

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Langzeit-EKG / KV Berlin

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie der KV Berlin zur Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB V für Langzeit-elektrokardiographische Leistungen

Präambel

Die von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beschlossene Richtlinie bestimmt die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung von Langzeit-elektrokardiographischen Leistungen für die Durchführung von Stichprobenprüfungen i. V. m. der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.04.2006.

§ 1 Inhalt der Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchung

(1) Das Langzeit-Elektrokardiogramm ist die Methode der Wahl zur nicht-invasiven Erfassung von Herzrhythmusstörungen sowie der Überwachung des Ergebnisses einer antiarrhythmischen Therapie.

(2) Die Indikation, die technische Durchführung, die apparativen Voraussetzungen und die richtige Erkennung und Befundung der Herzrhythmusstörungen sind die Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung.

§ 2 Voraussetzungen für die Durchführung der Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchung

(1) Die Durchführung Langzeit-elektrokardiographischer Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen (z. B. Artefakt-Überlagerungen) zu erkennen.

(2) Ein im Wandel der rasch zunehmenden medizinischen Erkenntnisse zum Teil schneller Wechsel der Therapieempfehlungen erfordert vom auswertenden Arzt eine kontinuierliche fachliche Weiterbildung zur Erhaltung eines hohen Standards ambulanter medizinischer Leistungserbringung.

§ 3 Aufgaben der Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchung

(1) Die Erkennung und Quantifizierung von Herzrhythmusstörungen, die nur ab und zu oder bei bestimmten Situationen (paroxysmal) auftreten.

(2) Das Langzeit-EKG muss eine kontinuierliche Aufzeichnung der elektrischen Aktivität des Herzens über 24 Stunden, mindestens jedoch über 18 Stunden, bei simultaner, mindestens 2-kanaliger EKG-Ableitung gewährleisten.

(3) Die kontinuierliche und diskontinuierliche Auswertung muss sicherstellen, dass alle wichtigen Ereignisse erfasst werden. Als wichtige Ereignisse gelten: Asystolie über 2,0 sec. Dauer, supraventrikuläre Tachikardie, Vorhofflimmern, Vorhofflattern, ventrikuläre Extrasystolen, höhergradige tachykardie ventrikuläre Rhythmusstörungen, Kammer-tachykardie, Kammerflattern, Kammerflimmern.

§ 4 Behandlung und Risiken

(1) Die einzelnen Elektroden müssen an den richtigen Stellen gut haftend angebracht werden, um eine korrekte Ableitung zu gewährleisten. Sollten die vorgesehenen Stellen stark behaart sein, ist ggf. eine Rasur nötig. Spezielles Elektroden-Gel oder Desinfektionsspray verbessert die Leitfähigkeit zwischen Haut und Elektrode, sodass die Herzströme besser erfasst werden können.

(2) Es ist möglich, dass sich die aufgeklebten Kabel von der Haut lösen und so die kontinuierliche Aufzeichnung unterbrechen. Es fällt in die Verantwortung des durchführenden Arztes, dass die einzelnen Elektroden an den richtigen Stellen gut haftend angebracht werden.

(3) Sollte die Untersuchungsdauer von mindestens 18 Stunden unterschritten sein, entspricht die Auf-



Fortsetzung von Seite A 988

zeichnung des Langzeit-EKGs nicht dem Inhalt der Leistungslegende der entsprechenden EBM-Ziffer, sodass wegen Nichterfüllung der Voraussetzungen der Leistungslegende des EBM 2000plus die o. g. Leistung nicht vergütungsfähig ist.

§ 5 Anforderungen an die Dokumentation

(1) Die Anforderung der zu prüfenden Unterlagen umfasst die Dokumentation, bestehend aus:

- Befundung und Beurteilung der Untersuchungsergebnisse und ggf. Empfehlung zur weiteren Diagnostik und/oder Therapie
- Apparatetypische Dokumentation mit Name des Untersuchten und Datum (Aufzeichnung echtzeitanaloger Dokumentationen signifikanter Ereignisse mit mindestens 25 mm/sec.)

(2) Die Dokumentation über die Aufzeichnung und Auswertung der Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchung muss folgende Angaben enthalten:

- a) Indikationsstellung
- b) Patientenprotokoll
- c) Angabe der Untersuchungsdauer
- d) Minimale und maximale Herzfrequenz und Anzahl der im Ableitungszeitraum erkannten Kammerkomplexe während der gesamten Untersuchungsdauer/Beurteilung des circadianen Rhythmus
- e) Beschreibung/Diagnose der festgestellten pathologischen Ereignisse der Erregungsbildung/der Erregungsleitung
- f) Anzahl (ungefähr) und Häufigkeitsverteilung der beobachteten pathologischen Ereignisse der Erregungsbildung/der Erregungsleitung
- g) Ausdruck mindestens eines charakteristischen Beispiels der festgestellten pathologischen Ereignisse der Erregungsbildung/der Erregungsleitung (in der Regel mit einer Zeitablenkung von 25 mm/sec.)
- h) Individuell zusammenfassende Beurteilung des Befundes
- i) Befunde, die einer weitergehenden Diagnostik oder Therapie bedürfen, sollen dahingehend interpretiert werden.

§ 6 Bewertung der Dokumentation

(1) Die Bewertung der Dokumentation erfolgt getrennt für die Aufzeichnung einer Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer und die computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKGs von mindestens 18 Stunden Dauer.

(2) Soweit der zu prüfende Arzt lediglich die Aufzeichnung des Langzeit-EKGs abgerechnet hat, sind die Kriterien und Punktbewertung aus § 6 Absatz 3 dieser Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie anzuwenden.

Soweit der zu prüfende Arzt lediglich die Auswertung des Langzeit-EKGs abgerechnet hat, sind die

Kriterien und Punktbewertung aus § 6 Absatz 4 dieser Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie anzuwenden.

Soweit für Patienten *beide Leistungen* vom zu prüfenden Arzt abgerechnet werden, wird aus den nach den Absätzen 3 und 4 des § 6 dieser Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie erzielten Punktschümen das *arithmetische Mittel* gebildet, um die für diese Patientendokumentationen maßgebliche Punktzahl für die Einzelbewertung pro Patient zu ermitteln.

Sollte die Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs und die Auswertung getrennt von zwei verschiedenen Ärzten durchgeführt worden sein, sind technische Mängel dem aufzeichnenden Arzt zuzuordnen.

(3) Die Bewertung der Dokumentation von Leistungen der computergestützten Aufzeichnung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

Prüfungsgegenstand

Vorliegen des Patientenprotokolls

Punkte

Ja: 20

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Vorliegen der rechtfertigenden EKG-Indikationsangabe

Punkte

Ja: 30

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Mind. 18-stündige Untersuchungsdauer

Punkte

Ja: 50

Nein: 0

Gesamtpunktzahl: 100

(4) Die Bewertung der Dokumentation von Leistungen der computergestützten Auswertung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

Prüfungsgegenstand

Mind. 18-stündige Untersuchungsdauer

Punkte

Ja: 10

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Minimale und maximale Herzfrequenz und Anzahl der im Ableitungszeitraum erkannten Kammerkomplexe während der gesamten Untersuchungsdauer/Beurteilung des circadianen Rhythmus

Punkte

Ja: 10

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Beschreibung/Diagnose der festgestellten pathologischen Ereignisse der Erregungsbildung/der Erregungsleitung

Punkte

Korrekt: 10

Nicht korrekt: 0

Prüfungsgegenstand

Anzahl (ungefähr) und Häufigkeitsverteilung der beobachteten pathologischen Ereignisse der Erregungsbildung/der Erregungsleitung

Punkte

Ja: 10

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Ausdruck mindestens eines charakteristischen Beispiels der festgestellten pathologischen Ereignisse der Erregungsbildung/der Erregungsleitung (in der Regel mit einer Zeitablenkung von 25 mm/sec.)

Punkte

Ja: 10

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Beurteilung sachlich richtig

Punkte

Ja: 30

Nein: 0

Prüfungsgegenstand

Erforderliche weitergehende Diagnostik oder Therapie ist erwähnt

Punkte

Ja: 20

Nein: 0

Gesamtpunktzahl: 100

(5) Die Einzelbewertungen pro Patient ermitteln sich wie folgt:

Keine Beanstandungen: 100–90 Punkte

Geringe Beanstandungen: 89–80 Punkte

Erhebliche Beanstandungen: 79–60 Punkte

Schwerwiegende Beanstandungen: weniger als 60 Punkte

§ 7 Übergangsregelung, Inkrafttreten

(1) Diese Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen tritt mit ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der KV Berlin (KV-Blatt) in Kraft und ersetzt die Richtlinien mit Beschlussfassung der VV vom 05.07.2001 sowie die „Regelung der KV Berlin zur Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben für Langzeit-elektrokardiographische Leistungen“ vom 11.10.2001.

(2) Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V, die sich auf Prüfquartale vor Inkrafttreten dieser Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beziehen, werden auf der Grundlage der bisher geltenden Qualitätsanforderungen und Beurteilungskriterien für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Leistungen mit der Maßgabe durchgeführt, dass ab 01.01.2007 vorrangig die „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ angewandt wird.

Berlin, 29.4.2007

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Unterschrift

Fortsetzung von Seite A 990

therapeutische Medizin, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärzte für Nervenheilkunde, die in einem weiteren Fachgebiet zugelassen sind – welches ab 01.07.2004 nicht zu mindestpunktwertberechtigten Fachgruppen zählt –, fallen nur dann unter die Regelung dieses Absatzes, wenn sie entsprechend den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien für die psychotherapeutische Versorgung zu mehr als 90 % Leistungen des EBM in der Fassung von 1996, Kapitel G IV (GO Nrn. 860–884), im entsprechenden Basiszeitraum des Jahres 2002 erbracht haben.

- b) Für die Vergütung der zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des EBM-Abschnitts 35.2 (GO Nrn. 35200–35225), welche laut des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Nervenheilkunde, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeuten gemäß § 85 Abs. 4 SGB V bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer mit einem Mindestpunktwert zu bewerten sind, steht das durchschnittliche Honorarvolumen des Jahres 2002 zur Verfügung, wobei vertraglich vereinbarte zweckgebundene Stützbeträge der Krankenkassen hierbei unberücksichtigt bleiben. Sollte der rechnerische Punktwert dieses Bereiches unter dem Mindestpunktwert liegen, so ist dieser Punktwert zu Lasten des fachärztlichen Verteilungsbetrages zu stützen. Dieses sich ggf. um die Stützung auf den Mindestpunktwert erhöhte Honorarvolumen wird vorab von dem fachärztlichen Verteilungsbetrag abgezogen.
- c) Für die Vergütung der übrigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und Psychotherapeuten wird ein Honorarfonds gebildet. Dieser ergibt sich als prozentualer Anteil am jeweiligen fachärztlichen Verteilungsbetrag und zwar im Verhältnis des durchschnittlichen Honorarvolumens für diese Leistungen des Jahres 2002 zum jeweiligen fachärztlichen Vergütungsanteil des Jahres 2002. Seit 2002 vorgenommene zweckgebundene Veränderungen der pauschalierten Gesamtvergütung sind zu berücksichtigen. Die Vergütung dieser Leistungen unterliegt den Regelungen des § 9 (Individualbudget). Abweichend von den vorgenannten Regelungen werden bei ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Psychotherapeuten für die Dauer der ersten beiden Quartale der Niederlassung auf Antrag die Regelungen des

§ 9 außer Kraft gesetzt. Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen dieser Leistungserbringer werden für diesen Zeitraum mit dem durchschnittlichen Punktwert dieser Leistungen des Jahres 2002 vergütet.“

§ 8 b Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:
 „Zur Vergütung der ambulanten und belegärztlichen Operationen und der damit im Zusammenhang stehenden Narkosen und postoperativen Überwachungen werden kassenartenspezifische Honorarfonds (AOK, BKK, IKK und sonstige Primärkassen) gebildet, aus denen alle ambulanten und belegärztlichen Operationen des EBM-Abschnitts 31.2, die mit diesen operativen Leistungen im Zusammenhang erbrachten Anästhesien des EBM-Abschnitts 31.5 sowie die postoperativen Überwachungskomplexe des EBM-Abschnitts 31.3 bzw. die jeweiligen Leistungen des EBM-Kapitels 36 vergütet werden.“

§ 8 b Abs. 4 Abschnitt a) wird wie folgt neu gefasst:
 „Vom jeweiligen fachärztlichen Verteilungsbetrag wird derjenige prozentuale Anteil in Abzug gebracht und als Vergütungsmenge bereitgestellt, der sich aus dem Anteilsverhältnis des durchschnittlichen Honorarvolumens der FG 99 zum fachärztlichen Verteilungsbetrag des Jahres 2002 ergibt. Seit 2002 vorgenommene zweckgebundene Veränderungen der pauschalierten Gesamtvergütung sind zu berücksichtigen.“

In § 8 b Abs. 5 wird die Tabelle wie folgt neu gefasst:
**„Honorarfonds der Fachgruppe:
 Anteil am fachärztlichen Verteilungsbetrag in %
 Stand Quartal IV/2006**

Honorarfonds der MRT-Leistungen
2,49676

Honorarfonds der Anästhesisten
1,01537

Honorarfonds der Augenärzte
11,89259

Honorarfonds der Chirurgen
5,26540

Honorarfonds der Gynäkologen
8,74016

Honorarfonds der Reproduktionsmediziner
0,31830

Honorarfonds der HNO-Ärzte
8,53259

Honorarfonds der Hautärzte
4,96164

Honorarfonds der fachärztlichen Internisten
11,33946

Honorarfonds der Nervenärzte/Neurologen/
Psychiater
9,86115

Honorarfonds der Lungenärzte
3,10769

Honorarfonds der Orthopäden
15,72933

Honorarfonds der Radiologen
8,60459

Honorarfonds der Strahlentherapeuten
1,31438

Honorarfonds der Urologen
5,04891

Honorarfonds der Nuklearmediziner
1,77166“

§ 8 b Abs. 8 wird gestrichen und bleibt unbesetzt.

§ 8 b Abs. 10 wird wie folgt neu gefasst:
 „Erfolgt ab dem 1.7.2007 ein Fachgruppenwechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Dazu wird das Honorar der punktzahlbewerteten Leistungen mit Ausnahme der Einzelleistungen zugrunde gelegt. Das zu transferierende Honorarvolumen ist dem entsprechenden Honorarfonds zuzuführen, in den gewechselt wird.“

§ 8 b Abs. 12 wird wie folgt neu eingefügt:
 „Aus dem sich nach § 8 b Abs. 4 c und 11 ergebenden Honorarfonds und den in dieser Fachgruppe anerkannten Punkten wird ein unbudgetierter Punktwert ermittelt. Sollte dieser Punktwert einer Fachgruppe um 15 % unter den Durchschnittspunktwert des Versorgungsbereiches sinken, so wird der Fachgruppenpunktwert auf 85 % des Durchschnittspunktwertes gestützt. Die Auffüllung erfolgt aus dem unter § 11 Abs. 1 genannten Honorarausgleichsfonds. Wenn der Honorarausgleichsfonds nicht ausreicht, ist der Anteil des Honorarausgleichsfonds nach § 11 Abs. 1 zu erhöhen.“

§ 9 Abs. 2 Sätze 5–7 werden wie folgt neu gefasst:
 „Das Individualbudget ist an die Ausübung und den Umfang der ärztlichen Tätigkeit am Niederlassungsort (Adresse) gebunden. Es wird bei Verlegung des Tätigkeitsortes und/oder bei Fortführung