisher genannte Frist („bis zum 1. Juli für das erste Quartal“) für die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer wäre demnach eher zu spät.

Um die Erstellung der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer bis zum 15. Juni sicherzustellen, werden bei der jährlichen Erstellung nur die Daten berücksichtigt, die bis zum Ende März bei der Bundesauswertungsstelle vorliegen. Der Zeitraum vom 1. April bis zum 15. Juni dient dazu, die notwendigen Analysen zu erstellen und die erstellten Rückmeldeberichte über die Datenannahmestellen an die LAG weiterzuleiten.

Qualitätssicherungsergebnisbericht (§19 Qesü-RL)

Die LAG übermitteln der Institution nach §137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form in einem themenspezifisch einheitlichen Berichtsformat. Dieser berücksichtigt verschiedene Aspekte wie z.B. die qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, die Häufigkeit und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen sowie Angaben zur Dokumentationsqualität. Der Zeitpunkt der Abgabe der Qualitätssicherungsergebnisberichte ist in der Qesü-RL nicht genau festgelegt. Da die Strukturen auf Landesebene noch nicht etabliert sind und hinsichtlich der Datenflüsse noch Abstimmungsbedarf besteht, kann Näheres erst später spezifiziert werden. Um zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, empfiehlt das AQUA-Institut eine Berichterstellung bis zum 15. März des auf den Beginn der qualitätsverbessernden Maßnahmen nachfolgenden Jahres.

Bundesauswertung

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung in Bezug auf das jeweilige QS-Verfahren. Sie wird zusätzlich in Form der sog. Basisauswertung auch um grundlegende Angaben (Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauern, Diagnostik, Therapie usw.) zu dem betreffenden Leistungsbereich erweitert. Die Bundesauswertung wird für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung einmal jährlich erstellt und dient zur Information beratender Expertengruppen. Weder das Methodenpapier noch die Qesü-RL sehen hier eine Frist vor. In Bezug auf die Ver-

fahren der externen stationären Qualitätssicherung werden die jeweiligen Bundesauswertungen einmal jährlich bis zum 15. Juni des Folgejahres erstellt, was auch im vorliegenden sektorenübergreifenden Kontext sinnvoll erscheint.

Bundesqualitätsbericht (§20 Qesü-RL)

Die Institution nach § 137a SGB V hat für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form jährlich einen zusammenfassenden Bericht über die Qualität der Versorgung zu erstellen. Dieser basiert auf der Bundesauswertung und allen erstellten Qualitätssicherungsergebnisberichten. Er umfasst auch Angaben zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Datenvalidität und zur Effektivität des Verfahrens, sobald die entsprechenden Ergebnisse verfügbar sind. Wenngleich die Qesü-RL hierzu keinen Termin vorgibt, wird im Methodenpapier als Frist der 15. August des nachfolgenden Jahres vorgeschlagen.

8.2.3. Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten

Für das geplante QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* stehen als Grundlage für die Analysen zur Erstellung der Rückmeldeberichte und für die Durchführung der Externen Begutachtung neben den Angaben aus den Patientenbefragungen auch Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Verfügung. In Hinblick auf die Berichterstattung ist wichtig,

- wann die jeweiligen Daten nach einer erbrachten Leistung verfügbar sind und
- wann die jeweiligen Daten der Bundesauswertungsstelle zur Analyse zur Verfügung stehen.

Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen setzen sich aus verschiedenen Datenbeständen zusammen. Diese unterscheiden sich je nach Abrechnungskontext durch eine unterschiedliche rechtliche Grundlage im SGB V. Für das Auswertungskonzept ist entscheidend, wann die Daten aus den unterschiedlichen Datenbeständen beim AQUA-Institut für die Auswertung vorliegen. Daher wurde bei verschiedenen Krankenkassen um eine Einschätzung bezüglich der entsprechenden Lieferfristen gebeten. Aus den Antworten wurde ersichtlich, dass es deutliche Unterschiede zwischen den Datenbeständen der Leistungserbringer unterschiedlicher Sektoren sowie den Abrechnungsdaten von Apotheken und den Stammdaten bei den Krankenkassen gibt (AQUA 2013d).

Während die Daten nach §301 (Stationäre Behandlung im Krankenhaus) bei den Krankenkassen spätestens 3 Monate nach der Entlassung vorliegen, sind die Daten ambulanter Leistungserbringer, die über die KV abrechnen (§§ 115b und 295), nach Aussage der Krankenkassen voraussichtlich erst bis zu ca. 8 Monate später verfügbar. Die Daten zu Heilmittelverordnungen (§302) stehen 7 Monate nach der Leistungserbringung zur Verfügung. Die Stammdaten bei den Krankenkassen (§284) sind nach zwei Monaten verfügbar. (Tabelle 33).

Tabelle 33: Zeitliche Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen (nach Abrechnungskontext)

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen
§301 SGB V	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	max. 3 Monate nach Entlassung
§ 115b SGB V	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	max. 8 Monate nach Quartalsende
§295 (kollektiv) SGB V	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295a (§ 140a) SGB V	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Integrierte Versorgungsformen“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§295a (§73b) SGB V	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Hausarztzentrierte Versorgung“	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295a (§73c) SGB V	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen
§302 SGB V	Heilmittelverordnung nach §302	ca. 7 Monate nach Leistungserbringung
§284 SGB V (Stammdaten)	Versichertendaten nach §284	max. 2 Monate

Die Zeiträume bis zur Verfügbarkeit der Daten haben unmittelbare Auswirkungen auf die verfahrensspezifischen Zeitpunkte für Datenlieferungen und das jeweilige Auswertungskonzept. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass sich die genannten Angaben hinsichtlich der zeitlichen Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen bei einigen Daten auf die Leistungserbringung selbst (z.B. § 140a) bzw. auf die Entlassung nach der Leistungserbringung (z.B. bei §301) und bei anderen Daten, die nur quartalsweise zur Verfügung stehen (§295), auf das Quartalsende nach Leistungserbringung beziehen. Dies hat zur Konsequenz, dass bei den quartalsweise gelieferten Daten aus dem ambulanten Bereich eine im Januar erbrachte Leistung im April zur Kassenärztlichen Vereinigung exportiert wird und erst 8 Monate – zzgl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen – später, d.h. im Dezember, bei den Krankenkassen zum Export an die Bundesauswertungsstelle zur Verfügung steht. In Bezug auf die allgemeine Datenverfügbarkeit wird sich nachfolgend bei der Auswertung jeweils an dem Datenbestand orientiert, der die längste zeitliche Verzögerung hat.

Da im Methodenpapier eine vierteljährliche Erstellung der Rückmeldeberichte empfohlen wird, ist mit den Krankenkassen eine vierteljährliche Lieferung der Sozialdaten vereinbart. Die nachfolgenden Angaben fokussieren jedoch zunächst auf einen jährlichen Rückmeldebericht, der dann auf Grundlage der Erfahrungen im Regelbetrieb ggf. später auf einen vierteljährlichen umzustellen ist. Für den jährlichen Rückmeldebericht wird der Datenlieferzeitpunkt gewählt, der möglichst nah am Beginn des Auswertungszeitraums liegt. Dabei handelt es sich um die Datenlieferung im jeweils ersten Quartal des Berichtsjahres („Märzlieferung“).

Im Regelungsbereich der allgemeinen Spezifikation ist festzulegen, in welchen Zeiträumen die Daten zu liefern sind. Datenlieferungen für Sozialdaten bei den Krankenkassen sind für das vorliegende Verfahren in den ersten beiden Wochen des letzten Monats im Quartal möglich, während in den beiden letzten Wochen des Quartals ggf. Korrekturen der Datenlieferungen erfolgen können. Die konkreten Zeiträume für Datenlieferfristen sind demnach:

Tabelle 34: Datenlieferfristen von den Krankenkassen an die Bundesauswertungsstelle

Lieferquartal	Zeitraum	Art der Lieferung
1	1. März bis 15. März	Erstlieferungen
	16. März bis 31. März	Korrekturen der Erstlieferungen des 1. Quartals
2	1. Juni bis 15. Juni	Erstlieferungen
	16. Juni bis 30. Juni	Korrekturen der Erstlieferungen des 2. Quartals
3	1. September bis 15. September	Erstlieferungen
	16. September bis 30. September	Korrekturen der Erstlieferungen des 3. Quartals
4	1. Dezember bis 15. Dezember	Erstlieferungen
	16. Dezember bis 31. Dezember	Korrekturen der Erstlieferungen des 4. Quartals

Die erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen quartalsweise und möglichst zeitnah zu liefern, sobald sie zur Verfügung stehen. Die früheste Datenlieferung kann demnach theoretisch im zweiten Quartal des ersten Gültigkeitsjahres einer themenspezifischen Spezifikation stattfinden. Die spätesten zulässigen Zeitpunkte für verfahrensspezifische Datenlieferungen ergeben sich aus der Verfügbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Tabelle 33).

Zusammenfassend ergibt sich als Auswertungs- und Berichterstellungszeitraum (inkl. der Bereitstellung der Rückmeldeberichte an die für die Bewertung zuständigen Stellen) daher ein Zeitfenster, das von Anfang April bis zum 15. Juni reicht. Bei der einmal jährlichen Erstellung der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer werden nur die Daten berücksichtigt, die bis Ende März bei der Bundesauswertungsstelle vorliegen. Wie bereits zuvor erwähnt, kann nach Etablierung aller erforderlichen Strukturen und Prozesse und auf Grundlage der Erfahrungen im Regelbetrieb ggf. später auf eine vierteljährliche Erstellung der Rückmeldeberichte umgestellt werden.

Patientenbefragung

Zu den Rahmenbedingungen der Patientenbefragung fehlen noch themenspezifische Bestimmungen seitens des G-BA. Hierzu sei auf die entsprechenden Entwicklungen der Patientenbefragung zum künftigen QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* sowie zum vorliegenden QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* verwiesen. Derzeit ist u.a. weder abschließend geklärt, wer die Fragebögen an die Patienten versendet (z.B. Datenannahmestelle, Leistungserbringer oder Institution nach § 137a SGB V) noch wer den Rücklauf annimmt (z.B. Institution nach § 137a SGB V).

Für das QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* ist es geplant, 6 Monate nach Durchführung der Arthroskopie eine Patientenbefragung durchzuführen. Zum Ausfüllen haben die Patienten insgesamt 4 Wochen Zeit – nach 2 Wochen erhalten die Patienten ein Erinnerungsschreiben von der zuständigen Stelle, die die Fragebögen versendet.

Je nach Datenfluss ist davon auszugehen, dass die Angaben aus der Patientenbefragung spätestens 9 Monate nach Durchführung der Arthroskopie bei der Bundesauswertungsstelle vorliegen und eingesehen werden können. Ergebnisse der Patientenbefragung zu einem Eingriff am 31.12. liegen also im September des nachfolgenden Jahres bei der Bundesauswertungsstelle vor und können in den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer inklusive der für die Bewertung zuständigen Stellen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Patientenbefragung gehen auch in den Qualitätsindex-ASK der Rückmeldeberichte ein.

Externe Begutachtung

Der G-BA hat im Rahmen des geplanten QS-Verfahrens zur Abbildung von Potenzialen zur Qualitätsverbesserung und -sicherung auch die Entwicklung eines neuen Instruments namens „Externe Begutachtung“ beauftragt (siehe Abschnitt 7.3) Die Externe Begutachtung soll anlassbezogen angewendet werden und nicht durch einzelne Indikatorergebnisse ausgelöst werden, sondern durch einen Qualitätsindex, der die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsindikatoren auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Patientenbefragungen zu einer einzelnen Maßzahl zusammenfasst (Näheres zum genannten Qualitätsindex-ASK siehe Abschnitt 8.2.4).

In der Qesü-RL findet sich keine direkte Angabe zum zeitlichen Rahmen der Externen Begutachtung. Der Zeitraum, in dem sie ablaufen sollte, ist aber im Kontext der gesamten Berichterstellung äußerst relevant.

- Der Rückmeldebericht ist für die Leistungserbringer (§ 18 Qesü-RL) und für die zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zuständigen Stellen (§ 17 Qesü-RL) eine wichtige Grundlage der Externen Begutachtung (Element 1; siehe Abschnitt 7.3.1). Er steht spätestens bis zum 15. Juni zur Verfügung (siehe Abschnitt 8.2.2).
- Das zweite wichtige Element der Externen Begutachtung ist der Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungserbringer, die extern begutachtet werden. Der Versand des Fragenbogens durch die zuständigen Stellen (§ 17 Qesü-RL) sollte im Zeitraum vom 15. Juni bis 30. Juni erfolgen. Es wird davon ausgegangen, dass der Rücklauf an die zuständigen Stellen bis zum 31. Juli abgeschlossen ist.
- Die Besprechung im Rahmen der Externen Begutachtung mit abschließender Zielvereinbarung zur Initiierung der Qualitätsförderung (Element 4; siehe Abschnitt 7.3.1) sollte dann von den zuständigen Stellen (§ 17 Qesü-RL) im Zeitraum vom 1. August bis 31. Oktober erfolgen.

- Nach Abschluss der Externen Begutachtung hat die zuständige Stelle (§ 17 Qesü-RL) der Institution nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht (§ 19 Qesü-RL) zu übermitteln (siehe Abschnitt 8.2.2). Hierzu wird als Frist der 15. März des auf den Beginn der qualitätsverbessernden Maßnahmen nachfolgenden Jahres vorgeschlagen, damit die Resultate dann auch in dem entsprechenden Bundesqualitätsbericht (§ 20 Qesü-RL) berücksichtigt werden können.
- Bei ggf. bestehender Veröffentlichungspflicht sind die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser nach dem oben skizzierten Zeitplan in der Lage, die Ergebnisse der Externen Begutachtung in ihrem jährlichen Qualitätsbericht darzustellen.

8.2.4. Grundlagen der Analysen und Auswertungen

Im folgenden Abschnitt werden Voraussetzungen beschrieben, die dazu erforderlich sind, um aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen nach Vorgaben des G-BA ausgewählte Daten an die Institution nach § 137a SGB V zu übermitteln und bundeseinheitlich auszuwerten.

Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Allgemeine Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen beschreibt die Auswahl von Daten, die Erzeugung von XML-Exportdateien, deren Aufbereitung für eine Übertragung und die Interpretation des Rückprotokolls (AQUA 2013a)²³.

Die XML-Exportdatei verwendet die Daten, die nach den Vorgaben des G-BA aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Qualitätssicherung an die Institution nach § 137a SGB V zu übermitteln sind. Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben, nach denen die Auslösung eines QS-Verfahrens bzw. die Selektion der benötigten Daten und der Export sowie die Übermittlung der Daten erfolgen soll, bezogen auf das Jahr der auslösenden Leistung (Indexleistung), das sogenannte Erfassungsjahr. Letzteres bedeutet, dass eine Aktualisierung beispielsweise aus dem Jahr 2016, die sich aber auf das Erfassungsjahr 2015 bezieht, zur Spezifikation 2015 gehört. Das Erfassungsjahr deckt sich weitestgehend mit einem Kalenderjahr.

Die Spezifikation für ein Erfassungsjahr wird jeweils als Spezifikationspaket zum Download zur Verfügung gestellt, das aus einzelnen Komponenten besteht. Als Komponenten werden dabei z.B. Spezifikationsdatenbanken, Technische Dokumentationen und XML-Schemata bezeichnet. Jedes dieser Spezifikationspakete kann unabhängig und parallel zu anderen aktualisiert werden.

Die technische Umsetzung der Anforderungen an die Verfahren zur Datenselektion, Plausibilitätsprüfung und Datenübermittlung werden in einer zentralen Spezifikationsdatenbank definiert. Sie enthält zusammen mit der Technischen Dokumentation alle Informationen, die die Krankenkassen für die Übermittlung der Sozialdaten brauchen.

Analog zu etablierten externen stationären QS-Verfahren in den Krankenhäusern kann das Einlesen und Interpretieren („Parsing“) der Spezifikation bei den Krankenkassen automatisiert erfolgen. Um den Krankenkassen ausreichend Zeit für ggf. erforderliche Anpassungen zu geben, erfolgt für strukturelle Änderungen an der Spezifikation die Veröffentlichung der Spezifikation bis zum 30. Juni auf der Internetseite der Institution nach § 137a SGB V. Eine Ergänzung bzw. Anpassung von Kodelisten (OPS-/ICD-Kodes) ist bis zum 30. November möglich.

Bundeseinheitliche Rechenvorschriften

Rechenregeln (Synonym: Rechenvorschriften) sind im Kontext der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die von der Institution nach § 137a SGB V zu erstellenden bundeseinheitlichen Vorschriften zur Berechnung der entwickelten Qualitätsindikatoren. Sie definieren Zähler und Nenner sowie Referenzbereiche und enthalten wissenschaftliche Hintergrundinformationen und ggf. Verweise auf themenbezogene Literatur.

Während in der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung die Regelungen nach § 8 der QSKH-RL gelten und die Rechenvorschriften bis spätestens 28. Februar des Jahres vorliegen sollen, welches der Datenerhebung im Krankenhaus folgt, sind für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der Qesü-RL keine

²³ nicht veröffentlicht.

konkreten Fristen zur Veröffentlichung von Rechenvorschriften genannt. Relevant sind die Rechenregeln grundsätzlich für Institutionen, die Auswertungen der Qualitätssicherungsdaten nach bundeseinheitlichen Kriterien vornehmen (§ 10 Abs. 1 Qesü-RL). Daher schlägt das AQUA-Institut vor, die Rechenregeln und die Beschreibungen der Qualitätsindikatoren jeweils bis zum 30. April eines jeden Jahres zu veröffentlichen (AQUA 2013c). Innerhalb der Jahresfrist werden nur (quartalsweise) dringend erforderliche Änderungen (z.B. Behebung von Fehlern) vorgenommen (AQUA 2013c).

Die Rechenvorschriften werden in Form von pdf-Dokumenten auf den Internetseiten der Institution nach § 137a SGB bereit gestellt. Diese Vorschriften beziehen sich immer auf ein Erfassungsjahr. In diesen Dokumenten werden die Indikatoren ausschließlich in textlicher Form beschrieben.

Risikoadjustierung

Ein wichtiges Ziel der entwickelten Qualitätsindikatoren ist der Einrichtungsvergleich. Ein fairer Vergleich der Qualität von medizinischen Leistungen und Behandlungsergebnissen verschiedener Einrichtungen kann für einen Teil der entwickelten Qualitätsindikatoren nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen zur Erzielung dieser Ergebnisse gleich sind. Dementsprechend ist die Berücksichtigung von patientenbezogenen Risiken – wie z.B. Alter, Vorerkrankungen – von erheblicher Bedeutung. Solche Risiken können bewirken, dass trotz gleicher Qualität der erbrachten Leistung unterschiedliche Ergebnisse erzielt werden. So wird etwa ein Leistungserbringer, der viele ältere und multimorbide Patienten behandelt, im Einrichtungsvergleich ohne Risikoadjustierung trotz gleicher Behandlungsqualität schlechter abschneiden als ein anderer Leistungserbringer mit jüngeren und gesünderen Patienten.

Im Rahmen des vorliegenden QS-Verfahrens konnten noch keine abschließenden Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden. Es wurde jedoch festgehalten, für welche Qualitätsindikatoren eine Risikoadjustierung notwendig ist und welche wesentlichen relevanten Risikoparameter in der Literatur genannt werden. Auf Basis dieser Vorarbeiten sollten nunmehr möglichst umgehend Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden. Da für das QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* keine QS-Dokumentation geplant ist, muss man hier (anders z.B. als im geplanten QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*) nicht auf die Verfügbarkeit der Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation warten. Ziel sollte es sein, das hierfür notwendige Entwicklungsprojekt so frühzeitig zu starten, dass die Ergebnisse noch in die erste umzusetzende Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen einfließen können (siehe Abschnitt 8.4.4).

Sollstatistik

In der Sollstatistik wird die Gesamtanzahl sowie die Anzahl der zu dokumentierenden Fälle pro Leistungsbe- reich ermittelt. Im Krankenhaus wird sie im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung am Ende des Erfassungsjahres durch eine bestimmte Software generiert. Auf der Basis der Sollstatistik wird die Summe der für das Erfassungsjahr im jeweiligen QS-Verfahren zu erwartenden, über die QS-Dokumentation generierten Datensätze berechnet.

Das vorliegende QS-Verfahren umfasst keine separate fallbezogene QS-Dokumentation, sondern berücksichtigt ausschließlich Sozialdaten bei den Krankenkassen und Angaben aus der Patientenbefragung. Insofern sind die bestehenden Regelungen aus der externen stationären Qualitätssicherung im vorliegenden Fall nicht anwendbar.

Übertragen auf die Lieferung von Sozialdaten bei den Krankenkassen hätte eine Sollstatistik zwei zentrale Fragestellungen:

- Haben alle Krankenkassen Daten geliefert?
- Wurden alle benötigten Daten geliefert?

Die Problematik dieser Fragestellungen besteht darin, dass unklar ist, welche Referenzdaten zu ihrer Beantwortung herangezogen werden können. In den etablierten Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung werden die Abrechnungsinformationen als Referenz genutzt, um zu prüfen, ob alle erwarteten Daten geliefert wurden. Eine analoge Umsetzung im vorliegenden Kontext könnte ggf. Hinweise auf Fehler in der technischen Umsetzung von Abfragen liefern. Möglicherweise ist aber auch eine Konformitätserklärung der Datenlieferanten ausreichend. Bezüglich der Frage, ob alle Krankenkassen geliefert haben, könnte der GKV-Spitzenverband

ggf. notwendige Informationen bereitstellen. Konkrete Regelungen hierzu werden im Zuge der Einführung und Erprobung der Datenflüsse für Sozialdaten bei den Krankenkassen erarbeitet.

Follow-up

Bei Auswertungskonzepten von sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind verschiedene Besonderheiten zu berücksichtigen. Eine Besonderheit besteht beispielsweise in der Abbildung längsschnittlicher Analysen (Follow-up). Ggf. sind dabei unterschiedliche Leistungserbringer (aus verschiedenen Regionen) am Versorgungsprozess beteiligt, die abzubilden sind. Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Fragen grundsätzlich zu beantworten (AQUA 2013c):

- Wie sind die Informationen im Follow-up aufzubereiten?
- Für welche Leistungserbringer sind die Informationen aufzubereiten?
- Wie sind voneinander abhängige Indikatoren zu beurteilen?

Damit stellt sich im Kontext der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Frage der Ergebnisdarstellung und damit die Form des Rückmeldeberichtes an die Leistungserbringer noch einmal neu, da hier eine konkrete Zuweisung von Verantwortlichkeiten erschwert ist. D.h. hier ist vor allem zu klären, welche Leistungserbringer beteiligt sind bzw. welche Ergebnisse welchen am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren übermittelt werden können und dürfen.

Der Rückmeldebericht zum QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* wird jeweils eine Indikatoren- und Indexauswertung und eine Basisauswertung enthalten. Allerdings unterscheiden sich die Rückmeldungen beim vorliegenden QS-Verfahren je nachdem, ob der Leistungserbringer den Indexeingriff durchgeführt oder nur Follow-up-Leistungen erbracht hat.

Follow-up-Leistungserbringer, die keine Verantwortungszuschreibung für die Indikatoren und den Index haben, erhalten nur ihre eigenen Daten rückgespiegelt, aber keine Ergebnisse der Indikatoren bzw. des Index. Die Daten der Follow-up-Leistungserbringer werden dem Indexleistungserbringer ebenfalls nur in Form der aggregierten Indikatoren bzw. des aggregierten Indexergebnisses rückgespiegelt. Die Indexleistungserbringer erhalten gleichermaßen keine weiteren Daten (Kode-Auswertungen) der Follow-up-Leistungserbringer.

Der Rückmeldebericht an jene Leistungserbringer, die Indexleistungen erbracht haben, soll nachfolgende Informationen umfassen:

Indikatoren- und Indexauswertung

- Ergebnisse der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zu allen Patienten, bei denen sie den Indexeingriff durchgeführt haben
- Zusätzliche Auswertungen (Kennzahlen), durch die eine Interpretation des Indikatorergebnisses bzw. eine Problemanalyse möglich wird:
 - Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach primärer Kreuzbandplastik
 - Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Wechsel/Entfernung eines Kreuzbandtransplantates
 - Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Plastik mit alloplastischem
- Ergebnisse der Indikatoren aus der Patientenbefragung, bei denen sie den Indexeingriff durchgeführt haben, inkl. der Rücklaufquote
- Ergebnis des Qualitätsindex-ASK
- Liste mit Identifikationsmerkmalen zu den Fällen, die bei ihnen im Zähler der Indikatoren berücksichtigt wurden (Alter, Geschlecht, OPS-Kodes der Indexleistung, Datum der Indexleistung)

Basisauswertung

- Häufigkeiten der in der Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen abgefragten Datenfelder aus den Stammdaten, der vom Leistungserbringer behandelten Patienten sowie aller abgefragten Kodes (OPS-/ICD-Kodes/Heilmittel) des Indexleistungserbringers

- Die abgefragten Codes werden jeweils dargestellt als Gesamtzahl und Häufigkeit sowie, wenn eine Seitenangabe gefordert wird, der Anteil mit gültiger Seitenangabe
- Angaben zum Anteil von Patienten, bei denen innerhalb von 6 Monaten vor dem arthroskopischen Indexeingriff bei degenerativen Veränderungen des Knies keine MRT-Untersuchung durchgeführt wurde
- Angabe zum Anteil von Patienten, bei denen innerhalb von 6 Monaten vor dem arthroskopischen Indexeingriff bei degenerativen Veränderungen des Knies keine Heilmittel verordnet wurden
- Häufigkeiten der in dem Patientenfragebogen abgefragten Items, der vom Leistungserbringer behandelten Patienten

Leistungserbringer, die Follow-up-Leistungen erbracht haben, sollen nachfolgende Informationen erhalten:

- Rate der von diesem Leistungserbringer innerhalb von 6 Monaten nach Indexarthroskopie bei degenerativen bzw. traumatisch bedingten Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff) durchgeführten Wiederholungsarthroskopien bezogen auf die Gesamtzahl der von ihm durchgeführten Kniearthroskopien bei degenerativen bzw. traumatisch bedingten Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff).
- Rate der von diesem Leistungserbringer innerhalb von 6 Monaten nach Indexarthroskopie bei degenerativen bzw. traumatisch bedingten Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff) implantierten Knie-Endoprothesen bezogen auf die Gesamtzahl der von ihm durchgeführten Knie-Endoprothesen.
- Rate der von diesem Leistungserbringer innerhalb von 6 Monaten nach Indexarthroskopie mit primärer Kreuzbandplastik durchgeführten Wiederholungsarthroskopien bezogen auf die Gesamtzahl der von ihm durchgeführten Kniearthroskopien mit primärer Kreuzbandplastik.
- Rate der von diesem Leistungserbringer innerhalb 1 Jahres nach Indexarthroskopie mit primärer Kreuzbandplastik durchgeführten Wechsel und Entfernungen eines Kreuzbandtransplantates bezogen auf die Gesamtzahl der von ihm durchgeführten Kniearthroskopien mit primärer Kreuzbandplastik

Basisauswertung

- Häufigkeiten der in der Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen abgefragten Datenfelder aus den Stammdaten, der vom Leistungserbringer behandelten Patienten sowie aller abgefragten Codes (OPS-/ICD-Kodes/Heilmittel) des Follow-up-Leistungserbringers.
- Die abgefragten Codes werden jeweils dargestellt als Gesamtzahl und Häufigkeit sowie, wenn eine Seitenangabe gefordert wird, der Anteil mit gültiger Seitenangabe.

Datengrundlagen und Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren

Die bisherige Berichterstellung im Rahmen der Qualitätssicherung ist überwiegend so aufgebaut, dass in einem Berichtsjahr die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren von Eingriffen dargestellt werden, die im Vorjahr durchgeführt wurden. Diese einfache und überschaubare Systematik ist für das geplante QS-Verfahren nicht möglich, weil die Ergebnisse der Nachbeobachtungszeiträume (Follow-up) nicht im Folgejahr berichtet werden können, da die Daten noch nicht verfügbar sind. Die Verfügbarkeit der Daten des Erhebungsinstruments „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ ist abhängig vom jeweiligen Abrechnungskontext. Die Daten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen somit im Vergleich zu den Daten aus der etablierten QS-Dokumentation verzögert vor.

Unter diesen Rahmenbedingungen bestehen zwei grundsätzliche Optionen:

1. Berichte beziehen sich einheitlich auf dieselbe Gruppe von Patientinnen und Patienten, die in einem bestimmten Zeitraum eine Index-Leistung erhalten haben
2. Berichte werden gestaltet unter dem Gesichtspunkt der Datenverfügbarkeit. Unterschiedliche Qualitätsindikatoren können sich dann auf unterschiedliche Patientengruppen beziehen.

Option 1 hat den Vorteil größerer Verständlichkeit. Außerdem sind mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren (z.B. zwischen Prozessen und Ergebnissen) einfacher erkennbar. Dennoch wird im Folgenden empfohlen, Option 2. umzusetzen, weil sie erstens dem Grundsatz der Qesü-RL entspricht, dass Daten

möglichst umgehend nach Verfügbarkeit berichtet werden sollen und zweitens nur so gewährleistet werden kann, dass im Rahmen der Qualitätssicherung frühzeitig auf Ergebnisse reagiert werden kann.

Für das geplante QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* stehen, wie bereits erwähnt, als Grundlage für die Rückmeldeberichte und für die Durchführung der Externen Begutachtung neben den Angaben aus den Patientenbefragungen auch Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Verfügung. Wie bereits in Abschnitt 8.2.3 dargelegt, ergibt sich je nach Erhebungsinstrument (Sozialdaten bei den Krankenkassen, Patientenbefragung), Datenbestand (z.B. Sozialdaten bei den Krankenkassen nach §301 oder §295 SGB V) und Follow-up-Zeitraum (bis 90 Tage oder über 90 Tage) eine andere zeitliche Verzögerung von der Durchführung der Arthroskopie bis zur Bereitstellung der Rückmeldeberichte an den Leistungserbringer (Tabelle 33). In der nachfolgenden Tabelle 35 ist die zeitliche Verzögerung bis zur Berichterstellung im QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* beispielhaft dargelegt.

Tabelle 35: Datenbasis und Berichtszeitpunkte der Qualitätsindikatoren (nach Follow-up-Zeitraum)

Erfassungsjahr 2016	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2018	Berichtsjahr 2019
Datenbasis für Indikatoren mit Follow-up bis 90 Tage auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen (QI-ID 08_b, 09_a, 12b, 10_b, 30_a, 14_a)			
	Durchführung der Arthroskopie	Follow-up bis 90 Tage (maximal Ende März) Ambulante Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung (April) Verfügbarkeit bei Krankenkassen 9 Monate (inkl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen) später (Dezember)	Rückmeldeberichte (15. Juni) Auswertung und Bereitstellung der Rückmeldeberichte (1. April bis 15. Juni) „März-Lieferung“ als aktuellste Datenlieferung der Krankenkassen, die berücksichtigt werden kann
Datenbasis für Indikatoren mit Follow-up größer 90 Tage bis 1 Jahr (QI-ID 03_a, 04_A, 06, 29)			
Durchführung der Arthroskopie	Follow-up bis 1 Jahr (Dezember)	Ambulante Abrechnung des ambulanten Leistungserbringers an die KV (Januar) Verfügbarkeit bei Krankenkassen 9 Monate (inkl. 1 Monat zur Verarbeitung der Daten bei den Krankenkassen) später (September)	Rückmeldeberichte (15. Juni) Auswertung und Bereitstellung der Rückmeldeberichte (1. April bis 15. Juni) „März-Lieferung“ als aktuellste Datenlieferung der Krankenkassen, die berücksichtigt werden kann
Datenbasis für Indikatoren auf Basis von Patientenbefragung (QI-ID 15, 16, 17_a, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)			
	Arthroskopien im Erfassungsjahr 2017	Patientenbefragung 6 Monate nach Arthroskopie (max. Juni) Ende des Befragungszeitraums Einlesen der Daten 3 Monate (September)	Rückmeldeberichte (15. Juni) Auswertung und Bereitstellung der Rückmeldeberichte (1. April bis 15. Juni) „März-Lieferung“ als aktuellste Datenlieferung der Krankenkassen, die berücksichtigt werden kann

Qualitätsindex-ASK

Das Zusammenfassen von Ergebnissen verschiedener Indikatoren zu einer gemeinsamen, kombinierten Maßzahl wird als Indexbildung bezeichnet und bietet verschiedene Vorteile. So sind die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren mit niedriger Prävalenz und niedrigen Fallzahlen pro Einrichtung, oft wenig reliabel („Fallzahl-Prävalenz-Problem“) (Heller 2010; Heller 2008; Dimick et al. 2004). Die Indexbildung führt bei Indikatoren mit niedriger Fallzahl einerseits zu einer höheren Prävalenz, wodurch die statistischen Schätzprobleme verringert werden (AQUA 2013b; Heller 2008). Mit anderen Worten: Die Anzahl zufälliger Fehler wird geringer. Es ist demnach zu erwarten, dass weniger häufig Leistungserbringer wegen eines zufälligen Messfehlers kontaktiert werden, etwa weil sie eine besondere klinische Situation behandelt haben, die sich in der Qualitätsdokumentation bzw. Auswertung nicht ausreichend abbildet. Andererseits lässt die Indexbildung die Messung der Qualität auch über einen breiteren Bereich zu als ein Indikator allein dies vermag. Aus diesem Grund bietet sich das Zusammenfassen verschiedener Indikatoren zu einem Index als Aufgreifkriterium für eine Externe Begutachtung an. Der Qualitätsindex-ASK fasst also die Ergebnisse verschiedener Qualitätsindikatoren zu einer einzelnen Maßzahl zusammen, anhand derer man einen breiten Gesamteindruck über die Qualität eines Leistungserbringers gewinnen kann, und dient dann ggf. als Auslöser für eine Externe Begutachtung. Im Rahmen der Externen Begutachtung kann dabei jedoch explizit auf die einzelnen Indikatoren Bezug genommen werden, die zu Auffälligkeiten im Qualitätsindex geführt haben.

Bei der Indexbildung selbst gibt es zahlreiche unterschiedliche Herangehensweisen bzw. Möglichkeiten der Konstruktion (z.B. All-or-None, 70 % Standard, Patient Average, Indicator Average, Overall Percentage) mit unterschiedlichen Stärken und Schwächen (Reeves et al. 2007). Die beiden erstgenannten Methoden scheinen als Qualitätsindex wenig geeignet, da hier auf Patientenebene ein bestimmter Schwellenwert (100 % bzw. 70 %) erfüllt werden muss und Indikatoren nur dann in den Index eingehen, wenn die entsprechenden Kriterien vollständig (Methode „All-or-None“) bzw. zu einem vorab definierten Ausmaß (Methode „70 % Standard“) erfüllt sind. Ein solches Vorgehen scheint insbesondere dann sinnvoll, wenn die verwendeten Schwellenwerte selbst bereits gut zwischen guter und schlechter Versorgungsqualität diskriminieren. Eine Situation, die allerdings die Konstruktion eines Qualitätsindex an sich in Frage stellt, da ja bereits die Indikatoren selbst in der Lage sind ausreichend zu diskriminieren. Stellen die Schwellenwerte keine objektivierbare optimale Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität dar, stellt eine Indexkonstruktion unter Berücksichtigung von Schwellenwerten der zugrundeliegenden Indikatoren eine suboptimale Konstruktion dar, da relevante Qualitätsinformationen in der Berechnung nicht berücksichtigt werden. Das AQUA-Institut geht davon aus, dass bei der Konstruktion von Qualitätsindikatoren für das Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* aktuell keine Schwellenwerte vorliegen, die objektiv und optimal zwischen guter und schlechter Versorgungsqualität differenzieren können und rät daher von einer Indexkonstruktion unter Berücksichtigung von Schwellenwerten der zugrunde liegenden Indikatoren ab. Es erscheint daher nicht sinnvoll eine „All-or-None“-Methode bzw. eine „70 % Standard“-Methode zur Berechnung des Qualitätsindex heranzuziehen. Die drei übrigen aufgelisteten Berechnungsmethoden (Indicator Average, Patient Average, Overall Percentage) stellen unterschiedlich gewichtete Mittelwerte der zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren dar und scheinen zur Bildung aussagekräftiger Indizes besser geeignet. Es ist zu vermuten, dass sie daher bereits in verschiedenen Ländern zur Qualitätsmessung eingesetzt wurden (Reeves et al. 2007). Bei der Methode „Patient Average“ wird der Index auf Ebene jedes Patienten gebildet und dann gemittelt über alle Patienten. Das bedeutet, dass jeder Patient den Index in gleichem Umfang beeinflusst, unabhängig davon, wie viele Indikatoren durch ihn ausgelöst werden. Im Gegensatz dazu haben bei der Indexbildung nach der Methode „Indicator Average“ alle Indikatoren den gleichen Einfluss auf das Ergebnis – allerdings leisten Patienten, die bei mehr Indikatoren erfasst werden, auch einen größeren Eintrag auf das Indexergebnis als jene, die von weniger Indikatoren berührt sind. Bei der „Overall-Percentage“-Methode werden über verschiedene Indikatoren hinweg die Zähler der Indikatoren addiert und durch die ebenfalls addierten Nenner der Indikatoren geteilt. Dies hat zur Folge, dass Indikatoren mit einer höheren Prävalenz die Ausprägung des Index stärker beeinflussen, als Indikatoren mit einer niedrigeren Prävalenz. Eine an die „Overall-Percentage“-Methode angelehnte Herangehensweise wird daher vom AQUA-Institut für die Indexbildung präferiert. Anders als bei der „Overall-Percentage“-Methode werden jedoch nicht rohe ratenbasierte Indikatoren im Index berechnet, sondern ein O/E-Wert (AQUA 2014a). Dies hat, neben dem Umstand, dass ggf. eine Risikoadjustierung durchgeführt werden kann, den Vorteil, dass bei der Berechnung bereits eine vergleichbare Metrik der Indikatoren vorliegt. Durch diese Vorgehensweise werden statistische Ausreißer im Sinne von weniger prävalenten Indikatoren weniger stark berücksichtigt (siehe Tabelle 36).

Perspektivisch ist daran gedacht, die Indikatorergebnisse aller Erhebungsinstrumente, d.h. aus der Analyse der Sozialdaten bei den Krankenkassen (10 Indikatoren) und aus der Patientenbefragung (12 Indikatoren), in dem Qualitätsindex-ASK gemeinsam zu berücksichtigen. Da derzeit die Ergebnisse der Patientenbefragung noch nicht verfügbar sind, beruht die Berechnung des Qualitätsindex-ASK (s.u.) im vorliegenden Bericht allerdings ausschließlich auf den Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Es wird vorgeschlagen auf eine Gewichtung der Indikatoren, z.B. nach Schwere des betrachteten Ereignisses, vorerst zu verzichten, da ohne entsprechender Erfahrungen aus der Externen Begutachtung oder empirischen Analyse, aktuell keine tragfähige unterschiedliche Gewichtung einzelner Indikatoren begründet werden kann und beispielsweise Indikatoren, die eine besonders hohe Vorhersagekraft hinsichtlich qualitativer Auffälligkeiten besitzen, mit einer höheren Gewichtung versehen werden.

Für die Berechnung des Qualitätsindex-ASK wird eine Hierarchisierung der einzelnen Indikatoren – so wie sie z.B. im Bereich der externen stationären Qualitätssicherung im Leistungsbereich Neonatologie bei dem Qualitätsindex zur Frühgeborenenversorgung (QI-ID 51174; AQUA 2014a) erfolgt – empfohlen. Vor dem Hintergrund der inhaltlichen Überschneidungen einzelner Indikatoren (z.B. des Indikators zur Wiederholungsarthroskopie bei degenerativen Veränderungen (QI-ID 03_a) und des Indikators zum Hämarthros nach Arthroskopie bei degenerativen Veränderungen (QI-ID 08_b)) scheint eine hierarchisierte Berechnung des Qualitätsindex sinnvoll, um Mehrfachzählungen von Komplikationen und daraus folgenden Prozeduren bei einem Patienten, zu vermeiden. Dies hat darüber hinaus zur Folge, dass Mängel in der Dokumentation (z.B. Hämarthros fälschlicherweise nicht kodiert) dadurch aufgefangen werden können, dass die Wiederholungsarthroskopie dennoch abgebildet wird.

Wie wird der Qualitätsindex gebildet?

Ambulante und stationäre Leistungserbringer werden bei der Berechnung des Qualitätsindex gemeinsam berücksichtigt. Für das QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* wurden vom Panel 10 Indikatoren ausgewählt, die über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden und in die vorliegende Berechnung des Qualitätsindex einfließen. Jeder dieser Indikatoren soll risikoadjustiert werden und in Anlehnung an das in der externen stationären Qualitätssicherung übliche standardisierte Sterblichkeits- oder Morbiditätsverhältnis (Standardized Mortality or Morbidity Ratio, SMR) als sog. O/E-Wert mit zwei Nachkommastellen einzeln dargestellt und zur weiterführenden Information ausgewiesen werden. Der Wert O ist dabei die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d. h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Betrachtungszeitraum. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der aufgrund des Risikoprofils erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Betrachtungszeitraums.

Für den Qualitätsindex selbst werden die Summe der beobachteten Werte (Zähler (O)) und die Summe der erwarteten Werte (Nenner (E)) auf Ebene jedes Indikators als Summe berechnet. Bei dem Ergebnis des Qualitätsindex handelt es sich somit um den Quotienten aus der Summe der beobachteten Ereignissen und der Summe der erwarteten Ereignisse über alle Indikatoren hinweg. Solange (noch) keine Risikoadjustierung vorliegt, wird anstelle des individuellen Erwartungswertes das durchschnittliche Risiko auf Bundesebene als Erwartungswert eingesetzt. Eine solche Berechnung des Qualitätsindex wird empfohlen, damit eher seltenere Ereignisse (z.B. Hämarthros nach Arthroskopie bei degenerativen Veränderungen) auch nur einen eher moderaten und keinen sehr großen Einfluss auf das Indexergebnis haben. Der Qualitätsindex wird durch die Prävalenz und durch die Verteilung der einzelnen Indikatoren zueinander beeinflusst. An dem Beispiel in Tabelle 36 wird deutlich, dass nicht etwa seltene Ereignisse den Qualitätsindex dominieren, sondern vielmehr Indikatoren mit hoher Prävalenz. Schlechte Ergebnisse in einem Indikator können durch gute Ergebnisse in anderen Indikatoren ausgeglichen werden. Dies ist durchaus sinnvoll und auch beabsichtigt, aber nur in einem bestimmten Umfang möglich, da gute Ergebnisse bei der Berechnung des SMR (d.h. O/E) für einen Indikator stets zwischen 0 und 1 liegen. Schlechte Ergebnisse sind hingegen auf der SMR-Skala nach oben in Abhängigkeit von der Höhe des Nenners möglich. Eine unterdurchschnittliche Qualität in einem einzigen Indikator kann also nicht durch eine überdurchschnittliche Qualität in allen anderen Indikatoren, die evtl. nur auf wenigen Fällen beruhen, ausgeglichen werden. Der Qualitätsindex hat demzufolge eine hohe Vorhersagekraft und aufgrund der höheren Prävalenz führt der Index zu reliablen Qualitätsaussagen im Vergleich zu einzeln betrachteten Indikatoren mit niedriger Fallzahl.

Die Annahme, dass sich durch die vorgeschlagene Methode der Indexberechnung eine bessere Unterscheidungsfähigkeit ergibt, konnte durch die Berechnungen (auf Basis der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen) im Rahmen der empirischen Prüfung der Diskriminationsfähigkeit bestätigt werden, wie sie für alle Indikatoren, z.B. zur Ermittlung der einrichtungsbezogenen Veröffentlichungsfähigkeit berechnen (AQUA 2014b; Heller 2010; Dimick et al. 2004). Unter Verwendung des Qualitätsindex erreichen 42,8 % der Leistungserbringer eine ausreichende Fallzahl. Dieses Ergebnis kann als vergleichsweise gute Diskriminationsfähigkeit beurteilt werden und ist besser als 60 % der aktuell im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung existierenden Indikatoren (AQUA 2014b). Aus dieser Perspektive ist der Qualitätsindex-ASK sehr gut geeignet, Qualitätsunterschiede unterschiedlicher Leistungserbringer tatsächlich abbilden zu können. Würde statt dieses Vorgehens jedoch die Diskriminationsfähigkeit nur auf Indikatorebene betrachtet, so zeigt sich, dass lediglich 10,5 % der Leistungserbringer eine ausreichende Fallzahl erreichen.

Tabelle 36: Bildung des Qualitätsindex

		O-Wert	E-Wert ²⁴	O/E
Indikator 1	Fall 1	0	0,2	
	Fall 2	0	0,2	
	Fall 3	0	0,2	
	Fall 4	0	0,2	
	Fall 5	1	0,2	
	O/E-Wert QI 1	1	1	1 : 1 = 1,00
Indikator 2	Fall 1	0	0,01	
	Fall 2	0	0,01	
	Fall 4	0	0,01	
	Fall 7	0	0,01	
	Fall 8	1	0,01	
	Fall 9	0	0,01	
	Fall 10	1	0,01	
	O/E-Wert QI 2	2	0,07	2 : 0,07 = 28,57
Qualitätsindex-ASK (Overall Percentage)	Summe aller O-Werte/Summe aller E-Werte	3	1,07	3 : 1,07 = 2,80
Zum Vergleich: Durchschnitts- wert unterschiedlicher Indikatoren (Indicator Average)	(O/E-Wert-QI 1) + (O/E-Wert-QI 2)/Anzahl der Indikatoren			29,57 : 2 = 14,79

Im Rahmen der empirischen Prüfung der Indikatoren konnte für den Qualitätsindex anhand der vorliegenden anonymisierten Daten ein erstes Ergebnis berechnet werden. Die Einzelindikatoren gingen in den Index alters- und geschlechtsstandardisiert auf alle GKV-Versicherten ein. Dabei ist zu beachten, dass in dem betrachteten Indexjahr (2009) kein Ergebnis für den Indikator QI 4_A: „Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik“ berechnet werden konnte, da die für den Zähler definierten OPS-Kodes zum Wechsel eines Kreuzbandtransplantats erst 2011 in den OPS-Katalog aufgenommen wurden. Diese OPS-Kodes werden zudem auch in den anderen „Kreuzband-Indikatoren“ in Zähler und/oder Nenner verwendet und schränken auch hier die Zahl der voraussichtlich aufgegriffenen Fälle ein.

²⁴ Gleiche E-Werte bei jedem Fall zeigen das durchschnittliche Risiko auf Bundesebene, solange noch keine individuellen Erwartungswerte errechnet werden können.

Für die Ermittlung der Auffälligkeit eines Leistungserbringers (unter einer Betriebsstättennummer bzw. einem Institutskennzeichen agierend) ist der Referenzbereich des 95. Perzentils angenommen worden. Der perzentilbasierte Referenzbereich ist dabei, in Anlehnung an die Methodik der externen stationären Qualitätssicherung, unter Berücksichtigung der Leistungserbringer ermittelt worden, die mindestens 20 Kniearthroskopien im Indexjahr durchgeführt haben. Basierend auf diesem Referenzbereich wurden insgesamt 170 von 2.772 Leistungserbringern als auffällig ermittelt. Eine Verteilung des Indexergebnisses auf Leistungserbringerebene ist Anhang E zu entnehmen.

Tabelle 37: Auffällige Leistungserbringer im Qualitätsindex nach Anzahl durchgeführter Kniearthroskopien (standardisiert)

Anzahl durchgeführter Arthroskopien am Kniegelenk	1–5	6–10	11–20	21–50	51–100	>100
Anzahl Leistungserbringer	131	153	237	590	575	1086
Anzahl auffälliger Leistungserbringer	16	17	26	45	36	30
Anteil auffälliger Leistungserbringer	12,2 %	11,1 %	11 %	7,6 %	6,3 %	2,8 %

Da die Zeitspanne zwischen Indexleistung und Berechnung des Qualitätsindex-ASK bzw. der Externen Begutachtung je nach Follow-up-Zeitraum des Indikators sowie dem Exportnachlauf für die Datenbereitstellung sehr unterschiedlich ausfallen kann, schlägt das AQUA-Institut vor, zur Berechnung des Qualitätsindex Indikatoren unterschiedlicher Erfassungsjahre heranzuziehen. Auf diese Weise soll so früh wie möglich (im zweiten Jahr nach dem Erfassungsjahr) ein Index über das volle Indikatorenset hinweg gebildet werden. Es wird daher empfohlen, dass der Qualitätsindex-ASK für das 1. Erfassungsjahr (2016) noch nicht die Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem Follow-up von mehr als 90 Tagen berücksichtigt. Ab dem Index für das 2. Erfassungsjahr (2017) sollen dann die Indikatoren aus den Sozialdaten des Vor-Erfassungsjahres (2016) mit einem Follow-up von mehr als 90 Tagen und die Indikatoren aus den Sozialdaten des Erfassungsjahres (2017) mit einem Follow-up von bis zu 90 Tagen in die Indexberechnung eingehen. Die Indikatoren aus der Patientenbefragung werden voraussichtlich erstmals im Erfassungsjahr 2017 erhoben. So könnten alle Indikatoren dieses Erfassungsjahres (2017) zeitgleich in die Indexberechnung eingehen (Tabelle 38).

Tabelle 38: Zeitversetzte Einbindung der Qualitätsindikatoren in die Berechnung des Qualitätsindex-ASK

2018	2019	2020
Qualitätsindex zum Erfassungsjahr 2016 (ohne Auslösung einer Externen Begutachtung)	Qualitätsindex zum Erfassungsjahr 2017 (mit Auslösung einer Externen Begutachtung)	Qualitätsindex zum Erfassungsjahr 2018 (mit Auslösung einer Externen Begutachtung)
Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Follow-up ≤ 90 Tage (QI-ID 08_b, 09_a, 12b, 10_b, 30_a, 14_a) aus Erfassungsjahr 2016	Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Follow-up > 90 Tage (QI-ID 03_a, 04_A, 06, 29) aus Erfassungsjahr 2016	Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Follow-up > 90 Tage (QI-ID 03_a, 04_A, 06, 29) aus Erfassungsjahr 2017
	Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Follow-up ≤ 90 Tage (QI-ID 08_b, 09_a, 12b, 10_b, 30_a, 14_a) aus Erfassungsjahr 2017	Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Follow-up ≤ 90 Tage (QI-ID 08_b, 09_a, 12b, 10_b, 30_a, 14_a) aus Erfassungsjahr 2018
	Indikatoren aus der Patientenbefragung (QI-ID 15, 16, 17_a, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28) aus Erfassungsjahr 2017	Indikatoren aus der Patientenbefragung (QI-ID 15, 16, 17_a, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28) aus Erfassungsjahr 2018

8.3. Instrumente der Qualitätsförderung

Bereits im Auftrag wurde das Instrument „Externe Begutachtung“ als Instrument der Qualitätsförderung definiert. Der Auftrag gibt ferner vor, dass die Externe Begutachtung nicht durch einzelne Indikatorergebnisse ausgelöst werden soll, sondern durch einen Index, der die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsindikatoren zu einer einzelnen Maßzahl zusammenfasst. Als Referenzwert für den Qualitätsindex-ASK wurde das 95. Perzentil festgelegt. So können in jedem Jahr 5 % der Leistungserbringer (ca. 200) extern begutachtet werden.

Das rechnerisch auffällige Ergebnis aus dem Qualitätsindex-ASK wird im Rahmen der Externen Begutachtung nicht mehr überprüft. Es wird davon ausgegangen, dass die durch den Index ermittelten Leistungserbringer deutliche Verbesserungspotenziale aufweisen. Durch diesen Ansatz wird nicht wie bisher bei jeder rechnerischen Auffälligkeit der einzelnen Qualitätsindikatoren ein Strukturierter Dialog geführt.

Um eine möglichst nachhaltige Qualitätsförderung zu erreichen, endet die Externe Begutachtung mit einem Gespräch beim Leistungserbringer. In diesem werden Verbesserungspotenziale analysiert und, ausgehend von den Vorschlägen der Einrichtung, konkrete Verbesserungsmaßnahmen vereinbart (siehe Abschnitt 7.3). Wenn im Folgejahr das Qualitätsindexergebnis rechnerisch unauffällig ist, wird davon ausgegangen, dass die abgeschlossene Zielvereinbarung zur Qualitätsverbesserung geführt hat. Bei wiederholt auffälligem Ergebnis im Qualitätsindex-ASK soll im Rahmen der erneut durchzuführenden Externen Begutachtung die Umsetzung der ursprünglich geschlossenen Zielvereinbarung überprüft werden.

Da jedes Jahr nur eine begrenzte Zahl von Leistungserbringern extern begutachtet wird, wäre es unter dem Aspekt der bundesweiten Qualitätsförderung wichtig, allen Leistungserbringern – unabhängig davon, ob bei ihnen eine Externe Begutachtung durchgeführt wurde – darzustellen, was Gründe für ein auffälliges Ergebnis waren, welche Verbesserungspotenziale identifiziert wurden und welche Verbesserungsmaßnahmen vereinbart wurden. Daher soll die jeweils zuständige LAG die Ergebnisse der einzelnen Externen Begutachtungen an die Bundesauswertungsstelle berichten. Die Berichte sollten die Indikator- sowie Indexergebnisse enthalten, auf deren Basis die Externen Begutachtungen bei den Leistungserbringern durchgeführt wurden. Darüber hinaus sollten die identifizierten Verbesserungspotenziale inklusive der vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung (Zielvereinbarungen) dargelegt werden. Auf Basis dieser LAG-Berichte kann anschließend von der Bundesauswertungsstelle ein aggregierter Bericht (keine Nennung einzelner Leistungserbringer) über die durchgeführten Externen Begutachtungen und den dadurch initiierten Qualitätsmaßnahmen/-projekten erstellt und veröffentlicht werden.

Damit die qualitätsfördernden Erkenntnisse auch von Leistungserbringern genutzt werden können, bei denen keine Externe Begutachtung erfolgt ist, erscheint es sinnvoll, diesen Bericht nicht nur zu veröffentlichen, sondern die identifizierten qualitätsfördernden Aspekte allen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Dies könnte z.B. durch einen regelmäßig erscheinenden Newsletter geschehen. Inhalte dieses Newsletters wären jeweils ausgewählte Verbesserungspotenziale mit den dazugehörigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung anhand von praxisnahen Beispielen.

8.4. Schritte bis zum Regelbetrieb

Im vorliegenden sektorenübergreifenden QS-Verfahren besteht die Besonderheit, dass alle drei empfohlenen (Erhebungs-)Instrumente (Sozialdaten bei den Krankenkassen, Patientenbefragung, Externe Begutachtung) derzeit noch in keinem Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung umgesetzt bzw. angewandt werden. Im Nachfolgenden wird daher für jedes der (Erhebungs-)Instrumente dargestellt, welche Erprobungsschritte bis zur Umsetzung des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* in den Regelbetrieb notwendig sind und empfohlen werden. Es wird aufgeführt, welche Fragestellung bzw. Zielsetzung mit der Erprobung verbunden ist, welches die notwendigen Voraussetzungen für die Erprobung sind und wie der derzeitige Bearbeitungsstatus ist bzw. welche Regelungen für eine Umsetzung des QS-Verfahrens noch getroffen werden müssen.

8.4.1. Sozialdaten bei den Krankenkassen

Bezüglich der Sozialdaten bei den Krankenkassen sind folgende Schritte/Regelungen bis zum Regelbetrieb notwendig:

Umsetzung der Spezifikationsempfehlungen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen in einer Datenbank

Bis zum Regelbetrieb des QS-Verfahrens ist die technische Umsetzung der vorgeschlagenen themenspezifischen Spezifikation in einer entsprechenden Datenbank vorzunehmen. Derzeit wird die technische Umsetzung auf Basis der Spezifikationsempfehlungen vorbereitet. Die Übersetzung des QS-Filters in den – für die technische Umsetzung der Spezifikation – notwendigen Pseudo-Code wurde im Zuge der Finalisierung des Abschlussberichts erstellt und ist Anhang C zu entnehmen. Derzeit enthält die Spezifikation jedoch noch keine Angaben zu Risikofaktoren. Diese werden im Anschluss an entsprechende Projekte zur Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen (s.u.) ergänzt.

Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen

Für die vorgeschlagenen Indikatoren auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen ist die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen für Patienten mit degenerativen Erkrankungen des Knies sowie für Patienten mit Läsionen des vorderen bzw. hinteren Kreuzbandes vorgesehen. Die dabei zu betrachtenden Endpunkte sind Folgeeingriffe und Komplikationen nach einem arthroskopischen Eingriff. Die im Rahmen der Projekte zur Risikoadjustierung ermittelten relevanten Risikofaktoren werden in der themenspezifischen Spezifikation ergänzt. Voraussetzung für die Entwicklung von entsprechenden Risikomodellen ist der abgenommene Abschlussbericht mit den darin vorgeschlagenen Indikatoren. Ein Projekt zur Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen sollte möglichst frühzeitig nach Abnahme des Abschlussberichtes beauftragt werden, damit die Ergebnisse bereits in das erste Jahr des Regelbetriebes einfließen können.

Schaffung und Erprobung der Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Datenflüsse

Bis zum ersten Regelbetriebsjahr müssen hinsichtlich einer Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen die notwendigen Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Datenflüsse geschaffen bzw. erprobt werden. Dies umfasst:

- die Erstellung von Vorgaben für die technische Beschreibung der Datenanforderungen (Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen)
- die Etablierung einer Datenannahmestelle für Krankenkassendaten
- die Etablierung einer datenannahmestellenübergreifenden, einheitlichen Pseudonymisierung der Leistungserbringer
- die Erprobung der Datenflüsse für die Sozialdaten bei den Krankenkassen:
Vor Beginn des Regelbetriebs ist ein mindestens einmaliger, für alle Krankenkassen verpflichtender Probebetrieb durchzuführen, in dem die Datenflüsse von den Krankenkassen über die Datenannahmestelle und die Vertrauensstelle bis zur Bundesauswertungsstelle überprüft werden. Nach aktueller Zeitplanung ist hiermit im vierten Quartal 2015 zu rechnen. Basis dieses Probebetriebs wird jedoch nicht die themenspezifische Spezifikation des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* sein, sondern die Spezifikation des QS-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*.
- Validierung der Plausibilitätsregeln für den Datenfluss der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die datenflusstechnischen und strukturellen Voraussetzungen für einen Regelbetrieb mit Sozialdaten bei den Krankenkassen werden in verschiedenen, separaten Projekten geschaffen. So wurde/wird der Bericht über die allgemeinen Vorgaben für die technische Beschreibung der Datenanforderung für die Sozialdaten bei den Krankenkassen im Dezember 2013 bzw. März 2014 an den G-BA übergeben. Die weiteren Aspekte werden derzeit im G-BA beraten. Die erste themenspezifische Bestimmung zum QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* sollte die genannten Regelungen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen umfassen.

8.4.2. Patientenbefragung

Im Hinblick auf die Patientenbefragung sind folgende Schritte bis zur Umsetzung des QS-Verfahrens im Regelbetrieb erforderlich:

Statistische und psychometrische Validierung des Patientenfragebogens

Auf Basis der abgestimmten Indikatoren zur Patientenbefragung sowie des entwickelten Fragebogenentwurfes wird eine statistische und psychometrische Validierung des Fragebogenentwurfes erfolgen. Dieser Fragebogenentwurf wurde noch um Fragen zum Shared Decision Making ergänzt. Auch für diese Fragen soll überprüft werden, ob eine sinnvolle Abbildung eines Indikators möglich ist. Die Validierungsstudie wurde separat durch den G-BA beauftragt und befindet sich derzeit in Bearbeitung. Die Ergebnisse werden im Vorbericht (Februar 2015) bzw. nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens im Abschlussbericht (Juni 2015) dargestellt.

Schaffung von Rahmenbedingungen zur regelhaften Umsetzung von Patientenbefragungen

Für die regelhafte Umsetzung von Patientenbefragungen müssen noch grundlegende strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden. Es sind die Wege des Datenflusses sowie damit verbundener datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu klären. Darüber hinaus ist noch zu definieren, auf welche Art eine Zufallsstichprobenziehung von Patienten erfolgen soll und wer den Versand der Patientenfragebögen übernimmt. Ein entsprechendes Umsetzungskonzept sowie die datenschutzrechtlichen Prüfungen sind die Voraussetzungen für eine regelhafte Umsetzung der Patientenbefragung. Diese Aspekte werden gegenwärtig in den Gremien des G-BA beraten. Die themenspezifische Bestimmung zur Arthroskopie am Kniegelenk (Mitte 2016) sollte die Regelungen zur Umsetzung der Patientenbefragung umfassen. Ggf. notwendige Strukturen müssten dann ab Anfang 2017 etabliert sein (Tabelle 39).

8.4.3. Externe Begutachtung

Vor dem Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* sollte zudem für die Externe Begutachtung eine Machbarkeitsprüfung durchgeführt werden, für die ein Anschlussauftrag empfohlen wird.

Machbarkeitsprüfung zur weiteren Umsetzung der Externen Begutachtung

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung sollten folgende Aspekte geprüft bzw. weiter ausgearbeitet werden:

- Ausarbeitung eines Schulungskonzeptes für die externen Begutachter.
- Prüfung der Fallauswahl für die pseudonymisierte Aktenprüfung nach vorgegeben Kriterien.
- Prüfung des bislang definierten Umfangs der Auszüge aus den pseudonymisierten Akten im Hinblick auf die Möglichkeit, qualitätsfördernde Maßnahmen abzuleiten.
- Erprobung der Ablauforganisation einer Externen Begutachtung unter Einbeziehung der LAG.
- Prüfung des vorgeschlagenen Umsetzungskonzeptes unter Berücksichtigung der bestehenden Strukturen (Stichprobenprüfung der KV nach § 136 Abs. 2 SGB V sowie Peer-Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin e.V.): Wie kann der Übergang von der Stichprobenprüfung der KV (nach § 136 Abs. 2 SGB V) zur Externen Begutachtung gestaltet werden? Darüber hinaus sollten Vertreter der bestehenden Qualitätsprojekte in die Ausgestaltung der praktischen Umsetzung der Externen Begutachtung einbezogen werden.

Voraussetzung für die Machbarkeitsprüfung ist die Abnahme des Grundkonzeptes zur Externen Begutachtung mit dem Abschlussbericht. Auf Basis des Abschlussberichtes können weiteren Beratungen und Abstimmungen mit dem G-BA erfolgen. Ziel sollte sein, die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung bis Mitte 2017 in die themenspezifische Bestimmung für das Erfassungsjahr 2018 aufzunehmen, damit auf Basis der Daten (Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung) des zweiten Regelbetriebsjahres dann die erste regelhafte Externe Begutachtung durchgeführt werden kann.

8.4.4. Offene Regelungsbereiche und Zeitplan

Aus Sicht des AQUA-Instituts bestehen folgende offene Regelungsbereiche:

- In den Sozialdaten bei den Krankenkassen ist derzeit sowohl stationär als auch ambulant keine Fallnummer verfügbar, daher können auch für die Externe Begutachtung nicht gezielt jene Fälle ausgewählt werden, die

zur rechnerischen Auffälligkeit geführt haben. Das AQUA-Institut bittet daher den G-BA zu prüfen, ob die Angabe der Fallnummern, die grundsätzlich bereits im §301 Datensatz vorgesehen ist, für die stationären Behandlungen gefordert werden kann und inwieweit eine ähnliche Regelung auch für ambulante Behandlungen geschaffen werden kann. Solange dies nicht möglich ist, muss sich die Auswahl der Fälle für die Externe Begutachtung auf allgemeine Fallkriterien beschränken, die u.U. nicht ausreichend spezifisch sind.

- Um Doppelaufwände durch den parallelen Einsatz von Instrumenten zu vermeiden, sollte geprüft werden, ob die aktuelle Stichprobenprüfung der KV nach § 136 Abs. 2 SGB V in das Instrument der Externen Begutachtung integriert werden kann. Hierfür ist zu regeln, wie das Ergebnis der Fallprüfung im Rahmen der Externen Begutachtung an die KV weitergeleitet wird und als Grundlage für strukturelle, juristizable Entscheidungen (bis zur Möglichkeit des Widerrufs der Genehmigung durch die KV nach G-BA Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung §4 (3) 4.) dienen kann.
- Ab dem Erfassungsjahr 2014 wird die externe stationäre Qualitätssicherung standortbezogen ausgewertet. Diese Richtlinienvorgabe soll in die Qesü-RL übernommen werden. Zurzeit liegen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen aber keine Standortangaben vor. Das AQUA-Institut bittet daher den G-BA, eine Integration der Standortdaten in den §301-Datensatz zu beantragen.
- Gemäß § 18 Absatz 1 der Qesü-RL leitet die Auswertungsstelle die erstellten Rückmeldeberichte so an die Datenannahmestellen weiter, dass diese (KV, KZV) keine Möglichkeit zur Einsichtnahme haben. Wenn die Auswertungen ausschließlich mit Sozialdaten bei den Krankenkassen durchgeführt werden, gibt es noch keine aufwandsarme Möglichkeit von den Leistungserbringern ein Passwort für die Verschlüsselung der Berichte zu erhalten. Hierzu müsste innerhalb des G-BA (z.B. im Fachausschuss IT-QS) nach Lösungen gesucht werden.
- Die Auslösung der Qualitätssicherung und die Berechnung der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen können bei Patienten, die im Rahmen von Selektivverträgen behandelt werden, die die Krankenkassen mit Leistungserbringern schließen, nur dann erfolgen, wenn die QS-relevanten Informationen (insbesondere auch Datumsangaben) analog den kollektivvertraglichen Datenspezifikationen (OPS-/ICD-Kodes/...) vorliegen. Dies ist gegenwärtig häufig nicht der Fall. Das AQUA-Institut bittet daher den G-BA zu prüfen, ob diese für die Qualitätssicherung notwendigen Mindestanforderungen an die Übermittlung von Daten im Rahmen der Selektivverträge in einer Richtlinie themenübergreifend sichergestellt werden können.

Unter Berücksichtigung der notwendigen Erprobungen zu den Erhebungsinstrumenten kann der folgende Zeitplan bis zur vollständigen Umsetzung des Regelbetriebs entworfen werden. Dieser soll als Grundlage für die weiteren Beratungen zur Implementierung des QS-Verfahrens im G-BA dienen.

Qualitätsindex-ASK

Der Qualitätsindex kann erstmals – auf Basis der Indikatoren mit einem Follow-up ≤ 90 Tage aus dem Erfassungsjahr 2016– 2018 berechnet werden. Die erste vollständige Berechnung des Qualitätsindex-ASK, auf Grundlage aller Indikatoren (Sozialdaten bei den Krankenkassen (FU bis 90 Tage und über 90 Tage) sowie Patientenbefragung) aus dem empfohlenen ersten Regelbetriebsjahr (2016), kann 2019 erfolgen, denn 2019 liegen erstmals die Daten zu allen Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen komplett vor. Das 1-Jahres-Follow-up für die Indexleistung aus dem Erfassungsjahr 2016 ist vollständig abgeschlossen und zudem können die Indikatoren mit bereits abgeschlossenem Follow-up aus dem Erfassungsjahr 2017 (Indikatoren mit einem Follow-up ≤ 90 Tage) in die Berechnung einbezogen werden. Darüber hinaus liegen die Daten aus der Patientenbefragung aus dem Erfassungsjahr 2017 vor und können ebenfalls in die Berechnung des Qualitätsindex einfließen. Auf Basis der Ergebnisse dieser ersten kompletten Indexberechnung kann anschließend die Externe Begutachtung durchgeführt werden. Zusätzlich sollte eine vergleichende Evaluierung der Indexberechnung in einer Stichprobe der 5 % besten Einrichtungen im Index sowie der 5 % schlechtesten im Index durchgeführt werden.

Externe Begutachtung

Für 2019 wird ebenfalls die erste Durchführung der Externen Begutachtung im Regelbetrieb des QS-Verfahrens vorgesehen. Auf Basis der Ergebnisse der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (2016/17), der Patientenbefragung (2017) und des daraus berechneten Qualitätsindex-ASK, kann erstmals eine regelhafte Externe Begutachtung durchgeführt werden.

Rückmeldeberichte

Ein erster Rückmeldebericht (§ 18 Qesü-RL) zum Erfassungsjahr 2016 – mit den Ergebnissen der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (FU bis 90 Tage) inklusive Risikoadjustierung und Qualitätsindex-ASK (ausschließlich auf Basis der QI mit FU ≤ 90 Tage) – kann erstmals 2018 an die Leistungserbringer zurückgespiegelt werden.

Bei der Annahme von vierteljährlichen Auswertungen – vor dem Hintergrund der Maßgabe einer frühzeitige Rückspiegelung der Daten umgehend nach Verfügbarkeit in der BAS – ergibt sich für die Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (mit einem Follow-up ≤ 90 Tage) folgender Zeitplan (siehe Abbildung 9):

- Die erste Datenlieferung (DL) der Krankenkassen an die BAS zum 1. Quartal des Erfassungsjahres 2016 kann für die Indikatoren mit einem Follow-up ≤ 90 Tage aufgrund der zeitlichen Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen frühestens bei der zweiten Quartalslieferung (1. Juni bis 15. Juni 2017) erfolgen. Ein erster Zwischenbericht (ZB) an die Leistungserbringer (nicht risikoadjustierte Rohdaten) kann somit erstmals am 1. Oktober 2017 zurückgespiegelt werden. Auf Grundlage dieses ersten Zwischenberichts ist auch die Erprobung der Datenwege (Datenrückfluss von der BAS über die Datenannahmestelle zu den LAG bis hin zum Leistungserbringer) möglich. Voraussetzung hierfür ist die Schaffung der entsprechenden Strukturen auf Landesebene (LAG).
- Ein zweiter Zwischenbericht – zu den Daten der ersten beiden Quartale des Erfassungsjahres 2016 – kann dann am 1. Januar 2018 (Datenlieferung der Krankenkassen 1. September bis 15. September 2017) an die Leistungserbringer zurückgespiegelt werden.
- Ein dritter Zwischenbericht – zu den Daten der ersten drei Quartale des Erfassungsjahres 2016 – kann am 1. April 2018 (Datenlieferung der Krankenkassen 1. Dezember bis 15. Dezember 2017) an die Leistungserbringer zurückgespiegelt werden.
- Ein erster Rückmeldebericht, mit den vollständigen Ergebnisse der Indikatoren mit einem Follow-up ≤ 90 Tage für das gesamte Erfassungsjahr 2016 (risikoadjustiert) kann schließlich am 15. Juni 2018 zurückgespiegelt werden.

Die Indikatoren mit einem FU > 90 Tage aus dem Erfassungsjahr 2016 gehen in den Qualitätsindex-ASK zum Erfassungsjahr 2017 ein (Tabelle 38) und werden in den Zwischenberichten gemeinsam mit den Indikatoren mit einem Follow-up bis 90 Tage aus dem Erfassungsjahr 2017 dargestellt. Die ersten Daten zum 1. Quartal des Erfassungsjahres 2016 zu den Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum > 90 Tage bis zu 1 Jahr stehen erstmals im ersten Lieferquartal 2018 (1. März bis 15. März 2018) zur Verfügung. Eine Rückspiegelung dieser Ergebnisse wäre somit bereits im Rückmeldebericht am 15. Juni 2018 möglich. Das AQUA-Institut empfiehlt jedoch – vor dem Hintergrund der Verständlichkeit und der Verringerung der Komplexität der Rückmeldeberichte – in den Rückmeldeberichten ausschließlich die vollständigen Jahresergebnisse der Indikatoren aber keine Zwischenergebnisse zu berichten. Daher wird als erster Zwischenbericht für die Indikatoren mit einem FU bis zu einem Jahr der 1. Oktober 2018 vorgesehen, in dem über die Indikatoren aus den ersten beiden Quartalen des Erfassungsjahres 2016 berichtet wird. Daran anschließend wird ein zweiter Zwischenbericht am 1. Januar 2019 (erste drei Quartale des Erfassungsjahres 2016) erstellt werden. Der dritte Zwischenbericht (alle vier Quartale des Erfassungsjahres 2016) wird zum 1. April 2019 erstellt. Die Jahresergebnisse dieser Indikatoren gehen schließlich in die Berechnung des Qualitätsindex-ASK zum Erfassungsjahr 2017 ein, die im Rückmeldebericht am 15. Juni 2019 dargestellt wird.

Der erste vollständige Rückmeldebericht (§ 18 Qesü-RL) mit der Berechnung des Qualitätsindex-ASK – auf Basis aller Indikatoren (FU bis 90 Tage und über 90 Tage) – wird am 15. Juni 2019 vorgelegt. Damit ist das komplette Berichtsformat, wie es in den Spalten 2 und 3 der Tabelle 38 dargestellt wird, erreicht.

Im Nachfolgenden wird der mögliche Zeitplan bis zur regelhaften Umsetzung des QS-Verfahrens *Arthroskopie am Kniegelenk* überblicksartig dargestellt (Tabelle 39 und Abbildung 9).

Tabelle 39: Möglicher Zeitplan bis zur regelhaften Umsetzung des QS-Verfahrens

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Projekte/ Handlungsfelder	Abschlussbericht (Juli)	Abschlussbericht PB (Juni)	1. Jahr des Regelbetriebs	2. Jahr des Regelbetriebs	3. Jahr des Regelbetriebs	4. Jahr des Regelbetriebs	5. Jahr des Regelbetriebs
Sozialdaten bei den Kranken- kassen (SozD)			Erfassungsjahr 2016 (EJ)	Kompletter Export bei Follow-up (FU) ≤90 Tage (EJ+1)	Berichtsjahr bei FU ≤90 Tage (EJ+2)		
				Kompletter FU bei FU > 90 Tage bis 1 Jahr (EJ+1)	Kompletter Export bei FU > 90 Tage bis 1 Jahr (EJ+2)	Berichtsjahr bei FU > 90 Tage bis 1 Jahr (EJ+3)	
			Erfassungsjahr 2017 (EJ)	Kompletter Export bei FU ≤90 Tage (EJ+1)	Berichtsjahr bei FU ≤90 Tage (EJ+2)		
				Kompletter FU bei FU > 90 Tage bis 1 Jahr (EJ+1)	Kompletter Export bei FU > 90 Tage bis 1 Jahr (EJ+2)	Berichtsjahr bei FU > 90 Tage bis 1 Jahr (EJ+3)	
Risikoadjustierung (RA)		Entwicklung von Risikoadjustie- rungsmodellen SozD			Adjustierung der Risikogewichte anhand der SozD von EJ 2016 für QI mit FU ≤ 90 Tage)	Adjustierung der Risikogewichte anhand der SozD von EJ 2016 für QI mit FU > 90 Tage bis 1 Jahr)	
Patientenbefra- gung (PB)	Statistische und psychometrische Validie- rung des Patientenfragebogens <i>Arthrosko- pie am Kniegelenk</i> (Beginn: 04/14, Ende: 06/15)						
	Umsetzungskonzept für die Patientenbefra- gung, inkl. Regelungen für die themenspezi- fische Bestimmung (Beratungen im G-BA)		Ggf. Schaffung der Strukturen für die Patientenbefragung		Patientenbefra- gung (EJ 2017)		Berichtsjahr PB EJ 2017

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Qualitätsindex-ASK					Berechnung des Index zum EJ 2016 auf Basis der SozD 2016 (ausschließlich QI mit FU ≤ 90 Tage)	Berechnung des Index zum EJ 2017 auf Basis der SozD 2016 (QI mit FU > 90 Tage bis 1 Jahr) und 2017 (QI mit FU ≤ 90 Tage) und der PB (EJ 2017) mit anschließender Evaluation	Berechnung des Index zum EJ 2018 auf Basis der SozD 2017 (QI mit FU > 90 Tage bis 1 Jahr) und 2018 (QI mit FU ≤ 90 Tage) und der PB (EJ 2018)
Externe Begutachtung (EB)			Machbarkeitsprüfung zur weiteren Umsetzung der Externen Begutachtung			Externe Begutachtung auf Basis von SozD und PB (EJ 2016/17)	Externe Begutachtung auf Basis von SozD und PB (EJ 2017/18)
Themenspezifische Bestimmung (TB)		1. TB ASK für EJ 2016, inkl. der RA der SozD	2. TB ASK für EJ 2017, inkl. der RA der SozD + PB	3. TB ASK für EJ 2018	4. TB ASK für EJ 2019: Ergänzung zu EB		
Rückmeldeberichte (siehe Abbildung 9)					Rückmeldeberichte an die LE (risikoadjustierte SozD), für QI mit FU ≤ 90 Tage aus EJ 2016 und Qualitätsindex-ASK zum EJ 2016	Rückmeldebericht an die LE (risikoadjustierte SozD 2016 (QI mit FU > 90 Tage bis 1 Jahr) bzw. 2017 (QI mit FU ≤ 90 Tage) und der PB 2017+ Qualitätsindex-ASK zum EJ 2017)	Rückmeldebericht an die LE (risikoadjustierte SozD 2017 (QI mit FU > 90 Tage bis 1 Jahr) bzw. 2018 (QI mit FU ≤ 90 Tage) und der PB 2018 + Qualitätsindex-ASK zum EJ 2018)

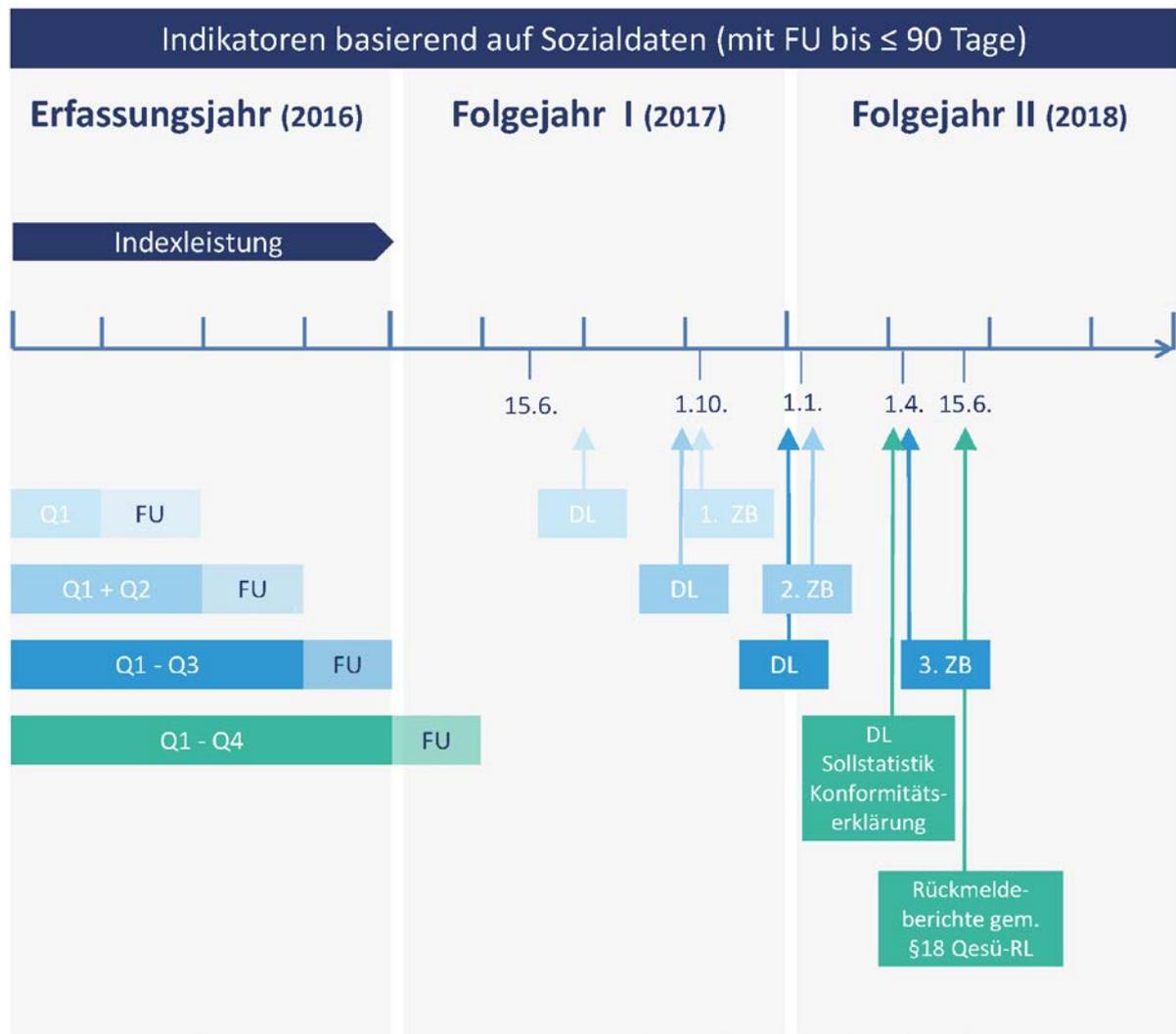


Abbildung 9: Exemplarische Darstellung der Zeitpunkte der Datenlieferung sowie der möglichen Berichterstellung für die Indikatoren mit einem FU ≤ 90 Tage

9. Fazit

Der vorliegende Entwicklungsbericht zum sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Arthroskopie am Kniegelenk* schließt an den gleichnamigen Abschlussbericht zur *Arthroskopie am Kniegelenk 2011* an. Im Abschlussbericht waren hinsichtlich der Umsetzung des vorgeschlagenen Indikatorensets relevante Einschränkungen aufgezeigt worden. Es wurde u.a. darauf hingewiesen, dass die betroffenen Leistungserbringer durch die vorgesehene fallbezogene QS-Dokumentation einer enormen Dokumentationslast ausgesetzt würden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass ein wesentlicher Aspekt des QS-Verfahrens, die Abbildung der Indikationsqualität, über die vorgesehenen Erhebungsinstrumente nur eingeschränkt möglich ist. Daraufhin wurde eine neue Entwicklung des QS-Verfahrens unter Berücksichtigung der nun zur Verfügung stehenden Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie einer Patientenbefragung vom G-BA beauftragt.

Mit dem vorliegenden QS-Verfahren wurde zum ersten Mal ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren entwickelt, das ausschließlich die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer bzw. die Angaben von Patienten zur Abbildung der Prozess- und Ergebnisqualität nutzt und keinerlei zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die ambulanten und stationären Leistungserbringer verursacht.

Eine weitere Besonderheit des entwickelten QS-Verfahrens besteht in der Herausforderung, dass alle drei durch den G-BA-Auftrag vorgegebenen (Erhebungs-)Instrumente, in der gesetzlichen Qualitätssicherung derzeit noch nicht regelhaft eingesetzt werden. Für die Erhebungsinstrumente „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ sowie „Patientenbefragung“ werden derzeit abschließende Entwicklungen und umfassende Erprobungen im Rahmen anderer themenspezifischer Aufträge durchgeführt. Das Instrument „Externe Begutachtung“ wurde im Rahmen dieser Verfahrensentwicklung völlig neu konzipiert und bedarf anschließend einer umfassenden Erprobung, bevor es im Regelbetrieb zur Anwendung kommen kann.

Neu bei diesem QS-Verfahren ist zudem, dass alle Indikatoren – sowohl aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen als auch aus der Patientenbefragung – in einem Gesamtindex zusammengefasst werden. Dieser Index ist so konstruiert, dass seine Aussagekraft statistisch robuster ist, als die einzelnen Indikatoren. Er dient als Grundlage, um diejenigen Leistungserbringer zu identifizieren, die im Rahmen der Externen Begutachtung weiter betrachtet werden sollen.

Durch die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen kann ein QS-Verfahren etabliert werden, bei dem – im Vergleich zu vorherigen QS-Verfahren – die für die Abbildung der Indikatoren benötigten Daten erfasst werden können, ohne einen Aufwand bei den Leistungserbringern zu verursachen. Gleichzeitig können hierdurch sektorenübergreifende Follow-up-Erhebungen verwirklicht werden. Der Schwerpunkt des vorliegenden QS-Verfahrens liegt in der sektorenübergreifenden Darstellung und Bewertung der Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität (Patienten-relevante Outcomes), erstmals in Kombination mit einem Instrument zur Qualitätsförderung und -verbesserung.

Bezüglich der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen muss an dieser Stelle einschränkend darauf hingewiesen werden, dass der üblicherweise angewendete Zielparameter zur Auswertung von Routinedaten, die Mortalität, bei der Arthroskopie am Kniegelenk keine Rolle spielt. Auch lassen sich Fragen der Indikationsstellung durch OPS- und ICD-Kodierungen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nur eingeschränkt abbilden. Hinzu kommt, dass bislang noch keine deutsche Leitlinie vorliegt, die die Indikationskriterien evidenzbasiert festlegt. Das QS-Verfahren fokussiert daher auf Follow-up-Ergebnissen (z.B. häufiges Auftreten von Wiederholungsarthroskopien, von Folge-Knie-Endoprothesen oder von Komplikationen) und führt diese auf eine Mischung aus Indikationsstellung und Prozessqualität des Eingriffs zurück. Hierfür ist eine angemessene Risikoadjustierung für alle relevanten patienten- und krankheitsbezogenen Einflussfaktoren unbedingt erforderlich, die auch ausschließlich aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen abgeleitet werden müssen.

Für alle für das QS-Verfahren vorgeschlagenen Indikatoren ist ein Follow-up vorgesehen. Vor allem bei den Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen hat dies Auswirkungen auf die Auswertung der Ergebnisse und deren Rückmeldung an die Leistungserbringer. Verzögerungen sind einerseits auf die Länge des

Follow-up-Zeitraums und andererseits auf das Zeitintervall, bis die Daten bei den Krankenkassen und anschließend bei der Bundesauswertungsstelle vorliegen, zurückzuführen. Über die Daten eines Erfassungsjahres kann demnach erst zwei Jahre später berichtet werden.

Neben den Sozialdaten bei den Krankenkassen stellt die Patientenbefragung einen wesentlichen Bestandteil des Verfahrenskonzepts dar. Es werden viele relevante Qualitätsaspekte erfasst die sich fast ausschließlich über eine Patientenbefragung und nur schlecht oder gar nicht über andere Erhebungsinstrumente erschließen lassen. Über die Patientenbefragung werden insbesondere Aspekte der Aufklärung, der Veränderung von kniebezogenen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen erfasst. Die Patientenbefragung bedient sich dabei einer quasi-indirekten Methode, die noch in einer Validierungsstudie in 2014 überprüft werden wird. Es ist vorgesehen, mit der Patientenbefragung alle Leistungserbringer zu erfassen, sich hinsichtlich der Patienten aber auf eine repräsentative Stichprobe zu beschränken.

Mit dem neuen Instrument „Externe Begutachtung“ sollen relevante medizinische Aspekte (v.a. zur Indikations- und Prozessqualität), die nicht ausreichend durch Qualitätsindikatoren über die Sozialdaten bei den Krankenkassen oder über die Patientenbefragung abgebildet werden können, auf Basis der ärztlichen Primärdokumentation (z.B. Operationsberichte, Originalbefunde, Operationsbilder) stichprobenartig analysiert werden. Ein weiteres Ziel der Externen Begutachtung besteht in der Qualitätsförderung. Die Externe Begutachtung wird nicht durch einzelne Indikatorergebnisse ausgelöst, sondern durch einen Qualitätsindex, der die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren zu einer einzelnen Maßzahl zusammenfasst.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass mit den vorliegenden Ergebnissen Grundlagen für ein QS-Verfahren entwickelt wurden, das Dokumentationsaufwände auf Seiten der Leistungserbringer sehr gering hält. Stattdessen sollen mehr Ressourcen für eine intensive Arbeit mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren verwendet werden, um eine Qualitätsförderung zu initiieren. In diesem Sinne greifen die Ergebnisse eine oft genannte Kritik an der Qualitätssicherung insgesamt auf, dass zu viel Aufwand in die Erhebung von Daten gehe und zu wenig mit den Ergebnissen gearbeitet werde. Ob die vorgeschlagene Vorgehensweise erfolgreich sein wird, muss sich in Erprobungs- und Evaluierungsphasen zeigen.

Glossar

Begriff	Beschreibung
AOP-Vertrag	Vertrag nach §115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus. Der AOP-Vertrag wurde geschlossen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Vertrag zielt darauf ab, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Auffälligkeitskriterium	Rechnerisches Kriterium der Statistischen Basisprüfung in der Datenvalidierung, das eine Auffälligkeit anzeigt. Es gibt Kriterien zur Vollzähligkeit sowie zur Plausibilität und Vollständigkeit.
Auslösekriterien	Algorithmus zur Auslösung der Dokumentationspflicht (QS-Filter).
Berichtsjahr	Das Berichtsjahr bezeichnet das Jahr, in dem die Rückmeldeberichte für einen definierten Erfassungszeitraum erstellt und den Leistungserbringern bereitgestellt werden.
Bundesauswertungsstelle	Vom G-BA nach §137a SGB V bestimmte Stelle zur Auswertung der QS-Daten auf Bundesebene.
Bundesqualitätsbericht	Jährlicher Bericht der Institution nach §137a SGB V an den G-BA (§20 Qesü-RL). In diesem werden die Ergebnisse der Bundesauswertung sowie der Qualitätssicherungsberichte sowie die durch die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst.
Daten	
~annahmestellen	Stellen, an die die für die Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen bzw. verwendeten Daten übermittelt werden.
~bestand	Daten aus einem nach SGB V geregelten Abrechnungskontext, die nach §299 Abs. 1 SGB V für die Qualitätssicherung genutzt werden können.
~feld	Kleinste Einheit eines Dokumentationsbogens oder eines Datensatzes.
~fluss	Übermittlungsweg, der für die Zwecke der QS erhobenen oder verwendeten Daten in einem festgelegten Format und Inhalt. Die Datenflüsse sind grundsätzlich in den entsprechenden Richtlinien des G-BA geregelt. Einzelheiten des Datenflusses werden verfahrensspezifisch, in den sogenannten themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.
~quelle	hier: Der Ursprungsort, an dem Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erhoben werden, z.B. medizinische Dokumentation der Leistungserbringer, Strukturinformationen von Einrichtungen, Patientenangaben usw.
~satz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Débridement	Entfernung von störenden oder erkrankten Gewebeanteilen.

Begriff	Beschreibung
Diskriminationsfähigkeit	(Statistische) Unterscheidungsfähigkeit. Aussagekraft von Daten hinsichtlich tatsächlich bestehender Unterschiede
DRG	engl.: Diagnosis Related Groups. Diagnosebezogene Fallgruppen zur pauschalierten Abrechnung stationärer Behandlungsfälle. Wesentliche Grundlage für die Ermittlung einer DRG, das sogenannte Grouping, sind Diagnosen- (ICD) und Prozeduren-Kodes (OPS).
Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung	hier: Kategorie für die Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Panelverfahrens. Die Kategorie „Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ umfasst Gütekriterien zur Eignung eines Qualitätsindikators, ausreichend faire und verständliche Qualitätsvergleiche zwischen einzelnen Einrichtungen zu ermöglichen, um die Ergebnisse der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Vergütungssystem für die Abrechnung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich.
Endpunkte	Vorab definierte Ziele einer Behandlung.
patientenrelevante ~	Endpunkte einer Behandlung, die aus Sicht der Patienten wesentlich sind.
Erfassungsjahr	Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Erhebungsinstrument	Spezifizierung der Art und Weise der Erhebung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiele: Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation), Fragebögen zur Datenerhebung bei Patienten, technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z.B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen).
Evidenz	Im Zusammenhang mit der sogenannten evidenzbasierten Medizin: empirisch nachweisbar/beweisbar.
Exzision	Chirurgische Entfernung von Gewebe aus dem Körper.
Fallzahl-Prävalenz-Problem	Wenn die Anzahl von Patienten (Fallzahl) mit bestimmten Behandlungen in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis gering ist, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass ein gemessenes seltenes Ereignis (z.B. Komplikationen) nur zufällig aufgetreten ist. Geringe Fallzahlen und selten auftretende Ereignisse erschweren statistisch zuverlässige Aussagen über die Behandlungsqualität.
Fokusgruppe	Qualitatives Erhebungsinstrument. Moderiertes Diskursverfahren, in dem eine Kleingruppe zur Diskussion über ein vorgegebenes Thema angeregt wird. In der Qualitätssicherung wird dieses Verfahren zur Einbindung von Patienten genutzt, um spezielle Versorgungsaspekte und ggf. -defizite identifizieren zu können, die nur unter Einbeziehung der Patientenperspektive erhoben und bewertet werden können.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistung, die nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Fragenblock	Zusammenfassung mehrerer Fragen/Items
Gebührenordnungsposition (GOP)	Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der ambulanten Leistungsabrechnung.

Begriff	Beschreibung
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Mio. Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.
Giving-Way-Phänomen	Weggleiten bzw. Wegknicken des Kniegelenks schon bei geringfügiger, normaler Belastung.
Gültigkeitsjahr	Jahr, für das eine themenspezifische Spezifikation gültig ist.
Health Technology Assessment (HTA)	Systematische und mit hohen methodischen Standards durchgeführte umfassende Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel sowie auch der organisatorischen Strukturen und des gesellschaftspolitischen Umfeldes, in denen sie eingesetzt werden.
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und periodisch überarbeitet.
Index	hier: Fasst mehrere Indikatoren in einer Maßzahl zusammen.
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Indexeingriff	Siehe: Indexleistung
Indikation	Medizinischer Begriff, der die Angemessenheit bzw. die Notwendigkeit einer bestimmten Behandlung begründet.
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d. h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Ergebnis~	Bildet die Qualität eines Behandlungsergebnisses ab bzw. bewertet diese. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis festgestellt wird.
Prozess~	Bildet die Qualität eines Versorgungsprozesses ab bzw. bewertet diese. Er erfasst für wichtige Behandlungsschritte (als Teile des Versorgungsprozesses), ob und in welcher Qualität diese durchgeführt werden.
Struktur~	Bildet die Qualität einer Versorgungsstruktur ab bzw. bewertet diese. Er bezieht sich auf sachliche Voraussetzungen der Leistungserbringung, die Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Dazu können bauliche Gegebenheiten genauso wie die apparative und personelle Ausstattung gehören.
Institutskennzeichen	Wird gemäß §293 SGB V bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet.
Instrument	Hilfsmittel, mit dem auf Daten bzw. Datenquellen zugegriffen werden kann. In einem weitergehenden Verständnis beschreibt ein Instrument im Bereich der Qualitätsförderung eine Methode bzw. ein Werkzeug, das mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität eingesetzt wird.

Begriff	Beschreibung
Interessenkonflikt	auch: Conflict of Interest. Bezeichnet das Risiko, dass ein professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird.
Inzidenz	In einem bestimmten Zeitraum neu aufgetretene Anzahl an Krankheitsfällen in einer definierten Population. (Eigentlich: Inzidenzrate)
Item	Grundelement eines Fragebogens (Frage-Antwort-Kombination)
Klarheit/Verständlichkeit	hier: Kategorie für die Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Panelverfahrens. Die Kategorie Klarheit/Verständlichkeit umfasst Gütekriterien zum sprachlich/logischen Aufbau des Indikators.
Kognitive Pretests	auch: Vortest. Werden in der Entwicklungsphase eines Fragebogens durchgeführt, um Einblick in Prozesse des Verstehens zu bekommen, die beim Beantworten von Fragen ablaufen. Es gilt zu klären, welche potenziellen Probleme bei jeder einzelnen Frage auftreten könnten, wie Befragte Fragen oder Begriffe interpretieren und verstehen, Informationen und Erinnerungen abrufen, Entscheidungen darüber treffen, wie sie antworten und ob die zur Verfügung stehenden Antwortkategorien zutreffen. Das Ziel dabei besteht darin, durch diese Informationen Hinweise auf unterschiedlichste Verständnisprobleme zu erhalten.
Kollektivvertrag	hier: Umfasst vertragliche Vereinbarungen, die für alle Vertragsärzte und die gesetzlichen Krankenkassen der GKV Geltung haben.
Komorbidität	Begleiterkrankung im Rahmen einer definierten Grunderkrankung.
Landesarbeitsgemeinschaft (LAG)	Auf Ebene der Bundesländer oder bundeslandübergreifend von der jeweiligen KV, KZV, LKG und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft, die bei länderbezogenen Verfahren unter anderem Auswertungen beauftragt, Auffälligkeiten bewertet und QS-Maßnahmen durchführt.
Lavage	Gelenkspülung; gründliche Spülung des Gelenks mit physiologischer Kochsalzlösung, durch die frei im Gelenk liegende Partikel wie Knorpelreste, freie Gelenkinnenhaut, Zellreste und Kalziumkristalle aus dem Gelenk ausgespült werden sollen.
Leistungsbereich	hier: Leistungsbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung (auch: QS-Verfahren). Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Leitlinie	hier: Medizinische Leitlinie. Systematisch entwickelte Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bezüglich einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat mittlerweile ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung des Entwicklungsstands und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Machbarkeitsprüfung	Überprüfung, ob ein QS-Verfahren oder (Erhebungs-)Instrument funktionsfähig und praktikabel ist.
Mortalität	Sterblichkeit(-srate). Die Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine demografisch definierte Gruppe; meist auf einen Zeitraum bezogen.

Begriff	Beschreibung
Multimorbidität	Gleichzeitiges Bestehen mehrere Krankheiten bei einem Patienten.
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10 % kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos und wird mit zwei Nachkommastellen angegeben.
Operationen- und Prozedurenschlüssel	Kodierungssystem für medizinische Leistungen bzw. verbindlicher Abrechnungsschlüssel zwischen medizinischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Gesetzliche Krankenkassen).
Orthopäde	Umfasst die Weiterbildungsbezeichnungen „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“ sowie „Facharzt für Orthopädie“.
Outcome	Ergebnis einer medizinischen Behandlung
Patient Reported Outcomes (PRO)	Sammelbegriff für die Einschätzung und Bewertung von medizinischen Behandlungserfolgen aus der Patientenperspektive. PRO werden direkt beim Patienten ermittelt (z.B. durch Fragebogen, Interview).
Panel	siehe: RAM-Panel
Panelverfahren	siehe: RAM-Prozess
Parsing	hier: Einlesen und Interpretieren der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen durch eine Software bei den Krankenkassen.
Patientenorientierung	Qualitätsdimension, in deren Zentrum die Wahrnehmung der spezifischen Interessen und Bedürfnisse erkrankter Menschen und ihres Einbezugs in das Geschehen rund um seine Krankheit steht.
Patientenperspektive	Wahrnehmung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Behandlungsergebnisse, wie sie individuell durch Patienten berichtet wird oder bei Patienten erfragt werden kann.
Patientensicherheit	Abwesenheit/Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer medizinisch-pflegerischen Behandlung.
Patientenvertreter	hier: An der gesetzlichen Qualitätssicherung teilnehmende Personen, die von den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene im Sinne des § 140f SGB V benannt werden.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.
Prävalenz	eigentlich: Prävalenzratio. Der Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl der betrachteten Individuen einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Zähler: Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken; Nenner: Anzahl aller untersuchten Individuen).

Begriff	Beschreibung
Praktikabilität/Umsetzbarkeit	hier: Kategorie für die Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Panelverfahrens. Die Kategorie Praktikabilität umfasst Gütekriterien zur praktischen Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Instrumente zur Abbildung des Qualitätsindikators.
Pridie-Bohrung	Chirurgisches Verfahren zur Behandlung von Knorpeldefekten. Die Pridie-Bohrung gehört zu den markraumeröffnenden Knorpeltechniken.
Pseudonymisierung	Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. (BDSG §3, 6a)
Qesü-RL	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses) nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte Anforderungen erfüllen.
Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Arthroskopie (QBA-RL)	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses) über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach §136 Absatz 2 SGB V
Qualitätsdimension	Bestimmter Aspekt innerhalb der Gesundheitsversorgung, auf den sich eine definierte Qualität bezieht, z.B. Patientensicherheit.
Qualitätsindex-ASK	Gesamtindex aus allen Indikatoren des Verfahrens, um die Indikatorergebnisse in einer Maßzahl zusammenzufassen. Ziel ist es, eine für die Qualitätssicherung aussagekräftige Maßzahl der Indikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erhalten. Zusätzlich zu den Indikatoren aus den Sozialdaten werden auch die aus der Patientenbefragung berücksichtigt.
Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses) zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§135–139 SGB V.
einrichtungsübergreifende ~	Verfahren, die zur Beurteilung der Qualität einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers auf Vergleich mit anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aufbauen (§137a SGB V; §1 Qesü-RL).
externe stationäre ~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
sektorenübergreifende ~	Verfahren, die nicht nur auf einen spezifischen Sektor bezogen Anwendung finden, sondern sektorale Grenzen in den jeweiligen Anforderungen unbeachtet lassen (§137a SGB V; §1 Qesü-RL). Erfasst sind damit insbesondere sektorenüberschreitende und sektorgleiche QS-Verfahren sowie sektorenüberschreitende Follow-up-Verfahren.
Qualitätssicherungsergebnisbericht	Jährlicher Bericht der Landesarbeitsgemeinschaften an die Institution nach §137a SGB V (§19 Qesü-RL). In diesem werden eine qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, Häufigkeit und Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen und Angaben zur Dokumentationsqualität dargestellt.

Begriff	Beschreibung
Qualitätsziel	Definition konkreter Anforderungen an den Inhalt, die Ausführung oder das Ergebnis einer medizinisch-pflegerischen Leistung. Anhand der Indikatorwerte bzw. unter Anlegung der Referenzbereiche lässt sich ermitteln, ob und in welchem Umfang Einrichtungen des Gesundheitswesens die definierten Qualitätsziele erreichen.
QS-Dokumentation	Erhebungen zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung. Dokumentationen durch die Leistungserbringer sind die derzeit wichtigste Datenquelle der Qualitätssicherung. Hinsichtlich des Erhebungsaufwands für die Leistungserbringer kann unterschieden werden zwischen Daten, die bereits in der Einrichtung vorliegen, weil sie auch für andere Zwecke relevant sind (z.B. Abrechnungsdaten) und Daten, die speziell zum Zweck der Qualitätssicherung erhoben werden. Andere Datenquellen sind: Patientenbefragungen, Routinedaten und Selbstauskünfte der Einrichtungen.
fallbezogene ~	hier: Dokumentation der Leistungserbringer der Diagnosen und Prozeduren pro Fall.
QS-Filter	Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien (zumeist Abrechnungsdaten, z.B. §301 Daten) die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
QSKH-RL	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses) gemäß § 137 Abs.1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.
Quasi-indirekte Methode	Methode der Veränderungsmessung bei der Patientenbefragung. In einer retrospektiven Befragung sollen die Patienten ihren erinnerten Gesundheitszustand vor einem Eingriff und ihren aktuellen Gesundheitszustand innerhalb ein und desselben Fragebogens berichten.
RAM-Panel RAM-Prozess	Strukturiertes Auswahl- und Bewertungsverfahren von Indikatoren (RAM-Prozess) durch eine ausgewählte Expertengruppe (RAM-Panel) aus externen Fachexperten und Patientenvertretern. Die Methode ist angelehnt an die Rand Appropriateness Method (RAM) des internationalen Forschungsnetzwerks „Research and Development“ (RAND).
Rechenregeln	Definierte Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Gibt den Bereich eines Indikators für erreichbar gute Qualität an. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im strukturierten Dialog (hier: in der Externen Begutachtung) nach sich. Der Referenzbereich kann auch als „Unauffälligkeitsbereich“ bezeichnet werden.
Regelbetrieb	auch: Routinebetrieb oder Echtbetrieb. Flächendeckende Umsetzung eines QS-Verfahrens nach dem Entwicklungs- und Probestadium.
Relevanz	hier: Kategorie für die Bewertung von Indikatoren im Rahmen des Panelverfahrens. Die Kategorie Relevanz umfasst Gütekriterien zur Beurteilung der Bedeutung des Indikators für Patienten in den Versorgungsprozessen des deutschen Gesundheitssystems.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungsvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einem ähnlichen Patientenkollektiv miteinander verglichen werden.

Begriff	Beschreibung
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 Abs. 1 SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§284 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors).
Rückmeldebericht	Ein gemäß § 18 Qesü-RL erstellter Bericht, der den Leistungserbringern einmal jährlich (15. Juni) von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung gestellt wird.
Sektor	Institutionell, d. h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Selektivvertrag	hier: Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und bestimmten Leistungserbringern, z.B. einzelnen Ärzten. Selektivverträge werden auch als Direktverträge bezeichnet, um zu betonen, dass in diesen Fällen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt sind, sondern der einzelne Arzt direkt mit der Krankenkasse eine Vertragsbeziehung eingeht.
Sensitivität	Eigenschaft eines Verfahrens, möglichst viele der zu erfassenden korrekten (richtig positiven) Ereignisse/Fälle tatsächlich zu erkennen (d. h. möglichst wenig falsch negative Ereignisse/Fälle)
Shared Decision Making	auch: Partizipative oder gemeinsame Entscheidungsfindung. Konzept zur Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung über seine medizinische Behandlung.
Sollstatistik	Angabe der Gesamtanzahl sowie der Anzahl der zu dokumentierenden Fälle eines Krankenhauses pro Leistungsbereich. Die Sollstatistik wird am Ende des Erfassungsjahres gemäß der Spezifikation zum QS-Filter von den Krankenhäusern generiert und durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt. Sie bildet die Basis für die Berechnung der für das Erfassungsjahr zu erwartenden Summe an Datensätzen sowie für die Vollzähligkeitsprüfung im Rahmen der Datenvalidierung.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten die nicht beim Leistungserbringer, sondern indirekt über die Datenquelle der Krankenkassen erhoben werden und zu Qualitätssicherungszwecken genutzt werden können. Hier: Daten gemäß §299 SGB V (Sozialdaten bzw. die über die Krankenkassen erhältlichen Versichertenstammdaten und die Abrechnungsdaten).
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Gesamtheit aller Vorgaben, nach denen die Auslösung einer QS-Dokumentation oder die Selektion der benötigten Daten sowie Datensatzformat und Datenübermittlung erfolgen soll.
Spezifität	Eigenschaft eines Verfahrens, möglichst keine unzutreffenden (falsch-positiven) Ereignisse als richtige Ereignisse zu erfassen (d.h. möglichst wenig falsch positive Ereignisse).
Stichprobe	Teilmenge einer Grundgesamtheit, die unter bestimmten Gesichtspunkten ausgewählt wird, mit dem Zweck, die Grundgesamtheit zu repräsentieren.

Begriff	Beschreibung
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturierte Vorgehensweise, die Krankenhäuser bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL). Abweichend von der Definition in der QSKH-RL bezeichnet der Begriff „Strukturierter Dialog“ in der Qesü-RL nur den Prozessschritt, der dem schriftlichen Teil der Durchführung von QS-Maßnahmen folgt.
Übersichtsarbeit, systematische	auch engl.: Systematic Review. Studie, die sämtliches in der Literatur verfügbare Wissen zu einem bestimmten Thema bündelt und bewertet.
Unfallchirurg	Umfasst die Weiterbildungsbezeichnungen „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“ sowie „Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie“
Validierung	Nachweis der Reproduzierbarkeit eines Ergebnisses aus einer beschriebenen Vorgehensweise unter definierten Bedingungen.
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Inhalts ~	engl.: Content Validity. Teilaspekt der Validität, der die Vollständigkeit der Inhalte eines zu messenden Konstrukts bezeichnet.
Verfahren	siehe: Leistungsbereich
bundesbezogenes~	auch: direktes Verfahren. Medizinische Leistungsbereiche, bei denen die vergleichende Qualitätssicherung aufgrund geringer absoluter Fallzahlen oder der kleinen Anzahl durchführender Einrichtungen direkt auf Bundesebene durchgeführt wird. Dies betrifft derzeit vor allem einige herzchirurgische Eingriffe und weite Teile der Transplantationsmedizin.
länderbezogenes~	auch: indirektes Verfahren. Medizinische Leistungsbereiche, bei denen die Qualitätssicherung indirekt, d.h. über die Länder (Landesgeschäftsstellen oder beauftragte Annahmestellen), abgewickelt wird.
Versorgungspfad	Visualisiert den idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung und Steuerung.
Vollerhebung	Erfassung aller Elemente einer Grundgesamtheit.
Zugang/Koordination	hier: Spezifische Qualitätsdimension, die sich auf den Zugang zur Versorgung und die Koordination der Versorgung bezieht.
Zwischenbericht	Bericht(e) im Zeitraum zwischen zwei Rückmeldeberichten (gemäß § 18 Qesü-RL). Zwischenberichte basieren auf den zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Daten und werden den Leistungserbringern von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung gestellt.

Literatur

AAOS (2008). Treatment of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty). Full guideline. American Academy of Orthopaedic Surgeons.

Adams, D; Logerstedt, D; Hunter-Giordano, A; Axe, MJ; Snyder-Mackler, L (2012). Current concepts for anterior cruciate ligament reconstruction: A criterion-based rehabilitation progression. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 42(7): 601-614.

Ageberg, E; Nilsson, A; Kosek, E; Roos, EM (2013). Effects of neuromuscular training (NEMEX-TJR) on patient-reported outcomes and physical function in severe primary hip or knee osteoarthritis: a controlled before-and-after study. *BMC Musculoskeletal Disord* 14(1): 232.

Agneskirchner, JD; Lobenhoffer, P (2004). Arthroskopische Meniskuschirurgie. *Unfallchirurg* 107(9): 783-791.

AHRQ (2009). Three Treatments for Osteoarthritis of the Knee: Evidence Shows Lack of Benefit. Agency for Healthcare Research and Quality.

Andersson, D; Samuelsson, K; Karlsson, J (2009). Treatment of Anterior Cruciate Ligament Injuries With Special Reference to Surgical Technique and Rehabilitation: An Assessment of Randomized Controlled Trials. *Arthroscopy - Journal of Arthroscopic and Related Surgery* 25(6): 653-685.

AQUA (2014a). Neonatologie Qualitätsindikatoren 2013. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2013. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2014b). Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung (Stand 21. März 2014). AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013a). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Technische Dokumentation. Stand: 31. Dezember 2013. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013b). Qualitätsreport 2012. Göttingen: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013c). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 3.0. Stand: 15. Februar 2013. Göttingen: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2013d). Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Projektabschlussbericht. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2012). Entwicklung eines generischen Patientenfragebogens für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Übersicht über die Entwicklungsschritte und Darstellung des Befragungsinstruments. Kurzbericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss, 2012 (unveröffentlicht). AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.

AQUA (2011). Arthroskopie am Kniegelenk. Abschlussbericht. Stand: 23. Dezember 2011. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

ASERNIP-S (2008). Diagnostic arthroscopy for conditions of the knee. Australian Safety and Efficacy register of New Interventional Procedures - Surgical.

Avouac, J; Vicaut, E; Bardin, T; Richette, P (2010). Efficacy of joint lavage in knee osteoarthritis: Meta-analysis of randomized controlled studies. *Rheumatology* 49(2): 334-340.

- Balain, B; Ennis, O; Kanes, G; Singhal, R; Roberts, SN; Rees, D; et al. (2009). Response shift in self-reported functional scores after knee microfracture for full thickness cartilage lesions. *Osteoarthritis. Cartilage*. 17(8): 1009-1013.
- Beaufils, P; Hulet, C; Dhenain, M; Nizard, R; Nourissat, G; Pujol, N (2009). Clinical practice guidelines for the management of meniscal lesions and isolated lesions of the anterior cruciate ligament of the knee in adults. *Orthop. Traumatol. Surg. Res.* 95(6): 437-442.
- Bernard, M (2006). Nerven- und Gefäßläsionen bei arthroskopischen Meniskusoperationen. *Arthroskopie* 19(2): 123-128.
- Bitzer, EM; Petrucci, M; Lorenz, C; Hussein, R; Dorning, H; Trojan, A; et al. (2011). A comparison of conventional and retrospective measures of change in symptoms after elective surgery. *Health Qual Life Outcomes* 9: 23.
- BMG (2009). Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart. Zum 1. Juli 2009. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bohensky, MA; Desteiger, R; Kondogiannis, C; Sundararajan, V; Andrianopoulos, N; Bucknill, A; et al. (2013). Adverse outcomes associated with elective knee arthroscopy: A population-based cohort study. *Arthroscopy - Journal of Arthroscopic and Related Surgery* 29(4): 716-725.
- Brand, J; Toma, I; Hankemeier, S; Krettek, C; Jagodzinski, M (2009). Can routine magnet resonance imaging examinations improve the indication for knee joint arthroscopy? A retrospective analysis - 2null1000 arthroscopies. *Perioperative Medizin* 1(2): 101-106.
- Braun, S; Vogt, S; Imhoff, AB (2007). Stadiengerechte operative Knorpeltherapie. Aktueller Stand. *Der Orthopäde* 36(6): 589-599.
- Bryan, S; Bungay, HP; Weatherburn, G; Field, S (2004). Magnetic resonance imaging for investigation of the knee joint: A clinical and economic evaluation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20(2): 222-229.
- Bundesärztekammer (Ed.) (2011). Curriculum „Ärztliches Peer Review“. Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung, Band XX. Berlin.
- Burkart, A; Imhoff, A (2005). Synoviale Chondromatose. In: *Knie*. Kohn, D (Ed.). Stuttgart: Thieme: 204-206.
- Calvisi, V; Vincentiis, B; Palumbo, P; Padua, R; Lupporelli, S (2008). Health-related quality of life in patients with anterior cruciate ligament insufficiency undergoing arthroscopic reconstruction: A practice-based Italian normative group in comorbid-free patients. *Journal of Orthopaedics and Traumatology* 9(4): 233-238.
- Campbell, MK; Skea, ZC; Sutherland, AG; Cuthbertson, BH; Entwistle, VA; McDonald, AM; et al. (2010). Effectiveness and cost-effectiveness of arthroscopic lavage in the treatment of osteoarthritis of the knee: A mixed methods study of the feasibility of conducting a surgical placebo-controlled trial (the KORAL study). *Health Technology Assessment* 14(5): 1-115.
- Carl, HD; Swoboda, B (2008). Zur Effektivität der arthroskopischen Synovektomie bei rheumatoider Arthritis. *Z. Rheumatol.* 67(6): 485-490.
- Crawford, R; Walley, G; Bridgman, S; Maffulli, N (2007). Magnetic resonance imaging versus arthroscopy in the diagnosis of knee pathology, concentrating on meniscal lesions and ACL tears: A systematic review. *Br. Med. Bull.* 84: 5-23.
- Day, B (2005). The indications for arthroscopic debridement for osteoarthritis of the knee. *Orthopedic Clinics of North America* 36(4): 413-417.
- Dearing, J; Nutton, RW (2008). Evidence based factors influencing outcome of arthroscopy in osteoarthritis of the knee. *Knee*. 15(3): 159-163.
- DGU (2008). Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie: Vordere Kreuzbandruptur. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

DIMDI (2013a). ICD-10-GM Version 2014 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DIMDI (2013b). OPS Version 2014 Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DIMDI. ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI. OPS. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004). Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. *JAMA* 292(7): 847-851.

DKG; GKV; PKV; InEK GmbH (2014). Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2014. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Englund, M; Roemer, FW; Hayashi, D; Crema, MD; Guermazi, A (2012). Meniscus pathology, osteoarthritis and the treatment controversy. *Nature Reviews Rheumatology* 8(7): 412-419.

Fritz, J; Gaissmaier, C; Schewe, B; Weise, K (2006). Biologische Knorpelrekonstruktion im Kniegelenk. *Der Unfallchirurg* 109(7): 563-576.

Frobell, RB; Roos, HP; Roos, EM; Roemer, FW; Ranstam, J; Lohmander, LS (2013). Treatment for acute anterior cruciate ligament tear: Five year outcome of randomised trial. *BMJ (Online)* 346(7895): f232.

G-BA (2010). 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.

Galli, M; Ciriello, V; Menghi, A; Aulisa, AG; Rabini, A; Marzetti, E (2013). Joint Line Tenderness and McMurray Tests for the Detection of Meniscal Lesions: What Is Their Real Diagnostic Value? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.

GKV-SV (2012). Technische Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V - Regelung zu §§ 73b, 73c sowie 140a SGB V. Version 3.00. Stand: 25.01.2012. Letzte Änderung: 25.01.2012. Gültig ab: 01.01.2012. GKV-Spitzenverband.

Goodwin, PC; Morrissey, MC (2003). Physical therapy after arthroscopic partial meniscectomy: Is it effective? *Exerc.Sport Sci.Rev.* 31(2): 85-90.

Hall, M; Hinman, RS; Wrigley, TV; Roos, EM; Hodges, PW; Staples, M; et al. (2012). The effects of neuromuscular exercise on medial knee joint load post-arthroscopic partial medial meniscectomy: 'SCOPEX' a randomised control trial protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders* 13(1): 233-244.

Heckmann, TP; Barber-Westin, SD; Noyes, FR (2006). Meniscal repair and transplantation: indications, techniques, rehabilitation, and clinical outcome. *J.Orthop.Sports Phys.Ther.* 36(10): 795-814.

Heller, G (2010). Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J (Eds.). Stuttgart: Schattauer: 239-254.

Heller, G (2008). Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 51(10): 1173-1182.

- Herrlin, S; Hallander, M; Wange, P; Weidenhielm, L; Werner, S (2007). Arthroscopic or conservative treatment of degenerative medial meniscal tears: a prospective randomised trial. *Knee.Surg.Sports Traumatol.Arthrosc.* 15(4): 393-401.
- Hinterwimmer, S; Engelschalk, M; Sauerland, S; Eitel, F; Mutschler, W (2003). Operative or conservative treatment of anterior cruciate ligament rupture: A systematic review of the literature. *Unfallchirurg* 106(5): 374-379.
- Höher, J (2005). Pionierarbeit: Arthroskopische ambulante Operationen. *Minimal Invasive Chirurgie* 14(2): 1-5.
- Holland, C (2006). Kniegelenkarthroskopie - Fehlervermeidungsstrategien. Bericht zur 27. Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler. *Rheinisches Ärzteblatt* (3): 20-23.
- IKK-Bundesverband (2006). Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis. Stand: 20. September 2006. Bundesverband der Innungskrankenkassen.
- IQWiG (2014). Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose. Abschlussbericht. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Irrgang, JJ (2008). Current Status of Measuring Clinical Outcomes After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Are We Good Enough? *Operative Techniques in Sports Medicine* 16(3): 119-124.
- Johanson, NA; Kleinbart, FA; Cerynik, DL; Brey, JM; Ong, KL; Kurtz, SM (2011). Temporal Relationship Between Knee Arthroscopy and Arthroplasty. A Quality Measure for Joint Care? *Journal of Arthroplasty* 26(2): 187-191.
- Jürgensen, I; Bachmann, G; Schleicher, I; Haas, H (2002). Arthroscopic versus conservative treatment of osteochondritis dissecans of the knee: Value of magnetic resonance imaging in therapy planning and follow-up. *Arthroscopy* 18(4): 378-386.
- Katz, JN; Brophy, RH; Chaisson, CE; de Chaves, L; Cole, BJ; Dahm, DL; et al. (2013). Surgery versus Physical Therapy for a Meniscal Tear and Osteoarthritis. *New England Journal of Medicine* 368(18): 1675-1684.
- KBV (2014). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2014. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV (2013). Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 9 Abs. 3 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Stichprobenprüfungen 2012 nach § 136 Abs. 2 SGB V. o. O.: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV (2012a). Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 9 Abs. 3 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung: Stichprobenprüfungen 2011 nach § 136 Abs. 2 SGB V. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV (2012b). KBV Qualitätsbericht. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV (2011). Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 9 Abs. 3 der Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung. Stichprobenprüfungen 2010 nach § 136 Abs. 2 SGB V. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KCE (2006). HTA of Magnetic Resonance Imaging. KCE Reports Vol. 37C. Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Knutsen, G; Drogset, JO; Engebretsen, L; Grontvedt, T; Isaksen, V; Ludvigsen, TC; et al. (2007). A randomized trial comparing autologous chondrocyte implantation with microfracture: Findings at five years. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A* 89(10): 2105-2112.
- Kohn, D; Dienst, M (2009). Arthroskopie. In: Sportverletzungen. Diagnose, Management und Begleitmaßnahmen. Engelhardt, M (Ed.). München: Urban&Fischer. 2. Auflage: 107-127.
- Kusma, M (2011). Artikel: Chondromalacia patellae. In: Engelhardt, M. (ed). *Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie*.

- Lam, T; Bengo, P (2003). Comparison of Three Retrospective Self-reporting Methods of Measuring Change in Instructional Practice. *American Journal of Evaluation* 24(1): 65-80.
- Laupattarakasem, W; Laopaiboon, M; Laupattarakasem, P; Sumanant, C (2008). Arthroscopic debridement for knee osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD005118.
- Leclercq, WK; Keulers, BJ; Scheltinga, MR; Spauwen, PH; van der Wilt, GJ (2010). A review of surgical informed consent: past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. *World J.Surg.* 34(7): 1406-1415.
- Lehmann, L; Stöve, J (2004). Aktuelle Aspekte zur Ätiologie und Therapie des Arthroseschmerzes. *Der Schmerz* 18(6): 453-462.
- Linko, E; Harilainen, A; Malmivaara, A; Seitsalo, S (2005). Surgical versus conservative interventions for anterior cruciate ligament ruptures in adults. *co* (2): CD001356.
- Lüring, C; Niethard, F-U; Günther, K-P; Schäfer, T; Hannemann, F; Pritzkeleit, R; et al. (2013). Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik. Report der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. o. O.: Bertelsmann Stiftung.
- Mancuso, CA; Charlson, ME (1995). Does recollection error threaten the validity of cross-sectional studies of effectiveness? *Med Care* 33(4 Suppl): AS77-88.
- MAS (2005a). Technologies for osteoarthritis of the knee. Toronto: Medical Advisory Secretariat, Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
- MAS (2005b). Arthroscopic lavage and debridement for osteoarthritis of the knee: an evidence-based analysis (Structured abstract). Toronto: Medical Advisory Secretariat, Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
- Mauro, CS; Irrgang, JJ; Williams, BA; Harner, CD (2008). Loss of extension following anterior cruciate ligament reconstruction: analysis of incidence and etiology using IKDC criteria. *Arthroscopy* 24(2): 146-153.
- Mayr, R; Rosenberger, R; Agraharam, D; Smekal, V; El Attal, R (2012). Revision anterior cruciate ligament reconstruction: An update. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery* 132(9): 1299-1313.
- McGaughey, I (2004). Informed consent and knee arthroscopies: An evaluation of patient understanding and satisfaction. *Knee* 11(3): 237-242.
- Meuffels, DE; Poldervaart, MT; Diercks, RL; Fievez, AWF; Patt, TW; Van Der Hart, CP; et al. (2012). Guideline on anterior cruciate ligament injury. *Acta Orthopaedica* 83(4): 379-386.
- Meyer, E; Ingenhoven, E; Babikir, R; Dettenkofer, M (2008). Arthroskopische Kniegelenkeingriffe. *Arthroscopie* 21(2): 83-86.
- Meyer, T; Richter, S; Raspe, H (2013). Agreement between pre-post measures of change and transition ratings as well as then-tests. *BMC medical research methodology* 13: 52.
- MOH (2007). Clinical practice guidelines: Osteoarthritis of the knees. Singapore: Ministry of Health.
- Müller-Hilke, B (2007). Zur Pathogenese der Arthrose - eine Momentaufnahme. *Z.Rheumatol.* 66(8): 703-705.
- Müller-Rath, R; Ingenhoven, E (2011). Meniskusteilresektion. *Arthroscopie* 24(1): 15-21.
- Müller-Rath, R; Ingenhoven, E; Mumme, T; Schumacher, M; Miltner, O (2010). Perioperatives Management in der ambulanten arthroskopischen Chirurgie des Kniegelenks. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 148(3): 282-287.
- Navali, AM; Bazavar, M; Mohseni, MA; Safari, B; Tabrizi, A (2013). Arthroscopic evaluation of the accuracy of clinical examination versus MRI in diagnosing meniscus tears and cruciate ligament ruptures. *Archives of Iranian Medicine* 16(4): 229-232.
- NGC (2011a). Guideline Summary NGC-8516: Knee & leg (acute & chronic) - Work Loss Data Institute. National Guideline Clearinghouse.

- NGC (2011b). Guideline summary NGC-9018: Knee disorders - American College of Occupational and Environmental Medicine. National Guideline Clearinghouse.
- Nickinson, R; Darrah, C; Donell, S (2010). Accuracy of clinical diagnosis in patients undergoing knee arthroscopy. *International Orthopaedics* 34(1): 39-44.
- Nieuwkerk, PT (2006). Highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection : patients' quality of life and treatment adherence. Faculty of Medicine. Amsterdam: University of Amsterdam.
- NZGG (2003). The Diagnosis and Management of Soft Tissue Knee Injuries: Internal Derangements. New Zealand Guidelines Group.
- Ockert, B; Haasters, F; Polzer, H; Grote, S; Kessler, MA; Mutschler, W; et al. (2010). Der verletzte Meniskus: Wie sicher ist die klinische Untersuchung? Eine Metaanalyse. *Unfallchirurg* 113(4): 293-299.
- Petersen, W; Forkel, P; Achtnich, A; Metzloff, S; Zantop, T (2012). Verletzungen des vorderen Kreuzbandes: Von der Prävention zur Therapie. *Orthopädische und Unfallchirurgische Zeitschrift* 1(6): 232-243.
- Petersen, W; Zantop, T (2009). Bandverletzungen des Kniegelenks. Teil I. Das vordere Kreuzband. *Trauma und Berufskrankheit* 11(Suppl 3): 296-306.
- Phelan, DT; Cohen, AB; Fithian, DC (2006). Complications of anterior cruciate ligament reconstruction. *Instr.Course Lect.* 55: 465-474.
- Pujol, N; Colombet, P; Cucurulo, T; Graveleau, N; Hulet, C; Panisset, JC; et al. (2012). Natural history of partial anterior cruciate ligament tears: A systematic literature review. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research* 98(8 SUPPL): S160-S164.
- Rayan, F; Bhonsle, S; Shukla, DD (2009). Clinical, MRI, and arthroscopic correlation in meniscal and anterior cruciate ligament injuries. *International Orthopaedics* 33(1): 129-132.
- Reeves, D; Campbell, SM; Adams, J; Shekelle, PG; Kontopantelis, E; Roland, MO (2007). Combining multiple indicators of clinical quality: an evaluation of different analytic approaches. *Med Care* 45(6): 489-496.
- Rehart, S; Lehnert, H (2008). Aktuelle Aspekte zur Arthrose. *Zeitschrift für Rheumatologie* 67(4): 305-314.
- Reichenbach, S; Rutjes, AW; Nuesch, E; Trelle, S; Juni, P (2010). Joint lavage for osteoarthritis of the knee. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (5): CD007320.
- Reigstad, O; Grimsgaard, C (2006). Complications in knee arthroscopy. *Knee.Surg.Sports Traumatol.Arthrosc.* 14(5): 473-477.
- Resinger, C; Vécsei, V; Marlovits, S (2004). Therapieoptionen zur Behandlung von Knorpelschäden: Techniken und Indikationen. *Der Radiologe* 44(8): 756-762.
- Rink, O (2013). Das IQM-Peer-Review-Verfahren. Verbesserung der Ergebnisqualität, Strategie und Ergebnisse. *Präv Gesundheitsf*: 1-7.
- Rink, O (2012). Das IQM Peer Review Verfahren – Ergebnisse der Initiative Qualitätsmedizin. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)* 106(8): 560-565.
- Robb, G; Reid, D; Arroll, B; Jackson, R; Goodyear-Smith, F (2007). General practitioner diagnosis and management of acute knee injuries: Summary of an evidence-based guideline. *New Zealand Medical Journal* 120(1249).
- Roos, EM; Roos, HP; Lohmander, LS; Ekdahl, C; Beynon, BD (1998). Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)—development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther* 28(2): 88-96.
- Roos, EM; Toksvig-Larsen, S (2003). Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) - validation and comparison to the WOMAC in total knee replacement. *Health Qual Life Outcomes* 1: 17.
- Röseler, S; Schwartz, FW (1999). Aufbau einer Datenbasis "Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien" in der Bundesrepublik. Evaluation arthroskopischer Operationen bei akuten und degenerativen Meniskusläsionen. Witten/Hannover: Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung.

- Rosenberger, PH; Jokl, P; Cameron, A; Ickovics, JR (2005). Shared decision making, preoperative expectations, and postoperative reality: differences in physician and patient predictions and ratings of knee surgery outcomes. *Arthroscopy* 21(5): 562-569.
- Safran, MR; Greene, HS (2006). Avoidance and management of intra-articular complications of anterior cruciate ligament reconstruction. *Instr.Course Lect.* 55: 475-488.
- Salzler, MJ; Lin, A; Miller, CD; Herold, S; Irrgang, JJ; Harner, CD (2013). Complications After Arthroscopic Knee Surgery. *Am J Sports Med.*
- Samson, DJ; Grant, MD; Ratko, TA; Bonnell, CJ; Ziegler, KM; Aronson, N (2007). Treatment of primary and secondary osteoarthritis of the knee. *Evid.Rep.Technol.Assess.(Full.Rep.)* No 157.
- Scheibler, F; Scheike, IM; Dintsios, CM (2008). Patientenpartizipation bei Festlegung und Gewichtung von Behandlungszielen - Status quo und Entwicklungspotenziale. *Z Evid.Fortbild Qual Gesundheitswes.* 102(6): 373-377.
- Schulz, A; Jerosch, J (2007). Perioperatives Schmerzmanagement in der Orthopädie. *Der Orthopäde* 36(1): 32-40.
- Schurz, M; Erdoes, JT; Platzer, P; Petras, N; Hausmann, JT; Vecsei, V (2008). The value of clinical examination and MRI versus intraoperative findings in the diagnosis of meniscal tears. *Scripta Medica Facultatis Medicae Universitatis Brunensis Masarykianae* 81(1): 3-12.
- Sihvonen, R; Jarvela, T; Aho, H; Jarvinen, TLN (2012). Validation of the Western Ontario Meniscal Evaluation Tool (WOMET) for patients with a degenerative meniscal tear: A meniscal pathology-specific quality-of-life index. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A* 94(10): E65.61-E65.68.
- Sihvonen, R; Paavola, M; Malmivaara, A; Jarvinen, TLN (2013). Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study (FIDELITY): A protocol for a randomised, placebo surgery controlled trial on the efficacy of arthroscopic partial meniscectomy for patients with degenerative meniscus injury with a novel 'RCT within-a-cohort' study design. *BMJ Open* 3(3).
- Siparsky, P; Ryzewicz, M; Peterson, B; Bartz, R (2007). Arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee: are there any evidence-based indications? *Clin.Orthop.Relat Res.* 455: 107-112.
- Solomon, DH; Simel, DL; Bates, DW; Katz, JN; Schaffer, JL (2001). Does this patient have a torn meniscus or ligament of the knee? Value of the physical examination. *Journal of the American Medical Association* 286(13): 1610-1620.
- Spahn, G; Wittig, R; Kahl, E; Klinger, HM; Muckley, T; Hofmann, GO (2007). Evaluation of cartilage defects in the knee. Validity of clinical, magnetic-resonance-imaging and radiological findings compared with arthroscopy. *Unfallchirurg* 110(5): 414-424.
- Steadman, JR; Briggs, KK; Matheny, LM; Ellis, HB (2013). Ten-year survivorship after knee arthroscopy in patients with Kellgren-Lawrence grade 3 and grade 4 osteoarthritis of the knee. *Arthroscopy - Journal of Arthroscopic and Related Surgery* 29(2): 220-225.
- Stöhr, A; Mayr, HO (2009). Gonarthrose. Die Rolle des arthroskopischen Débridements. *Orthopädie & Rheuma* 10: 65-71.
- Strobel, MJ (2010). Arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk. Wann ambulant - Wann stationär? *Trauma und Berufskrankheit* 12(Supplement 1): 78-85.
- Stuart, MJ; Lubowitz, JH (2006). What, if any, are the indications for arthroscopic debridement of the osteoarthritic knee? *Arthroscopy* 22(3): 238-239.
- Teske, W; Anastasiadis, A; Lichtinger, T; von Schulze Pellengahr, C; Von Engelhardt, LV; Theodoridis, T (2010). Ruptur des vorderen Kreuzbands. *Der Orthopäde* 39(9): 883-900.
- Thorstensson, CA; Lohmander, LS; Frobell, RB; Roos, EM; Gooberman-Hill, R (2009). Choosing surgery: patients' preferences within a trial of treatments for anterior cruciate ligament injury. A qualitative study. *BMC.Musculoskelet.Disord.* 10: 100.

- Tucker, J; Doulens, K (2010). Pulmonary embolism after knee arthroscopy. *Am.J.Orthop.(Belle.Mead NJ)* 39(1): E7-10.
- van Grinsven, S; van Cingel, RE; Holla, CJ; van Loon, CJ (2010). Evidence-based rehabilitation following anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee.Surg.Sports Traumatol.Arthrosc.* 18(8): 1128-1144.
- Von Engelhardt, LV; Lahner, M; Klusmann, A; Bouillon, B; Dvid, A; Haage, P; et al. (2010). Arthroscopy vs. MRI for a detailed assessment of cartilage disease in osteoarthritis: Diagnostic value of MRI in clinical practice. *BMC Musculoskeletal Disorders* 11.
- Wagner, M; Schmeling, A; Weiler, A (2006). Intraoperative Komplikationen beim VKB-Ersatz. *Arthroskopie* 19(2): 129-141.
- Wai, EK; Kreder, HJ; Williams, JI (2002). Arthroscopic debridement of the knee for osteoarthritis in patients fifty years of age or older: Utilization and outcomes in the province of Ontario. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A* 84(1): 17-22+Adv26.
- Walter, A (2011). Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie. Ergebnisse und Konsequenzen. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).
- Zhang, W; Nuki, G; Moskowitz, RW; Abramson, S; Altman, RD; Arden, NK; et al. (2010). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis.Cartilage.* 18(4): 476-499.