

## MERKBLATT ZUR DOKUMENTATION DER ARTHROSKOPIE

### Gegenstand der Qualitätsprüfung

Im Rahmen der **Stichprobenprüfung** in dem Bereich arthroskopische Operation an Knie- oder Schultergelenk werden folgende Aspekte überprüft:

#### 1. Fachgerechte Indikationsstellung:

Der Entscheidungsgang zur Durchführung einer Knie- beziehungsweise Schultergelenksarthroskopie bezogen auf den präoperativen Befund und die Verdachtsdiagnose oder die Diagnose mit Seitenangabe ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Hier kann auf die Anamnese, klinische Untersuchung und Ergebnisse bildgebender Untersuchungen eingegangen werden. Falls der Entscheidungsgang bezogen auf die geforderten Inhalte nicht im OP-Bericht dargestellt wird, sollten weitere Dokumente eingereicht werden, aus denen dieser eindeutig nachvollziehbar dokumentiert wurde. Zur Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsganges gehört auch, dass der gesundheitliche Nutzen der arthroskopischen Operation die Risiken, auch in Abwägung zu Behandlungsalternativen, überwiegt.

#### 2. Fachgerechte Durchführung der arthroskopischen Operation:

Die Auswahl der medizinischen Intervention und die Durchführung der medizinischen Intervention müssen sowohl fachgerecht als auch nachvollziehbar dokumentiert sein.

#### 3. Nachvollziehbarkeit Dokumentation der arthroskopischen Operation:

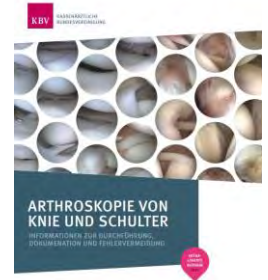
Die schriftliche und bildliche Dokumentation muss bestimmte Angaben enthalten beziehungsweise Vorgaben erfüllen. Welche dies sind, haben wir nachfolgend aufgeführt.

Das operative Vorgehen sollte nachvollziehbar dokumentiert werden, dabei dürfen sich die schriftliche und bildliche Dokumentation natürlich nicht widersprechen: Ein aussagekräftiges Bild des operativen Vorgehens zusätzlich zu den geforderten Abbildungen des prä- und postoperativen Befundes kann helfen, die im Text gemachten Aussagen zu unterstreichen.

### Zur schriftlichen Dokumentation gehört:

- Operationsdatum
- Name der Operateurin oder des Operateurs, ggf. der Assistentinnen oder Assistenten und der Anästhesistin oder des Anästhesisten
- durchgeführte Art der Lagerung
- Blutsperrezeit/Blutleerezeit bei arthroskopischer Operation am Kniegelenk
- Operationsdauer
- bei Normalbefund am Schultergelenk entsprechende Feststellung
- bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur usw.)
- Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation
- begründete Benennung nicht darstellbarer bzw. in der Bilddokumentation nicht beurteilender Areale.

Die Dokumentation kann im Arztbrief, in der elektronischen Karteikarte oder per Dokumentationsbogen (z.B. KV-Muster, SFA-Bogen) erfolgen.



PraxisWissenSpezial

#### Zur bildlichen Dokumentation gehört:

- Seitenangabe
- OP-Datum
- Name Operateurin oder Operateur
- Name Praxis beziehungsweise Klinik
- Außerdem muss die Bilddokumentation eine Beurteilung des präoperativen intraartikulären Befundes und des OP-Ergebnisses ermöglichen (ggf. unter Verwendung eines Tasthakens).
- Der präoperative intraartikuläre Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen worden sein.

Bei allen Arthroskopien des **Kniefelenks** wurde ein diagnostischer Rundgang dokumentiert mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich

- Innenmeniskus mit Hinterhorn
- Außenmeniskus mit Hinterhorn
- Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband)
- Femuropatellargelenk und
- gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z.B. Knorpelschäden, Synovitiden, Bandverletzungen).

Bei allen Arthroskopien des **Schultergelenks** wurde ein diagnostischer Rundgang dokumentiert mit obligater Darstellung von

- Rotatorenmanschette – Übergang Humeruskopf
- langer Bizepssehne mit Ansatz
- Labrum mit Kapselkomplex
- gegebenenfalls glenohumoraler Knorpelbelag und
- gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z.B. Fehlen der glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen).

Hinweis: Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defektes eine Bilddokumentation nicht möglich war, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt worden sein.

#### 4. die Zuordnungsfähigkeit der schriftlichen und bildlichen Dokumentation zu einer Patientin oder einem Patienten

Der OP-Bericht und die Einzelbilder, Videos oder Teilsequenzen müssen ohne weitere Hilfsmittel der operierten Person zugeordnet werden können.

Wichtig ist, dass die genannten Anforderungen erkennbar und schlüssig dargestellt sind. Die Dokumentation des prä- und postoperativen Befundes ist obligater Bestandteil der Leistungen im Sinne des EBM! Außerdem ist die Kongruenz zur Schriftdokumentation zu beachten.

In der Broschüre der **KBV PraxisWissenSpezial** „Arthroskopie von Knie und Schulter“ sind alle wichtigen Informationen zusammengefasst. Außerdem werden die häufigsten Fehlerquellen bei der Dokumentation von Arthroskopien des Knie- und Schultergelenks dargestellt und wie diese vermieden werden können. Die Broschüre sowie weitere Informationen rund um die Arthroskopie finden Sie außerdem auf unserer Website [www.kv-rlp.de/739993](http://www.kv-rlp.de/739993).