

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung einer 5-Jahres- Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Berichte gemäß § 9 Abs. 3 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung über die Jahre 2008 bis 2012

Vom 22. Januar 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 beschlossen, die 5-Jahres-Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über Berichte gemäß § 9 Abs. 3 der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) über die Jahre 2008 bis 2012 gemäß **Anlage 1** mit ihrer Kommentierung gemäß **Anlage 2** auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu veröffentlichen.

Der Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V

5-Jahres-Auswertung

Dezernat 2

September 2014

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS	5
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	7
1 ZUSAMMENFASSUNG	8
2 EINLEITUNG	15
2.1 Stichprobenprüfungen als Instrument der Qualitätsförderung.....	15
2.1.1 Bisherige Praxis und Durchführung der Stichprobenprüfung	16
2.1.2 Auswahl, Umfang und Verfahren bei Stichprobenprüfungen.....	17
2.1.3 Bundeseinheitliche Vorgaben zur Organisation und zur Durchführung der Stichprobenprüfungen.....	18
2.1.3.1 QS-Kommissionen	18
2.1.3.2 Beurteilungskategorien und Bewertungsschemata.....	19
2.1.3.2.1 Röntgen, CT und Kernspintomographie / Magnetresonanztomographie (MRT)	19
2.1.3.2.2 Arthroskopie	20
2.1.3.3 Maßnahmen zur Qualitätsförderung.....	20
2.1.4 Kooperation bei Stichprobenprüfungen mit Behörden	20
2.2 5-Jahres-Auswertung.....	21
3 ERGEBNISSE	25
3.1 Erläuterung der Ergebnisdarstellung.....	25
3.1.1 Obligate Stichprobenprüfungen	25
3.1.1.1 Routineprüfungen.....	25
3.1.1.2 Kriterienbezogene Prüfungen.....	27
3.1.2 Fakultative Stichprobenprüfungen	29
3.2 Obligate Stichprobenprüfungen	30
3.2.1 Konventionelle Röntgendiagnostik.....	31
3.2.1.1 Routineprüfungen.....	32
3.2.1.2 Kriterienbezogene Prüfungen.....	42
3.2.2 Computertomographie (CT).....	46
3.2.2.1 Routineprüfungen.....	46
3.2.2.2 Kriterienbezogene Prüfungen.....	53
3.2.3 Magnetresonanz-/Kernspintomographie (MRT).....	56
3.2.3.1 Routineprüfungen.....	56
3.2.3.2 Kriterienbezogene Prüfungen.....	64
3.2.4 Arthroskopie	66

3.2.4.1 Routineprüfungen.....	66
3.2.4.2 Kriterienbezogene Prüfungen.....	75
3.3 Fakultative Stichprobenprüfungen.....	77
LITERATUR	87

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	36
Abbildung 2: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik.....	37
Abbildung 3: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	41
Abbildung 4: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik.....	44
Abbildung 5: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der Computertomographie.....	50
Abbildung 6: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der Computertomographie	50
Abbildung 7: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der Computertomographie.....	53
Abbildung 8: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der Computertomographie	55
Abbildung 9: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	60
Abbildung 10: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	60
Abbildung 11: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	63
Abbildung 12: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/ Kernspintomographie.....	65
Abbildung 13: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der Arthroskopie.....	70
Abbildung 14: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der Arthroskopie.....	71
Abbildung 15: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der Arthroskopie.....	74
Abbildung 16: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der Arthroskopie.....	76

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	33
Tabelle 2: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	35
Tabelle 3: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	37
Tabelle 4: Rate der Beanstandungen pro KV und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	39
Tabelle 5: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	43
Tabelle 6: Rate der Beanstandungen pro KV bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik	45
Tabelle 7: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der Computertomographie.....	47
Tabelle 8: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der Computertomographie.....	48
Tabelle 9: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der Computertomographie	51
Tabelle 10: Rate der Beanstandungen pro KV im Leistungsbereich der Computertomographie	52
Tabelle 11: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich der Computertomographie.....	54
Tabelle 12: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	57
Tabelle 13: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	58
Tabelle 14.: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	61
Tabelle 15: Rate der Beanstandungen pro KV im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	62
Tabelle 16: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil kriterienbezogener Prüfungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie.....	64
Tabelle 17: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der Arthroscopie.....	67
Tabelle 18: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der Arthroscopie	68
Tabelle 19: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der Arthroscopie	71

Tabelle 20: Rate der Beanstandungen pro KV im Leistungsbereich der Arthroskopie	72
Tabelle 21: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil kriterienbezogener Prüfungen im Leistungsbereich der Arthroskopie	75
Tabelle 22: Anzahl der geprüften Ärzte sowie die Anzahl der prüfenden KVen bei fakultativen Stichprobenprüfungen	80
Tabelle 23: Gesamtraten der geprüften Ärzte bei fakultativen Stichprobenprüfungen.....	81
Tabelle 24: Gesamtraten der Beanstandungen bei fakultativen Stichprobenprüfungen	84
Tabelle 25: Maßnahmen der KVen bei fakultativen Stichprobenprüfungen.....	85

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄSt	Ärztliche Stelle
CT	Computertomographie
E/S	erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
K/G	keine und geringe Beanstandungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVen:	
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayerns
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NO	Nordrhein
RP	Rheinland-Pfalz
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
WL	Westfalen-Lippe
MR-Angiographie	Magnetresonanz-Angiographie
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
QBR-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie
QP-RL	Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
QBA-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
QS	Qualitätssicherung
RöV	Röntgenverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
u.ä.	und ähnliches

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Es wird deshalb darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1 Zusammenfassung

Gemäß Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) stellt die KBV für jedes Kalenderjahr dem G-BA einen Bericht über die Prüftätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Rahmen von § 136 Abs. 2 SGB V zur Verfügung. Der vorliegende Bericht greift diese jahresbezogenen Berichte auf und stellt sie im Sinne von Zeitreihen dar, um Tendenzen und Entwicklungen zu analysieren und sichtbar zu machen. Betrachtet werden die ersten fünf Kalenderjahre 2008 bis 2012 nach Inkrafttreten der QP-RL im Jahr 2007, das als Übergangsjahr zur Umstellung der Prüftätigkeiten in den KVen auf erstmalig bundeseinheitliche Vorgaben zu betrachten ist. Für obligate und fakultative Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V werden die Prüfergebnisse und der Prüfumfang aufgeführt und die eingeleiteten Maßnahmen durch die KVen beschrieben. Darüber hinaus stellt der Bericht die Zusammensetzung der jeweiligen QS-Kommissionen vor.

Alle KVen haben im Zeitraum von 2008 bis 2012 Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V durchgeführt und die Vorgaben der QP-RL umgesetzt. Aussetzungen oder Unterschreitungen des Prüfumfanges, die vereinzelt stattfanden, wurden begründet bzw. waren mit den Vorgaben konform (z.B. im Bereich der Computertomographie). Hinsichtlich der Anzahl der überprüften Ärzte konnte in den vergangenen Jahren eine Angleichung zwischen den KVen erreicht werden, wobei die seitens des G-BA vorgegebenen Mindestanforderungen in einigen KVen und Leistungsbereichen übertroffen wurden. Viele KVen haben dennoch ihren anfänglich hohen Prüfumfang allmählich reduziert und an die Vorgaben der QP-RL angepasst.

Mit der seit 2007 geltenden Berichtspflicht gegenüber dem G-BA und der differenzierten Darstellungen in den jährlichen Berichten der KBV wurde Transparenz hergestellt. Die 5-Jahres-Auswertung zeigt, dass einige der im Rahmen dieser Berichtspflicht geforderten Angaben relativ konstant bleiben oder eher selten auftreten und somit erkenntnisarm sind und vermeidbaren Dokumentationsaufwand verursachen. Als Beispiele können die Angaben zur Zusammensetzung der QS-Kommissionen oder die Gründe für kriterienbezogene Prüfungen genannt werden.

Die 5-Jahres-Auswertung lässt erkennen, dass die Arbeit der QS-Kommissionen der KVen regional unterschiedlich organisiert sein kann. So können Kommissionen, oftmals in Abhängigkeit von der Größe der KV, z. B. für alle Bereiche der Radiologie (Röntgen und CT) oder nur für den Bereich der allgemeinen Röntgendiagnostik zuständig sein. Zudem ist bei einigen KVen die Ärztliche Stelle nach der Röntgenverordnung angesiedelt, was sich in höheren Prüfquoten niederschlagen kann. Ferner nutzen einige KVen die Möglichkeit, ihre Arbeit in einzelnen Leistungsbereichen zu bündeln und setzen KV-übergreifende Kommissionen ein.

Die Anzahl der ärztlichen Mitglieder in QS-Kommissionen für einen Leistungsbereich variiert zwischen den KVen und liegt bei zwei bis 81 Ärzten. Im Jahr 2012 beispielsweise haben insgesamt 1.191 ärztliche Mitglieder an den Sitzungen der Kommissionen teilgenommen. Von der Möglichkeit der Krankenkassen, sich in QS-Kommissionen aktiv zu beteiligen, wurde im betrachteten 5-Jahres-Zeitraum lediglich vereinzelt Gebrauch gemacht. 2008 haben insgesamt sechs und 2012 33 ärztliche Teilnehmer der Krankenkassen an den Sitzungen der QS-Kommissionen teilgenommen.

Die 5-Jahres-Auswertung zeigt, dass bundesweit in zwei Leistungsbereichen – in der Computertomographie und Magnetresonanz-/Kernspintomographie – stabil gute oder sehr gute Prüfergebnisse erhalten wurden. Dies kann dazu anregen, die Stichprobenprüfungen im Bereich der Computertomographie weiterhin auszusetzen und eine Aussetzung im Bereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie zu beraten.

Auch im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik sind positive Tendenzen zur Entwicklung der Qualität erkennbar. Die Ergebnisse der 5-Jahres-Auswertung weisen im letzten Jahr auf einen Rückgang der Mängel hin. Die Auswertung der Ergebnisse im Bereich der Arthroskopie lassen hingegen weiterhin Qualitätsdefizite vermuten und keine zufriedenstellende Entwicklung der Prüfergebnisse erkennen.

In fast allen Bereichen wurde im Jahr 2010 ein leichter Anstieg der Beanstandungen beobachtet. Für die Bereiche Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie wurden von der KBV in Zusammenarbeit mit den KVen und QS-Kommissionen Bewertungsschemata zur Unterstützung einer einheitlichen Umsetzung der Stichprobenprüfungen erarbeitet. Nach einer Erprobungsphase wurden die Schemata nochmals justiert, dabei tendenziell stringenter gefasst und Ende 2010 in die „Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V“ überführt, um die Verbindlichkeit zu erhöhen. Auch für den Bereich der Arthroskopie wurde ein Bewertungsschema erstellt, das sich zurzeit noch in der Erprobungsphase befindet. Diese stringenter Version der Bewertungsschemata spiegelte sich möglicherweise in den leicht erhöhten Raten der Beanstandungen wider.

Die Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat nicht nur zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses sichtbar zu machen, sondern diese auch, im Interesse der Patienten und Ärzte, zu fördern und kontinuierlich zu verbessern. Die vorliegende 5-Jahres-Auswertung zeigt, dass die KVen aus den Beanstandungen unterschiedliche Konsequenzen gezogen haben, sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch der Wahl der Maßnahmen. Darüber hinaus werden von den KVen nicht nur Maßnahmen gemäß QP-RL umgesetzt, sondern es werden auch weitere Maßnahmen ergriffen, um die Qualität der ärztlichen Tätigkeit nachhaltig zu verbessern. So informieren KVen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen über die Qualitätssicherung, organisieren Schulungen für das Praxispersonal oder

vermitteln z.B. Lehr-MTRAs in die Praxen. Den geprüften Ärzten werden als Rückmeldung zu Stichprobenprüfungen detaillierte Auflistungen der festgestellten Mängel und auch die Ergebnisse der Einzelbewertungen zur Verfügung gestellt. Dies beinhaltet auch konkrete schriftliche Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. Die in den Stichprobenprüfungen festgestellten Mängel werden darüber hinaus auch systematisch analysiert und den in anderen Bereichen tätigen Ärzten zur Verfügung gestellt (z.B. in der Arthroskopie). Zudem wurden Ärzten auch kollegiale Beratungsgespräche mit QS-Kommissionsmitgliedern angeboten. Sie finden oftmals in den Praxisräumen der überprüften Ärzte statt, um die Praxisgegebenheiten, z. B. Apparate, zu berücksichtigen. In Einzelfällen wurden arthroskopische Eingriffe durch Mitglieder der Arthroskopie-Kommission ganz konkret vor Ort begleitet. Diese zwar effektiven, aber zeitintensiven Qualitätsförderungsmaßnahmen werden zusätzlich zur Sitzungszeit von Kommissionsmitgliedern erbracht und können daher nur eingeschränkt von den KVen umgesetzt werden.

Obwohl sich die Stichprobenprüfungen als geeignetes Erhebungsinstrument etabliert haben, unterliegen sie, genauso wie andere Verfahren, methodischen Grenzen – etwa hinsichtlich der Validität (Pfandzelter, 2014). Beispielsweise kann ein Arzt, der nur knapp und unvollständig dokumentiert, durchaus ausgezeichnete Qualität liefern (Gompertz et al., 1994; Wan and Conell, 2000). Die Gründe, warum er etwas getan hat, also die Überlegungen des Arztes, bestimmte Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen, sind meist vielschichtig und können allenfalls ansatzweise dargestellt werden. Gerade bei komplexen Behandlungsverläufen ist eine für Außenstehende nachvollziehbare Dokumentation des Entscheidungsgangs kaum erreichbar. Aussagen zur tatsächlichen vom Arzt gelieferten Versorgungsqualität sind dann nur eingeschränkt möglich (Pfandzelter, 2014).

Ein anderes Problem sind systematische Fehler (*bias*), die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen können (Heath, 1990), etwa durch unzureichende Objektivität der Gutachter aufgrund persönlicher Vorkenntnisse, Erfahrungen oder Überzeugungen (*observer bias*).

Zudem sollte die Heterogenität der Prüfergebnisse berücksichtigt werden. Die Streuung der Ergebnisse zwischen den KVen ist in manchen Bereichen verhältnismäßig groß, so dass, gerade auch unter Berücksichtigung der teilweise kleinen Fallzahlen, der vorsichtigen Interpretation der KV-bezogenen Ergebnisse eine große Bedeutung zukommt, um signifikante Auffälligkeiten von zufälligen Ereignissen zu unterscheiden.

Während KV-bezogene Stichproben reine Zufallsstichproben darstellen (zufällig ausgewählte, in der Regel mindestens 4 % der Fälle), kann das bundesweite Ergebnis als geschichtete Stichprobe betrachtet werden. Bei einer geschichteten Stichprobe werden aus jeder „Schicht“ (hier KV-Region) unabhängige Zufallsstichproben gezogen, die dann eine bundesweite Auswahl der Fälle aus den unabhängigen Stichprobenziehungen darstellen. Eine geschichtete Stichprobe erlaubt eine validere Schätzung von Parametern als eine einfache Stichprobe.

Darüber hinaus wird gewährleistet, dass auch kleinere Teilgesamtheiten in einer für die Datenanalyse ausreichenden Zahl in der Stichprobe vertreten sind.

Vor dem Hintergrund dieser Limitationen ist es schwierig, alleine auf der Basis der Stichprobenergebnisse verlässlich auf die Qualität der medizinischen Behandlung im betrachteten Leistungsbereich zu schließen. Es ist aber auch nicht die primäre Intention, solche Schlussfolgerungen zu ziehen. Vielmehr sollten die ausgewählten Einzelfallprüfungen als solche bewertet werden, um ggf. erforderliche Maßnahmen zur Mängelbehebung und Qualitätsverbesserung einleiten zu können.

Perspektivisch wäre zu ermitteln, welche inhaltlichen Mängel zur Gesamtbewertung (z.B. bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen) führen, um einschätzen zu können, wo Verbesserungsbedarf bzw. Verbesserungspotenziale liegen.

Obligate Stichprobenprüfungen

Konventionelle Röntgendiagnostik

An den Stichprobenprüfungen im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik beteiligten sich alle 17 KVen. In den Jahren 2008 bis 2010 wurden die Prüfungen zur allgemeinen Röntgendiagnostik und Computertomographie gemäß § 3 Abs. 1 QP-RL von einigen KVen zusammen durchgeführt (2008: fünf KVen; 2009: drei KVen; 2010: eine KV).

Bundesweit wurden zwischen 1.553 (2012) und 2.537 (2010) Ärzte überprüft. Im Jahr 2012 konnte, im Vergleich zu den Vorjahren, ein deutlicher Rückgang des Prüfumfangs verzeichnet werden (ca. 1.000 Ärzte weniger als 2010 und 2011). Dies deutet auf eine sukzessive Annäherung des Prüfumfangs an die Mindestvorgaben der QP-RL hin, etwa in der KV Bayerns (2009-2011 jeweils ca. 30 %; 2012: 4,5 %) oder KV Schleswig-Holstein (2009-2011 jeweils ca. 30 %; 2012: 8,5 %).

Alle KVen haben den geforderten Prüfumfang von „in der Regel mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte“ erreicht, eine Unterschreitung des Prüfumfangs fand nur vereinzelt statt. Zudem lag der Prüfumfang bei einigen KVen weit über der Mindestanforderung von vier Prozent. Der Anteil der geprüften Ärzte war, vor allem in den ersten beiden Jahren, zwischen den KVen stark variabel und lag zwischen 1,9 % (KV Niedersachsen, 2008) und 47 % (KV Hamburg, 2009). Insgesamt ist jedoch im Laufe der Jahre eine Angleichung des Prüfumfangs an die Vorgaben des G-BA zu beobachten.

Die Ergebnisse der 5-Jahres-Auswertung lassen im letzten Jahr einen Rückgang der Mängel erkennen. Die Anteile der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen zeigen 2012 erstmals einen deutlichen Abfall bei zuvor leichter jährlicher Steigerung (erhebliche Beanstan-

dungen: 8,3 %; schwerwiegende Beanstandungen: 4,1 %), wenngleich der Anteil an geringen Beanstandungen bereits seit 2010 abnimmt.

Die KV-bezogenen Prüfergebnisse weisen eine große Streuung auf. Diese Heterogenität ist aufgrund der mitunter geringen Fallzahl der Prüfergebnisse in einzelnen Kategorien und KVen nur zum Teil als signifikant zu betrachten.

Als Maßnahme zur Qualitätsförderung bei festgestellten Mängeln wurde von den KVen am häufigsten die schriftliche Empfehlung bzw. Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist gewählt. Weniger häufig wurden Nichtvergütungen oder Rückforderungen eingesetzt. Beratungsgespräche, die mit einem großen zeitlichen Arbeitsaufwand für die Kommissionsmitglieder verbunden sind, wurden in den Jahren 2008, 2010 und 2011 bei jeweils etwa 80 Ärzten und in den Jahren 2009 und 2012 bei knapp 50 Ärzten durchgeführt. Die Anzahl an Kolloquien ist in den letzten drei Jahren deutlich angestiegen.

Im gesamten Zeitraum wurden kriterienbezogene Prüfungen aufgrund festgestellter erheblicher oder schwerwiegender Mängel („Wiederholungsprüfung“) veranlasst. Ca. 60 bis 80 % der erneut geprüften Ärzte haben die Wiederholungsprüfung mit einem sehr guten (keine Beanstandungen) oder guten (geringe Beanstandungen) Ergebnis abgeschlossen.

Computertomographie

In den Jahren 2008 bis 2010 wurden die Prüfungen in der konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie gemäß § 3 Abs. 1 QP-RL von einigen KVen zusammen durchgeführt (siehe oben „konventionelle Röntgendiagnostik“). Gemäß Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie (QBR-RL) war es den KVen möglich, die Prüfungen bei überwiegend guten oder sehr guten Ergebnissen in vorhergehenden Routineprüfungen auszusetzen. Von dieser Regelung haben 2011 lediglich drei und 2012 sechs KVen Gebrauch gemacht. Im betrachteten Zeitraum ist die Anzahl der Prüfungen von 306 (2009) und 382 (2010) auf 117 (2012) gesunken. Die überwiegende Mehrheit der KVen hat den geforderten Prüfumfang von „in der Regel mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte“ überprüft. Bei einigen KVen lag der Prüfumfang weit über der Mindestanforderung von vier Prozent. Der Anteil der geprüften Ärzte variierte zwischen den KVen von 2,2 % bis 47,8 %. Insgesamt ist jedoch wie im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik eine Angleichung des Prüfumfanges an die Mindestvorgaben der Richtlinie zu beobachten.

Die 5-Jahres-Auswertungen der Prüfergebnisse zeigen im Bereich der Computertomographie generell sehr gute Ergebnisse, die eine weitere Aussetzung der Prüfungen rechtfertigen kann. Erhebliche und schwerwiegende Mängel traten im gesamten Zeitraum lediglich vereinzelt auf; in den ersten zwei Jahren wurden keine schwerwiegenden Mängel festgestellt. Die Rate der geringen Beanstandungen sank kontinuierlich von 16,5 % auf 6 %.

Aufgrund der guten Ergebnisse scheint die Heterogenität zwischen einzelnen KVen wenig ausgeprägt. Die überwiegende Mehrheit der KVen hat im gesamten betrachteten Zeitraum keine Mängel bei den überprüften Ärzten festgestellt. Als Maßnahme zur Qualitätsförderung bei festgestellten Mängeln überwiegt die schriftliche Empfehlung sowie die Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen.

Die insgesamt sehr guten Ergebnisse der Routineprüfungen begründen die geringe Prüfaktivität der KVen im Rahmen kriterienbezogener Prüfungen. Diese wurden lediglich vereinzelt durchgeführt.

Magnetresonanz-/Kernspintomographie

Stichprobenprüfungen in der Kernspintomographie wurden 2008 von 15, 2009-2010 von 17 und 2011-2012 von 16 KVen durchgeführt. Fast alle KVen haben die Vorgaben der QP-RL umgesetzt, lediglich drei KVen haben den Prüfumfang begründet unterschritten und konnten bspw. aus organisatorischen Gründen keine Prüfungen durchführen. Bei einigen KVen lag der Prüfumfang weit über der Mindestanforderung von vier Prozent. Insgesamt ist jedoch auch in diesem Leistungsbereich eine Angleichung des Prüfumfanges an die Vorgaben der Richtlinie zu beobachten.

Bundesweit wurden zwischen 237 (2012) und 414 (2010) Ärzte überprüft. 2012 war das Prüfungsvolumen um bis zu ca. 170 Ärzte geringer als in den Jahren 2009 bis 2011. Hauptsächlich resultiert dies aus der Reduktion des Prüfumfanges der KV Bayerns von 40 bis 60 % auf 22,7 %.

Der 5-Jahresverlauf deutet auf insgesamt gute Ergebnisse hin. Im gesamten Zeitraum wurden lediglich vereinzelt schwerwiegende Mängel festgestellt. Der Anteil geringer Beanstandungen zeigte 2012 erstmals einen deutlichen Abfall (20,3 %) bei zuvor relativ hoher Quote, die zwischen 33 und 42 % lag.

Kriterienbezogene Prüfungen wurden selten durchgeführt (zwischen 6 (2010) und 44 (2011)). Die überwiegende Anzahl der erneut geprüften Ärzte hat die fachliche Befähigung in einer Wiederholungsprüfung erfolgreich bestätigt.

Gute Ergebnisse in der Kernspintomographie legen nahe, im Zuge der Aktualisierung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie über eine analoge Regelung zur Möglichkeit der Aussetzung von Prüfungen wie bei der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie im Bereich Computertomographie nachzudenken.

Arthroskopie

In 2008 und 2009 wurden Stichprobenprüfungen eigeninitiativ von acht KVen auf der Grundlage KV-eigener Regelungen durchgeführt (zwischen 3,8 und 42,8 % der abrechnenden Ärzte). In 2010 trat unterjährig die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL) in Kraft,

mit einem dort für die ersten beiden Jahre festgelegten Prüfumfang von zehn Prozent. Gleichwohl wurde diese Anforderung in 2010 bereits von 12 KVen umgesetzt. 2011 und 2012 haben nahezu alle KVen ihren Prüfumfang an diese Vorgaben angepasst. Bundesweit wurden zwischen 246 (2009) und 396 (2011) Ärzte geprüft.

Die 5-Jahres-Auswertung lässt bislang keine zufriedenstellende Entwicklung der Prüfergebnisse erkennen. Die Anteile erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen sind verhältnismäßig hoch (knapp 20 %). Wenngleich bei geringen Beanstandungen im betrachteten Zeitverlauf eine kontinuierliche Reduktion dieser Mängel zu beobachten ist. Die Prüfergebnisse lassen, ähnlich im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik, eine große Streuung zwischen den KVen erkennen.

Fakultative Stichprobenprüfungen

Es obliegt der Entscheidung der KV, ob in einem bestimmten Bereich fakultative Stichprobenprüfungen durchgeführt werden. Fakultative Stichprobenprüfungen fanden in den Bereichen Arthroskopie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, ambulantes Operieren, Ultraschalldiagnostik, schlafbezogene Atmungsstörungen, MR-Angiographie, interventionelle Radiologie, substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger und Onkologie statt. Allerdings werden einige Bereiche nur von einer oder zwei KVen geprüft. Vor dem Hintergrund, dass die Bereiche selektiv geprüft werden und das Prüfvolumen insgesamt eher gering ist, ist eine vergleichende Bewertung der Prüfergebnisse nicht sinnvoll und nicht auf Bundesebene übertragbar.

2 Einleitung

2.1 Stichprobenprüfungen als Instrument der Qualitätsförderung

Die Stichprobenprüfungen, anhand derer die Qualität der ärztlichen Aufzeichnungen retrospektiv begutachtet wird, stellen eine wichtige Maßnahme zur Förderung der Qualität dar und sind eine entscheidende Säule der vertragsärztlichen Qualitätssicherung. Die Stichprobenprüfungen etablierten sich als geeignetes und für den Arzt aufwandarmes Standardinstrument, um die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung darzustellen und zu fördern. Zweck der Stichprobenprüfung ist die Schaffung von Anreizen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität durch Einzelfallprüfungen sowie die Erschließung von Verbesserungspotenzialen.

In den Stichprobenprüfungen werden Prozessqualität und Aspekte der Ergebnisqualität betrachtet. Sie ergänzen das etablierte Qualitätssicherungssystem der KVen, das primär von Strukturanforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte, aber auch apparativen, organisatorischen und baulichen Vorgaben nach § 135 Abs. 2 SGB V geprägt ist.

In § 136 SGB V ist die Rolle der KVen als zentrale Akteure in der vertragsärztlichen Qualitätsförderung festgelegt. Nach Absatz 1 haben die KVen Maßnahmen zur Förderung der Qualität durchzuführen und die Ziele und Ergebnisse dieser Maßnahmen jährlich zu veröffentlichen.

Das Verfahren der Stichprobenprüfungen beinhaltet wichtige Vorteile gegenüber anderen Maßnahmen zur Sicherung und Förderung der Qualität: Stichprobenprüfungen der Patientenunterlagen (Schrift- und Bilddokumentationen) erlauben Aussagen mit vergleichsweise hoher Validität zur Prozessqualität und zu Aspekten der Ergebnisqualität (z.B. diagnostische Bildqualität, Schlüssigkeit der Befunderhebung). Sie sind eine unverzichtbare Ergänzung zu Strukturanforderungen (z.B. auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V) und nicht abhängig von Indikatoren oder Surrogatparametern, die oft nicht zur Verfügung stehen oder deren Validität gering sein kann.

Die Akzeptanz dieser Prüfungen beruht auf verhältnismäßig unbürokratischen Verfahrensabläufen, da die (berufsrechtliche) Pflicht zur Führung und Aufbewahrung von patientenbezogenen ärztlichen Aufzeichnungen ohnehin besteht und der Aufwand einer Prüfung sich für den Arzt auf die Zusammenstellung und den Versand der Unterlagen beschränkt. Darüber hinaus sind die Kosten für diese qualitätssichernde Maßnahme im Vergleich zu anderen Maßnahmen, bei denen z.B. externe Dienstleister eingebunden sind, relativ gering. Die in den QS-Kommissionen der KVen tätigen Ärzte engagieren sich dort ehrenamtlich neben ihrer Praxistätigkeit.

2.1.1 Bisherige Praxis und Durchführung der Stichprobenprüfung

Die medizinische Qualitätssicherung gehört zum obligatorischen Bestandteil ärztlichen Handelns und ist ein Merkmal des alltäglichen Versorgungsgeschehens in der Praxis. Das Ziel der Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungen ist, die Qualität der Arbeitsprozesse und der Arbeitsergebnisse aufrechtzuerhalten, ggf. zu verbessern und zu fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es unabdingbar, Problembereiche rechtzeitig zu erkennen und zu analysieren sowie geeignete Lösungsansätze zu entwickeln und diese dann erfolgreich umzusetzen. Durch die gesetzliche Verpflichtung sind die Vertragsärzte aufgefordert, die Qualität ihrer Leistungen systematisch und umfassend zu hinterfragen und gezielte Anstrengungen zu unternehmen, um diese zu verbessern.

Mit der Gesundheitsreform wurden 1989 die Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung aus der Reichsversicherungsordnung in das SGB V übernommen. Damit wurde der rechtliche Rahmen der Qualitätssicherung in der Medizin geschaffen und die ersten gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung etabliert (Igl, 1999; Pfandzelter, 2014). Die maßgeblichen Vorschriften sind im neunten Abschnitt des vierten Kapitels „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ (§§ 135 bis 139c SGB V) zusammengefasst. Somit wurden im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes im Jahr 1989 die KVen nach § 136 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall zu prüfen.

Die Auswahl, der Umfang und das Verfahren der Stichprobenprüfungen waren bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1.1.2004 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen festzulegen. Die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung bei den Stichprobenprüfungen wurden durch den (damaligen) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 SGB V entwickelt.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung nach § 136 SGB V wurden zunächst im Jahr 1992 für die Bereiche Röntgendiagnostik und Computertomographie, im Jahr 2000 für den Bereich Kernspintomographie und 2010 für den Bereich der Arthroscopie verabschiedet. Für diese Leistungsbereiche (konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie und Arthroscopie) sind somit Stichprobenprüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V obligat.

2.1.2 Auswahl, Umfang und Verfahren bei Stichprobenprüfungen

Mit Inkrafttreten der „Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung, QP-RL)“ des G-BA zum 1.1.2007 wurde die bisher bewährte Praxis der KVen weiterentwickelt und hinsichtlich bundeseinheitlicher Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen konkretisiert.

Die Richtlinie soll ein vergleichbares Vorgehen der KVen bei der Durchführung der Stichprobenprüfungen begünstigen, ohne die regionalen Gegebenheiten bei der Auswahl der überprüften Leistungsbereiche oder eventuell zu ergreifenden Maßnahmen unnötig zu behindern. Dabei umfassen die Stichprobenprüfungen nicht nur die Bereiche Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie, für die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen, sondern auch weitere Leistungsbereiche, die im Ermessen von den KVen geprüft werden, wie z.B. Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, ambulantes Operieren oder langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen. Gleichzeitig ist die von einzelnen KVen getroffene Auswahl der für Stichprobenprüfungen vorgesehenen Leistungsbereiche sehr unterschiedlich und hängt von den regionalen Bedingungen und Merkmalen der vertragsärztlichen Versorgung in den betreffenden Leistungsbereichen ab.

Auch nach Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können die KVen weiterhin Stichprobenprüfungen auf Grundlage eigener Kriterien zur Qualitätsbeurteilung durchführen, sofern für den geprüften Leistungsbereich keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegen.

Gemäß QP-RL werden die zu überprüfenden Ärzte zufällig ausgewählt. Dabei sind pro Jahr in der Regel mindestens vier Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden Ärzte zu überprüfen (zufallsgesteuerte Stichprobenprüfungen bzw. „Routineprüfungen“). Ebenfalls zufällig wird ermittelt, welche Behandlungsfälle bei einem konkreten Patienten zu einem bestimmten Datum begutachtet werden.

Die KV fordert per Anforderungsschreiben beim Arzt die (schriftlichen und bildlichen) Unterlagen (Dokumentationen) zu in der Regel 12 Behandlungsfällen (Patienten) an. Im Gegensatz zu datengestützten Qualitätssicherungsverfahren sind bei Stichprobenprüfungen somit die (originalen) Aufzeichnungen des Arztes zum Behandlungsfall inkl. ggf. vorhandener Bilder, Messkurven u.ä. Gegenstand der Prüfung. Die vom Arzt eingereichten Unterlagen werden in der KV hinsichtlich der Vollständigkeit überprüft und an eine QS-Kommission zur fachlichen Beurteilung weitergeleitet.

2.1.3 Bundeseinheitliche Vorgaben zur Organisation und zur Durchführung der Stichprobenprüfungen

Die bundeseinheitlichen Vorgaben zur Organisation sowie Eckpunkte zur Durchführung der Stichprobenprüfungen sind zusätzlich zur QP-RL des G-BA in den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V festgelegt (z.B. Qualitätssicherungskommission, Kolloquium, Praxisbegehung). Diese Richtlinien sind am 1.1.2000 in Kraft getreten.

2.1.3.1 QS-Kommissionen

Eine QS-Kommission besteht gemäß § 3 Abs. 2 QP-RL aus mindestens drei im jeweiligen Fachgebiet besonders qualifizierten ärztlichen Mitgliedern. Zur weiteren Erhöhung der Fachkompetenz der QS-Kommission können die Kommissionen Sachverständige hinzuziehen, die kein Stimmrecht, sondern nur Mitberatungsrecht haben. Sitzungen der QS-Kommission werden von einem Mitarbeiter der KV begleitet.

§ 3 Abs. 5 QP-RL verleiht den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen das Recht, insgesamt zwei ständige ärztliche Vertreter in die Kommissionen zu entsenden. Diesen steht in den Kommissionen kein Stimmrecht, sondern nur ein Mitberatungsrecht zu. Sie müssen in dem jeweiligen Leistungsbereich und in der Regel auch in der Qualitätssicherung über ausreichende Fachkompetenz verfügen.

Darüber hinaus können die KVen gemäß § 3 Abs. 6 QP-RL qualifizierte Beobachter des G-BA zu einzelnen Sitzungen der QS-Kommission einladen. Diese Berechtigung soll den Kommissionen die Möglichkeit geben, sich in der Anwendung der QP-RL unmittelbar durch den Normgeber informieren zu lassen. Zusätzlich soll dem G-BA ein realitätsnahes Bild von möglichen Anwendungsproblemen der Richtlinie vermittelt werden. Den Vertretern des G-BA kommt lediglich beobachtender Status und kein Mitberatungs- oder Stimmrecht zu.

Gemäß § 3 Abs. 1 QP-RL können die KVen QS-Kommissionen mit Zuständigkeit für mehrere Leistungsbereiche einrichten. Zudem können sie für mehrere KVen zuständig sein (KV-übergreifende QS-Kommissionen).

Der Abstimmungsmodus der QS-Kommission wird im § 3 Abs. 7 QP-RL geregelt. Die Entscheidungen werden von den Mitgliedern oder stellvertretenden Mitgliedern mit einfacher Stimmenmehrheit gefällt. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

Die Arbeit der QS-Kommissionen ist mit einem enormen zeitlichen Aufwand für die Kommissionsmitglieder verbunden. Bei diagnostischen Verfahren wie der Kernspin- oder Computertomographie beispielsweise, wo umfangreiches Bildmaterial gesichtet werden muss, wird ein

mittlerer Zeitbedarf von 60 Minuten und mehr pro Stichprobenprüfung berichtet. Auch die Durchführung der Maßnahmen zur Qualitätsförderung (Kolloquien, Beratungsgespräche, Praxisbegehungen) sind ein fester Bestandteil der Aufgaben der QS-Kommissionen.

2.1.3.2 Beurteilungskategorien und Bewertungsschemata

2.1.3.2.1 Röntgen, CT und Kernspin-/Magnetresonanztomographie (MRT)

Die QS-Kommission nimmt für die Dokumentation jedes Patienten eine Einzelbewertung anhand von vier Beurteilungskategorien vor. Auf der Grundlage der 12 Einzelbewertungen erfolgt eine Gesamtbewertung nach denselben vier Beurteilungskategorien. Mit dem Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V wurden die Beurteilungskategorien „keine“, „geringe“, „erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Beanstandungen vereinheitlicht.

Allerdings wurde die Zuordnung von Mängeln zu einer Beurteilungskategorie sowie die Bildung einer Gesamtbeurteilung aufgrund des großen Spektrums der potenziell zu prüfenden Leistungsbereiche und des bereichsübergreifenden Charakters der Richtlinie bewusst nicht operationalisiert. Es blieb unbestimmt, wie ggf. festgestellte Mängel den vier Beurteilungskategorien zuzuordnen sind und wie sich die Gesamtbewertung aus den Einzelbewertungen zusammensetzt. Damit verbunden war die Schwierigkeit einer direkten Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen KV-Regionen. Diesem Umstand Rechnung tragend wurden auf Initiative der KBV und der KVen zunächst für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie bundeseinheitliche Bewertungsschemata erarbeitet. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, um Empfehlungen für ein einheitliches Verfahren für die Stichprobenprüfungen in der radiologischen Diagnostik, in der Computertomographie und in der Kernspintomographie zu erarbeiten, mit dem Ziel, eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung der entsprechenden Regelungen zu fördern. In der Arbeitsgruppe wurden Empfehlungen für die Zuordnung einer Einzelbewertung zu den Beurteilungskategorien und die Ermittlung der Gesamtbewertung aus den Einzelbewertungen erarbeitet. Auf freiwilliger Basis konnten diese Beurteilungsschemata in den QS-Kommissionen getestet werden, daran haben sich im Bereich der Röntgendiagnostik zunächst zwölf KVen beteiligt, in der Computertomographie 13 KVen. Am häufigsten wurde das neue Prüfschema im Bereich der Kernspintomographie eingesetzt – dort wurde es von insgesamt 14 KVen erprobt.

Nach fast zweijähriger Anwendungsphase fand im Dezember 2009 ein Erfahrungsaustausch über die Anwendbarkeit der Beurteilungskriterien und der Handhabung der Beurteilungsschemata mit Vertretern der KVen statt. Die Arbeitsgruppe beschloss einstimmig, das Schema im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu modifizieren. Das neue, überarbeitete Bewertungsschema, das zu einer strengeren Gesamtbewertung führte, wurde in die

„Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V“ vom 22.12.2010 überführt.

2.1.3.2.2 Arthroskopie

Die neue „Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie, QBA-RL)“ wurde am 17.12.2009 beschlossen und ist am 3.3.2010 in Kraft getreten. Zur Förderung der einheitlichen Umsetzung der QBA-RL wurde von KBV und KVen – in Anlehnung an bereits bewährte Beurteilungsschemata in anderen Leistungsbereichen (siehe 2.1.3.2.1) – ein Bewertungsschema entwickelt. Das Bewertungsschema für die Arthroskopie befindet sich derzeit in der Testphase und wird von einigen KVen eingesetzt. Es ist geplant, das Beurteilungsschema in die Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zu überführen.

Die Bewertungsmatrix zu den Einzelergebnissen von Dokumentationen beinhaltet fünf Prüfungsinhalte – „eindeutige Identifikation Arzt/Patient“, „medizinische Fragestellung und Operationsgrund“, „schriftliche Dokumentation der Operation“, „technische Bilddokumentation“ und „bildliche Darstellung der Operation“.

2.1.3.3 Maßnahmen zur Qualitätsförderung

Die KVen entscheiden im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der QS-Kommission über die eventuell zu treffenden Maßnahmen. Je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel sind eine oder mehrere Maßnahmen zu ergreifen. Wenn keine Beanstandungen festgestellt wurden, wird dem Arzt ein entsprechender Bescheid zugeschickt. Bei geringen Beanstandungen erhält der Arzt Empfehlungen zur Behebung der Mängel oder ein Beratungsgespräch. Bei erheblichen Beanstandungen kann darüber hinaus eine Nichtvergütung der beanstandeten Leistungen, eine zeitnahe Fortsetzung der Stichprobenprüfungen und/oder eine Praxisbegehung beschlossen werden. Darüber hinaus kann zusätzlich zu diesen Maßnahmen der Arzt im Falle einer schwerwiegenden Beanstandung unverzüglich zu einem Kolloquium geladen werden.

2.1.4 Kooperation bei Stichprobenprüfungen mit Behörden

Die Qualitätssicherung bei der Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen erfolgt auch gemäß § 17a Röntgenverordnung (RöV) und bei der medizinischen Strahlenanwendung gemäß § 83 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) durch Ärztliche Stellen (ÄSten). Die organisatorische Zuordnung der ÄSten ist bundesweit uneinheitlich. Die ÄSt für Vertragsärzte ist in

Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein bei der KV angesiedelt, die die Überprüfungen gemäß RöV und Richtlinien des G-BA (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie i. V. m. der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) durchführt. Der zu überprüfende Arzt muss demzufolge die Unterlagen dort nur an die KV schicken, die beide Prüfungen durchführt. Die Prüffrequenz ist aufgrund dieser Doppelfunktion in diesen KVen höher.

Um den bürokratischen Aufwand bei den Überprüfungen für die einzelnen Ärzte zu minimieren, kooperieren einzelne KVen im Rahmen der zufallsbezogenen Stichprobenprüfung bei radiologischen Untersuchungen (Röntgen und CT) mit der ÄSt, auch wenn diese nicht bei der KV, sondern bei der Ärztekammer bzw. Landesärztekammer angesiedelt ist.

Gemäß § 285 Abs. 3 Satz 2 SGB V dürfen die zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 136 SGB V erhobenen Daten an die ärztlichen Stellen nach § 17a RöV und nach § 83 StrlSchV übermittelt werden. Die ÄSten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Niedersachsen stimmen sich mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Stichprobenziehung ab.

In einigen KV-Gebieten gibt es keinen Austausch bzw. keine Zusammenarbeit mit den bei den Ärztekammern bzw. Landesärztekammern angesiedelten ÄSten hinsichtlich der Prüfungen¹.-Auch die ÄSt des Saarlandes, die eine gemeinsame Einrichtung der Ärztekammer Saarland und der KV Saarland ist, führt nur die Prüfungen gemäß RöV durch. Mit der TÜV SÜD Life Service GmbH, die als ÄSt in Hessen die Prüfungen im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums und des Hessischen Ministeriums für Umwelt, Energie, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gemäß RöV durchführt, besteht ebenfalls keine Kooperation seitens der KV Hessen. Für den Arzt bedeutet das, dass er von der ÄSt und von der KV unabhängig voneinander angeschrieben wird und Dokumentationen übermitteln muss.

2.2 5-Jahres-Auswertung

In der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V (QP-RL) wurde ein jährliches Berichtswesen eingeführt. Die KVen übermitteln für jedes Kalenderjahr bis zum 30. April des Folgejahres ihre Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen („Gesamtbewertung“) sowie den Anteil der geprüften Ärzte an der Gesamtzahl der abrechnenden Ärzte an die KBV. Des Weiteren werden Informationen zu QS-Kommissionen (Anzahl, Zusammensetzung der Mitglieder und Zuständigkeit) sowie die Anzahl der eingesetzten Maßnahmen mitgeteilt. Eine Begründung für die Unterschreitung des Prüfungsumfanges muss ebenfalls dokumentiert werden. Bei der Durchführung von kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen sind zudem die zur

¹ Berlin, Bremen, Nordrhein Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe

Stichprobe führenden Kriterien zu dokumentieren (§ 4 Abs. 3 QP-RL). Die Daten der einzelnen KVen werden von der KBV zusammengeführt und dem G-BA bis zum 30. Juni zur Verfügung gestellt.

Seit Inkrafttreten der QP-RL im Jahr 2007 legte die KBV bisher sechs Jahresberichte vor (Prüfungsjahre 2007-2012). Im ersten Berichtsjahr 2008 wurden die Ergebnisse der Stichproben aus dem Prüfungsjahr 2007 dargestellt, der jüngste Bericht (2013) umfasst die Daten des Prüfungsjahres 2012.

Mit Inkrafttreten der QP-RL wurde in einigen KV-Bereichen die bis dahin bewährte Prüfungspraxis der KVen in QS-Kommissionen geändert. Dies führte in der Umstellungsphase im Jahr 2007 bei einigen KVen zu erheblichen (organisatorischen) Problemen. Die Umstellung in der praktischen Umsetzung war daher nicht mit einem einfachen administrativen Akt gleichzusetzen – in einigen Leistungsbereichen konnten keine entsprechenden Daten geliefert werden. Aufgrund der Unvollständigkeit der Daten, die mit der beginnenden organisatorischen Umstrukturierung bei einigen KVen verbunden war, wurden die Ergebnisse aus dem Jahr 2007 im vorliegenden Bericht nicht dargestellt.

Die Auswertungen beziehen sich demzufolge auf die Prüfungsjahre 2008 (Berichtsjahr 2009), 2009 (Berichtsjahr 2010), 2010 (Berichtsjahr 2011), 2011 (Berichtsjahr 2012) und 2012 (Berichtsjahr 2013). Der in dem vorliegenden Bericht verwendete Begriff „das erste Prüfungsjahr“ verweist daher auf das Prüfungsjahr 2008.

Seit 2008 werden die Stichprobenprüfungen gemäß der neuen QP-RL von allen KVen in vollständiger Form an die KBV übermittelt. Die vorliegende 5-Jahres-Auswertung der Prüfungsjahre 2008 bis 2012 dient dazu, die Entwicklung der Prüfergebnisse in der vertragsärztlichen Versorgung nach Inkrafttreten der QP-RL nach § 136 Abs. 2 SGB V darzustellen. Zusätzlich werden die im Rahmen der Berichtspflicht von den KVen übermittelten Angaben – die Zusammensetzung der QS-Kommissionen, der Umfang der Stichprobenprüfung und ggf. die Begründung für die Unterschreitung, die Maßnahmen zur Qualitätsförderung sowie die Gründe bei der Durchführung der kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen – ebenfalls ausgewertet.

Die vorliegende 5-Jahres-Auswertung kann zugleich als Analyse der QP-RL angesehen werden, die Hinweise zur Überarbeitung und Weiterentwicklung der Richtlinie liefert.

An dieser Stelle ist es wichtig, auf einige Aspekte hinzuweisen, die bei der Interpretation der 5-Jahres-Auswertung berücksichtigt werden sollen. So zeigen die Prüfergebnisse in manchen Leistungsbereichen eine starke Heterogenität zwischen den einzelnen KVen. Diese sind einerseits auf die geringe Fallzahl der geprüften Ärzte bei manchen KVen zurückzuführen. Kleinere Stichproben können die Repräsentativität der Gesamtheit nicht immer abbilden. Je grö-

ßer die Fallzahl ist, desto mehr eliminieren sich zufällige Effekte, die das Ergebnis beeinflussen. Andererseits können auch regionale Regelungen auf KV-Ebene (additiv zu Regelungen des G-BA und der KBV) und unterschiedliche Prüfverfahren der KVen eine Auswirkung auf Prüfergebnisse haben.

Ein wesentlicher Aspekt betrifft die Reliabilität der Stichprobenprüfungen (Hofer et al., 2000; Pfandzelter, 2014). Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V gehören zu Erhebungsmethoden, die durch Fremdbeurteilungen erfahrener Rater (Gutachter) durchgeführt werden (im Gegensatz zu anderen Erhebungsmethoden wie z. B.: Selbstberichte oder standardisierte Fragebögen). Bei Fremdbeurteilungen spielt die Güte des Verfahrens, die sogenannte Interrater-Reliabilität (Urteilerübereinstimmung), oft eine entscheidende Rolle. Interrater-Reliabilität bezeichnet das Ausmaß der Übereinstimmungen bei Beurteilung eines Sachverhaltes durch zwei oder mehrere Gutachter (z.B. die Beurteilung von Röntgenbildern durch verschiedene Radiologen). Bei Stichprobenprüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V kann sie, aufgrund variierender Anzahl der Kommissionsmitglieder, in einigen Fällen beschränkt sein. Zudem sind bei manchen KVen mehrere QS-Kommissionen angesiedelt, die unabhängige Entscheidungen treffen.

Um die Reliabilität zu erhöhen, bietet es sich an, mehrere Kommissionsmitglieder einzubinden und deren unabhängige Bewertungen zu mitteln (Hofer et al., 2000). Darüber hinaus gibt es Studien, die zeigen, dass zwei Gutachter, die einen Fall zunächst unterschiedlich bewerten, nach einer Diskussion des Falls zwar oft zu einem Konsens finden, dieser aber die tatsächliche Qualität nicht zutreffender abbildet als die ursprünglichen Einzelbewertungen (Hofer et al., 2000; Pfandzelter, 2014).

Zudem ist bei Qualitätsprüfungen grundsätzlich die Validität zu beachten (Pfandzelter, 2014). So konnte durch Studien belegt werden, dass Überprüfungen von ärztlichen Aufzeichnungen zwar die Qualität der Aufzeichnungen verbessern (Heath, 1990), inwieweit sich aber eine korrekte Beurteilung der tatsächlichen Versorgungsqualität und ggf. eine Qualitätsverbesserung erreichen lassen, ist unklar. Beispielsweise kann ein Arzt, der nur verkürzt oder unvollständig dokumentiert, durchaus ausgezeichnete Qualität liefern (Gompertz et al., 1994; Wan und Connell, 2000). In der Patientenakte hält der Arzt fest, was er getan hat. Die Gründe, warum er etwas getan hat, also die Überlegungen, des Arztes, bestimmte Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen oder zu unterlassen, sind meist vielschichtig und können allenfalls ansatzweise dargestellt werden. Gerade bei komplexen Behandlungsverläufen ist eine für Außenstehende nachvollziehbare Dokumentation des Entscheidungsgangs kaum erreichbar. Aussagen zur tatsächlichen vom Arzt gelieferten Versorgungsqualität sind dann nur eingeschränkt möglich.

Die Konsequenz dieser Einflussfaktoren ist dann die zum Teil beträchtliche Streuung der Prüfergebnisse, die in manchen Leistungsbereichen erkennbar ist. Der Aspekt der heteroge-

nen Ergebnisse auf KV-Ebene ist insofern von großer Bedeutung, als die tatsächlichen qualitativen Auffälligkeiten von zufälligen Ereignissen unterschieden werden müssen.

Es ist außerdem zu beachten, dass durch die Richtlinien- und Vereinbarungsentwicklungen gewisse Verschiebungen, Abweichungen und Differenzen entstehen, die eine vergleichende Interpretation der Prüfergebnisse über die Jahre einschränken können (z. B.: das neue Bewertungsschema für die Bereiche der konventionellen Röntgendiagnostik, CT und MRT, fakultative Stichprobenprüfungen der Jahre 2008-2009 im Leistungsbereich der Arthroskopie).

Alle Auswertungen im Ergebnisteil (Kapitel 3) beziehen sich auf die aggregierten Daten der KVen.

3 Ergebnisse

3.1 Erläuterung der Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen der jeweiligen Leistungsbereiche werden anhand von Indikatoren auf Bundes- und zum Teil auf KV-Ebene dargestellt. Zentrale, für das Verständnis wichtige Begriffe werden im Folgenden ausführlicher erläutert.

3.1.1 Obligate Stichprobenprüfungen

Obligate Stichprobenprüfungen werden in Leistungsbereichen durchgeführt, für die der G-BA Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien beschlossen hat (konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanz-/Kernspintomographie und Arthroskopie). Sie werden sowohl im Rahmen zufallsgesteuerter Stichprobenprüfungen (Routineprüfungen) als auch kriterienbezogener Prüfungen zu Grunde gelegt.

3.1.1.1 Routineprüfungen

Routineprüfungen sind zufallsgesteuerte Stichprobenprüfungen, die bei ausgewählten Ärzten nach dem Zufallsprinzip (in der Regel mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte) durchgeführt werden.

Die Auswertungen der Routineprüfungen umfassen folgende Parameter (Indikatoren):

- Rate der geprüften Ärzte pro KV
- Gesamtrate der geprüften Ärzte
- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis
- Bundesweite Anzahl der Beanstandungen
- Bundesweite Gesamtrate der Beanstandungen
- Rate der Beanstandungen pro KV
- Maßnahmen der KVen

- Rate der geprüften Ärzte pro KV

Dieser Wert informiert über den Stichprobenprüfumfang der KVen gemäß § 4 Abs. 2 QP-RL. Anhand dieser Berechnung, die das Verhältnis aus der Anzahl der überprüften Ärzte („Stichprobenziehungen“) und der Anzahl der abrechnenden Ärzte darstellt, wird sichergestellt, ob der in der Richtlinie geforderte Mindestumfang von in der Regel vier Prozent erreicht wurde.

Die Anzahl der überprüften Ärzte („Stichprobenziehungen“) kann ggf. geringfügig von der Anzahl der Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis („Prüfergebnisse“) abweichen. Diese

Differenz kann sich daraus ergeben, dass zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an die KBV nicht alle Prüfergebnisse vollständig vorlagen (Rate der geprüften Ärzte pro KV in Tabellen: 2, 8, 13 und 18).

- Gesamtrate der geprüften Ärzte

Dieser Wert zeigt den Prüfumfang der Stichprobenprüfungen („Gesamtrate“) bezogen auf alle KVen, die geprüft haben. Dieser ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe aller überprüften Ärzte („Stichprobenziehungen“) und der Summe aller abrechnenden Ärzte, die von jeder prüfenden KV dokumentiert wurde (Gesamtrate der geprüften Ärzte in Tabellen: 2, 8, 13 und 18).

- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Die Anzahl der geprüften Ärzte, die von jeder prüfenden KV übermittelt wird, wird addiert und als (bundesweite) Anzahl der geprüften Ärzte dargestellt.

Die Anzahl der Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis („Prüfergebnisse“) kann ggf. geringfügig von der Anzahl der überprüften Ärzte („Stichprobenziehungen“) abweichen. Diese Differenz kann sich ergeben, wenn zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an die KBV nicht alle Prüfergebnisse vollständig vorlagen (Anzahl der geprüften Ärzte in Tabellen: 2, 8, 13 und 18).

- Bundesweite Anzahl der Beanstandungen

Auf der Grundlage der Einzelbewertungen der Schrift- und Bilddokumentationen jedes Patienten wird eine Gesamtbewertung aller von einem Arzt eingereichten Dokumentationen anhand der Beurteilungskategorien (keine, geringe, erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen) erstellt. Jede KV dokumentiert als Ergebnis der Stichprobenprüfungen („Prüfergebnisse“) die Anzahl der Ärzte, die nach der Überprüfung der Patientenunterlagen den jeweiligen Beurteilungskategorien zugeordnet wurden. Die Summe dieser Prüfergebnisse aller KVen bildet dann die bundesweite Anzahl der Beanstandungen im jeweiligen Leistungsbereich (bundesweite Anzahl der Beanstandungen in Abbildungen: 1, 5, 9 und 13).

- Bundesweite Gesamtrate der Beanstandungen

Auf der Grundlage der bundesweiten Anzahl der Beanstandungen werden die bundesweiten Gesamtraten der Beanstandungen (prozentuale Anteile) ermittelt.

Die Summe der angegebenen Einzelwerte kann ggf. im Nachkommabereich rundungsbedingt geringfügig von 100 % abweichen (bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen in Abbildungen: 2, 6, 10 und 14).

- Rate der Beanstandungen pro KV

Auf der Grundlage der Einzelbewertungen für die gesamten Unterlagen jedes Patienten wird eine Gesamtbewertung aller von einem Arzt eingereichten Dokumentationen anhand der Beurteilungskategorien (keine, geringe, erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen) erstellt. Jede KV dokumentiert als Ergebnis der Stichprobenprüfungen („Prüfergebnisse“) die Anzahl der Ärzte, die nach der Überprüfung der Patientenunterlagen den jeweiligen Beurteilungskategorien zugeordnet wurden. Auf dieser Grundlage lassen sich die prozentualen Anteile der Beanstandungen für jede KV ermitteln. Diese prozentualen Anteile der Beanstandungen werden aufgrund der besseren Darstellungsweise in dichotomisierter Form für jede KV dargestellt. Hierbei werden die berechneten Anteile zu keinen und geringen (K/G) sowie zu erheblichen und schwerwiegenden (E/S) Beanstandungen aufsummiert und dementsprechend dargelegt.

Die Summe der angegebenen Einzelwerte kann ggf. im Nachkommabereich rundungsbedingt geringfügig von 100 % abweichen (Rate der Beanstandungen pro KV in Tabellen: 4, 10, 15 und 20).

- Konfidenzintervalle

Es können Konfidenzintervalle (Vertrauensbereiche) angegeben werden, innerhalb derer sich die Parameter der Grundgesamtheit wahrscheinlich bewegen. Ein Konfidenzintervall gibt den Bereich an, in dem der tatsächliche Wert eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit liegt. Die Größe eines Konfidenzintervalls hängt von der Fallzahl und der Sicherheitswahrscheinlichkeit ab. In den vorliegenden Auswertungen wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % gearbeitet (Konfidenzintervalle in Tabellen: 3, 4, 9, 14 und 19).

- Maßnahmen der KVen

Die KVen übermitteln die Anzahl der Maßnahmen, die sie im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift getroffen haben. Die Summe dieser Maßnahmen bildet dann die bundesweite absolute Anzahl der eingesetzten Maßnahmen im jeweiligen Leistungsbereich ab (Maßnahmen der KVen in Abbildungen: 3, 7, 11 und 15).

3.1.1.2 Kriterienbezogene Prüfungen

Kriterienbezogene Prüfungen stellen gemäß § 4 Abs. 3 QP-RL Ausnahmen dar, die zusätzlich (gezielt) zu Routineprüfungen durchgeführt werden können. Bei kriterienbezogenen Prüfungen werden die Maßnahmen der KVen nicht bzw. nicht separat dokumentiert und können im vorliegenden Bericht nicht ausgewertet werden.

Die Auswertungen kriterienbezogene Prüfungen umfassen folgende Parameter (Indikatoren):

- Anzahl der geprüften Ärzte pro KV
- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis
- Prozentualer Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen
- Bundesweite Anzahl der Beanstandungen

- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis pro KV

Dieser Wert stellt die Anzahl Ärzte dar, die im Rahmen der kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen von jeder KV überprüft wurden.

Diese Angaben beziehen sich auf die Anzahl der geprüften Ärzte, deren Prüfergebnis zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an die KBV vorlag (Anzahl der geprüften Ärzte pro KV in Tabellen: 5, 11, 16 und 21).

- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

siehe: Routineprüfungen „Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis“.

Die Anzahl der Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis („Prüfergebnisse“) kann ggf. geringfügig von der Anzahl der überprüften Ärzte („Stichprobenziehungen“) abweichen. Diese Differenz kann sich daraus ergeben, dass zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an die KBV nicht alle Prüfergebnisse vollständig vorlagen (Anzahl der geprüften Ärzte in Tabellen: 5, 11, 16 und 21).

- Prozentualer Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen

Dieser Wert ermittelt den Prozentanteil der kriterienbezogenen Prüfungen in Bezug auf alle durchgeführten Stichprobenprüfungen (Routine- und kriterienbezogene Prüfungen) im jeweiligen Leistungsbereich.

Diese Angaben beziehen sich auf die Anzahl der geprüften Ärzte, die zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an die KBV über ein abgeschlossenes Prüfergebnis verfügt haben (prozentualer Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen in Tabellen: 5, 11, 16 und 21).

- Bundesweite Anzahl der Beanstandungen

siehe: Routineprüfungen „Bundesweite Anzahl der Beanstandungen“ (Bundesweite Anzahl der Beanstandungen in Abbildungen: 4, 8, 12, 16).

3.1.2 Fakultative Stichprobenprüfungen

Fakultative Stichprobenprüfungen werden nach Ermessen der KV in ausgewählten Leistungsbereichen auf Grundlage KV-eigener Qualitätsbeurteilungskriterien durchgeführt. Die Überprüfung erfolgt sowohl als zufallsgesteuerte (Routineprüfung) als auch kriterienbezogen. In Anbetracht des deutlich geringeren Prüfumfangs kriterienbezogener Prüfungen werden im vorliegenden Bericht lediglich die Ergebnisse der Routineprüfungen dargestellt.

Die Auswertungen fakultativer Stichprobenprüfungen umfassen folgende Parameter (Indikatoren):

- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis
- Gesamtrate der geprüften Ärzte
- Gesamtrate der Beanstandungen
- Maßnahmen der KVen

- Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

siehe: Routineprüfungen „Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis“

Diese Angaben beziehen sich auf diese Anzahl der geprüften Ärzte, die zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an die KBV über ein abgeschlossenes Prüfergebnis verfügt haben.

Einige Bereiche wurden lediglich von einer KV geprüft. Dementsprechend können die hier dargelegten Daten nicht als die bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte betrachtet werden (Bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte in Tabelle 22).

- Gesamtrate der geprüften Ärzte

siehe: Routineprüfungen „Gesamtrate der geprüften Ärzte“.

Einige Bereiche wurden lediglich von einer KV geprüft. Dementsprechend stellen die berechneten Werte keine bundesweiten Gesamtraten der geprüften Ärzte dar (Gesamtrate der geprüften Ärzte in Tabelle 23).

- Gesamtrate der Beanstandungen

siehe: Routineprüfungen „Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen“.

Diese prozentualen Anteile der Beanstandungen werden aufgrund der besseren Darstellung in dichotomisierter Form dargestellt. Hierbei werden die berechneten Anteile zu keinen und geringen (K/G) sowie zu erheblichen und schwerwiegenden (E/S) Beanstandungen aufsummiert und dementsprechend dargelegt.

Einige Bereiche wurden lediglich von einer KV geprüft. Dementsprechend stellen die berechneten Werte keine bundesweiten Gesamtraten der Beanstandungen dar. Die Summe der angegebenen Einzelwerte kann ggf. im Nachkommabereich rundungsbedingt geringfügig von 100 % abweichen (Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen in Tabelle 24).

- Maßnahmen der KVen

siehe: Routineprüfungen „Maßnahmen der KVen“ (Maßnahmen der KVen in Tabelle 25).

3.2 Obligate Stichprobenprüfungen

Im Folgenden werden die Auswertungen der Ergebnisse der obligaten Stichprobenprüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie und Arthroskopie den Prüfungsjahren 2008 bis 2012 dargestellt. Die Auswertungen der Routineprüfungen werden hierbei in folgende Abschnitte unterteilt:

- Zusammensetzung der QS-Kommissionen
- Umfang der Stichprobenprüfungen
- Ergebnisse der Gesamtbewertung
- Maßnahmen zur Qualitätsförderung

Darüber hinaus erfolgen in diesem Bericht auch Auswertungen zu den kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen. Diese stellen gemäß § 4 Abs. 3 QP-RL Sonderfälle dar, die zusätzlich (gezielt) zu den zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen durchgeführt werden können. Kriterienbezogene Stichprobenprüfungen werden bspw. veranlasst, wenn zwei Jahre nach Erteilung der Genehmigung erstmalig eine Abrechnung für die betreffende Leistung erfolgt oder ein Zeitraum von zwei Jahren zwischen dem Nachweis bzw. der Bestätigung der fachlichen Qualifikation und der Genehmigungserteilung liegt. Zudem können diese Prüfungen durchgeführt werden, wenn bei einer zufallsgesteuerten Stichprobe erhebliche oder schwerwiegende Mängel festgestellt worden sind. Das gleiche gilt bei begründeten Hinweisen auf eine unzureichende Qualität.

Als Anlass für eine kriterienbezogene Prüfung wurden bisher ausschließlich die festgestellten gravierenden Mängel bei den Routineprüfungen und zwar in allen obligaten Leistungsbereichen genannt. Die Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen sollen eher nicht als „Entwicklung der Qualität“ dargestellt werden (also nicht als Verlauf über die Jahre). Es handelt sich hier um keine Stichprobe, die aus der Grundgesamtheit gezogen wird, sondern um eine hochselektive Gruppe von Ärzten, die nicht die „Realität“ der Versorgungsqualität abbildet. Diese Ergebnisse sind nicht auf die Gesamtheit übertragbar. Kriterienbezogene Prüfungen („Wiederholungsprüfung“) sind individuelle Maßnahmen der KVen bei Ärzten, deren Doku-

mentation gravierende Beanstandungen aufweist (erhebliche und schwerwiegende. Es ist deshalb nicht zu erwarten, dass sich die Qualität von Jahr zu Jahr verbessert. Der 5-Jahres-Verlauf bei kriterienbezogenen Prüfungen ist also insofern wenig aussagekräftig, da keine Informationen vorliegen, welche Beanstandungen zu dieser Prüfung geführt haben. Da es sich um eine Subgruppe weniger Ärzte handelt, die im Zeitverlauf nicht konstant bleibt, ist die Darstellung einer Qualitätsentwicklung nicht möglich.

3.2.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Gemäß § 3 Abs. 1 QP-RL haben einige KVen die Bereiche „allgemeine Radiologie“ und „Computertomographie“ im Jahr 2008 zusammen geprüft. Zu denjenigen KVen, die dieses Prüfverfahren angewendet und umgesetzt haben, zählten: KV Berlin, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Niedersachsen, KV Nordrhein und KV Schleswig-Holstein. Die Ergebnisse im KBV-Bericht des Prüfungsjahres 2008 (Berichtsjahr 2009) wurden deshalb in zwei Varianten dargestellt:

1. Gemeinsame Darstellung aller Prüfungen zur „allgemeinen Radiologie oder Computertomographie“ (Bezug: abrechnende Ärzte, die Leistungen der allgemeinen Radiologie oder Computertomographie erbracht haben)
2. Separate Darstellung der Prüfungen zur allgemeinen Radiologie („nur allgemeine Radiologie“) und Computertomographie für die KVen, die diese Prüfungen getrennt durchgeführt haben.

Um eine Vergleichbarkeit der Auswertung über alle Prüfungsjahre zu ermöglichen, wurden daher die Daten des Prüfungsjahres 2008 im vorliegenden Bericht zusammengefasst. Dementsprechend beinhaltet die Auswertung im Jahr 2008 sowohl die KVen, die die Prüfungen zu „nur allgemeine Radiologie“, als auch diejenige KVen, die die Prüfungen zur „allgemeinen Radiologie“ oder „Computertomographie“ zusammen durchgeführt haben.

2009 wurden die Prüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie von drei (KV Berlin, KV Niedersachsen und KV Nordrhein) und 2010 von einer KV (KV Nordrhein) gemeinsam durchgeführt. In den Berichten der KBV wurden diese Bereiche als „konventionelle Röntgendiagnostik“ dargestellt und im vorliegenden Bericht ebenso ausgewertet.

Gemäß § 2 Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie (QBR-RL) in der Neufassung vom 17.6.2010 sind die konventionelle Röntgendiagnostik und die Computertomographie als getrennte Leistungsbereiche zu betrachten und jeweils in gesonderten Stichproben zu überprüfen.

3.2.1.1 Routineprüfungen

Zusammensetzung der Qualitätssicherungs-Kommissionen

Die Mehrzahl der KVen hat für den betrachteten Zeitraum QS-Kommissionen für „alle Gebiete der Radiologie“ oder für „konventionelle Röntgendiagnostik und CT“ eingerichtet. Zur Kommissionsarbeit ist zu bemerken, dass diese regional unterschiedlich organisiert ist. Insbesondere variieren die Zuständigkeitsbereiche – oft abhängig von der Größe der KV – z. B. kann eine Kommission für alle Gebiete der Radiologie (KV Saarland) oder ausschließlich für die allgemeine Röntgendiagnostik (KV Bayerns) zuständig sein.

Bei einigen KVen ist eine Ärztliche Stelle angesiedelt (siehe Kapitel 2.1.4.), die die Bild- und Schriftdokumentation zusätzlich auch nach der Röntgenverordnung prüft. Bei anderen KVen gibt es keine Zusammenarbeit bzw. Abstimmung bei den Prüfungen.

Tabelle 1 zeigt die bundesweite Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen für jedes Jahr. Bei der Betrachtung der Zusammensetzung lässt sich festhalten, dass bundesweit die höchste Anzahl an ärztlichen Mitgliedern im Jahr 2012 tätig waren (381). Die ärztlichen Mitglieder waren zwischen den KVen in unterschiedlicher Anzahl vertreten, die höchste Anzahl der ärztlichen Mitglieder wurde im Jahr 2009 bei der KV Niedersachsen festgestellt (81), wobei sich diese Zahl durch die organisatorische Aufteilung der KV in Bezirksstellen erklären lässt.

§ 3 Abs. 5 QP-RL regelt die Beteiligung der Vertreter der Krankenkassen in den QS-Kommissionen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene können für die Dauer der Amtsperiode der QS-Kommission insgesamt zwei ständige ärztliche Vertreter mit beratendem Status und ohne Stimmrecht benennen. Von dieser Regelung haben die Krankenkassen bisher in lediglich vier KVen Gebrauch gemacht. In Baden-Württemberg waren jedes Jahr zwei ärztliche Mitglieder der Krankenkassen in der QS-Kommission vertreten. In Niedersachsen wurden im Jahr 2009 fünf ärztliche Mitglieder und im Jahr 2010 ein ärztliches Mitglied der Krankenkassen benannt. Bei der KV Nordrhein wurde im Prüfungsjahr 2008 ein ärztliches Mitglied der Krankenkassen in die QS-Kommission hinzugezogen. In Brandenburg wurde von 2009 bis 2012 jeweils ein Teilnehmer der Krankenkassen benannt.

Tabelle 1: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

Mitglieder und Teilnehmer	2008	2009	2010	2011	2012
Ärztliche Mitglieder der KV	317	333	286	358	381
Ärztliche Mitglieder der Krankenkassen	3	7	3	2	2
Ärztliche Stellvertreter der KVen	83	173	116	k. A.	k. A.
Sachverständige der KV*	35	87	31	11	14
Teilnehmer der Krankenkassen	k. A.	1	1	1	1
Arzt der Ärztlichen Stelle nach der Röntgenverordnung	k. A.	2	1	2	1
Summe	438	603	438	374	399

*Folgende Teilnehmer der QS-Kommission wurden hier zusammengefasst: Medizinphysiker, Ärztliche Sachverständige der KVen, Ärztliche externe Sachverständige, Fachberater

Umfang der Stichprobenprüfungen

Bei der bundesweiten Betrachtung des Stichprobenumfangs lässt sich festhalten, dass die Gesamtrate in den ersten vier Jahren weit über 11 % lag; 2009 bis 2011 wurden bundesweit beinahe 14 % der abrechnenden Ärzte begutachtet.

Im ersten Prüfungsjahr wurden deutschlandweit bei mehr als 2.000 Ärzten Stichprobenprüfungen durchgeführt. 2009 bis 2011 ist die Anzahl um mehr als 500 Ärzte angestiegen. 2012 ist die Fallzahl auf 1.552 gesunken², dennoch war die bundesweite Gesamtrate verhältnismäßig hoch und betrug 8,4 %. Die Abnahme des Stichprobenumfangs im letzten Berichtsjahr lässt sich damit begründen, dass die KV Bayerns und KV Schleswig-Holstein ihren sehr hohen Prüfumfang von ca. 30 % in den Jahren zuvor auf 4,5 % bzw. 8,5 % reduzierten und somit an die Vorgaben in der Richtlinie angepasst haben. Diese Reduktion der Prüfaktivität im Jahr 2012 spiegelt sich auch in den bundesweiten absoluten Zahlen der geprüften Ärzte wider.

Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt die Raten der geprüften Ärzte für jede KV, die bundesweiten Gesamtraten sowie die bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte für jedes Jahr. Die überwiegende Mehrheit der KVen hat die geforderte Mindestanzahl von in der Regel mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte überprüft. Lediglich fünf KVen (KV Berlin, KV Brandenburg, KV Bremen, KV Niedersachsen und KV Sachsen-Anhalt) haben den geforderten Prüfumfang ein oder zwei Jahre unterschritten.

Im Jahr 2008 wurden bei der KV Berlin und KV Brandenburg jeweils 3,3 % der Ärzte geprüft. Die KV Berlin hat gemäß § 3 Abs. 1 QP-RL die Prüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik und CT gemeinsam durchgeführt. In den darauffolgenden Prüfungsjahren zeigte der

² Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

Prüfumfang einen stabilen Verlauf, der zwischen 4,3 % und 5,3 % lag. Auch die KV Brandenburg hat in dem darauffolgenden Prüfungsjahr 2009 die Stichprobenziehung um mehr als die Hälfte erhöht (8,4 %); alle weiteren Stichprobenziehungen wiesen außerdem einen stabilen und der Richtlinie entsprechenden Prüfumfang auf.

Bei der KV Niedersachsen konnte ein vergleichbarer Verlauf des Stichprobenumfangs beobachtet werden. Nach einem anfänglichen geringeren Prüfumfang von 1,9 % im Jahr 2008 wurde der Anteil der geprüften Ärzte in den nachkommenden Prüfungsjahren auf mindestens 4,0 % erhöht.

Von der KV Sachsen-Anhalt wurden organisatorische Gründe benannt, die zu einer Herabsetzung der Stichprobenziehung auf 2,2 % bzw. 2,6 % in den Prüfungsjahren 2008 und 2011 geführt haben. 2009, 2010 und 2012 wurde jedoch die Anzahl der geprüften Ärzte erhöht und entsprach damit dem in der Regel geforderten Anteil von mindestens vier Prozent.

Aus den Daten wird zusätzlich ersichtlich, dass bei den meisten KVen die Prüfkaktivität einen konstanten und gleichbleibenden Umfang hat. Hinzu kommt, dass einige KVen (KV Bayerns, KV Hamburg, KV Rheinland-Pfalz und KV Schleswig-Holstein) aufgrund ihrer Funktion als ÄSt deutlich mehr geprüft haben, als den in der Richtlinie geforderten Mindestanteil von in der Regel mindestens vier Prozent. Die Anteile lagen hierbei zwischen 8,5 % und sogar 47,0 %.

Tabelle 2: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

KV	2008	2009	2010	2011	2012
BW	8,1 %	8,0 %	7,7 %	9,4 %	9,4 %
BY	26,2 %	28,5 %	33,0 %	32,0 %	4,5 %
BE	3,3 %	4,5 %	4,3 %	5,3 %	5,0 %
BB	3,3 %	8,4 %	6,6 %	6,8 %	5,6 %
HB	20,3 %	4,2 %	4,5 %	4,0 %	3,9 %
HH	13,1 %	47,0 %	46,1 %	30,9 %	35,7 %
HE	6,8 %	6,4 %	4,2 %	4,1 %	4,3 %
MV	5,8 %	4,4 %	4,3 %	5,5 %	5,9 %
NI	1,9 %	4,2 %	4,0 %	4,4 %	4,5 %
NO	6,4 %	7,8 %	6,3 %	6,1 %	5,4 %
RP	13,5 %	24,8 %	25,4 %	32,3 %	33,8 %
SL	5,9 %	5,7 %	4,9 %	5,6 %	5,2 %
SN	6,7 %	5,6 %	4,4 %	5,6 %	4,6 %
ST	2,2 %	4,4 %	4,3 %	2,6 %	4,4 %
SH	30,1 %	34,0 %	32,9 %	27,6 %	8,5 %
TH	18,1 %	18,4 %	9,7 %	5,3 %	4,4 %
WL	8,4 %	8,8 %	10,2 %	12,7 %	11,4 %
Gesamtrate*	11,6 %	13,6 %	13,7 %	13,8 %	8,4 %
Anzahl der geprüften Ärzte**	2.067	2.634	2.538	2.523	1.552

* Bezogen auf alle KVEn die geprüft haben

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Ergebnisse der Gesamtbewertung

Die Schrift- und Bilddokumentationen der zwölf Patienten werden jeweils einzeln hinsichtlich folgender Parameter bewertet: Indikation, charakteristische Bildmerkmale einschließlich Bildidentifikation, wichtige Bilddetails, kritische Strukturen, Strahlenschutz und Befundung. Die Einzelbewertungen werden dann zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der 5-Jahres-Auswertung in Abbildungen 1 und 2 graphisch dargestellt. Tabelle 3 zeigt zusätzlich die Konfidenzintervalle.

Die Gesamtraten der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen zeigen vom ersten Prüfungsjahr bis 2011 einen kontinuierlichen Anstieg. Im Jahr 2011 wurde mit 420 bzw. 163 die höchste Anzahl der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen gemessen. Auch die Gesamtraten dieser Beanstandungen zeigten in 2011 den höchsten Stand im 5-

Jahresverlauf (16,6 % und 6,5 %). Die größte relative Zunahme der erheblichen und schwerwiegenden Mängel konnte dagegen im Jahr 2010 verzeichnet werden. Hierbei erhöhten sich die Anteile um 3 (erhebliche) bzw. um 2,5 (schwerwiegende) Prozentpunkte im Vergleich zu den Vorjahrswerten 2009.

Der Anstieg dieser Mängel, und zwar sowohl im Jahr 2010 als auch in 2011, könnte auf den Änderungen der Einzelbewertungen des Bewertungsschemas beruhen, die zu einer tendenziell strengeren Gesamtbewertung geführt haben (genaue Erläuterung dazu siehe Kapitel 2.1.3.2). Während im Prüfungsjahr 2010 das neue geänderte Bewertungsschema von mehreren KVen angewendet wurde, war es im Prüfungsjahr 2011 für alle KVen verpflichtend.

Die Ergebnisse im letzten Prüfungsjahr (2012) hingegen deuten auf eine positive Entwicklung der Qualität hin. Die bundesweiten Gesamtraten der geringen und erheblichen Beanstandungen zeigten hier den niedrigsten Stand seit Einführung des Berichtswesens. Hierbei war die Anzahl der geringen Beanstandungen mit 470 (30,3 %) und der erheblichen mit 129 (8,3 %) im Vergleich mit den Jahren zuvor am geringsten (nicht überlappende Konfidenzintervalle). Ferner ist der Anteil der schwerwiegenden Beanstandungen um 2,4 Prozentpunkte gegenüber dem Prüfungsjahr 2011 (6,5 %) gesunken.

Der positive Trend scheint sich auch im Erfassungsjahr 2013 fortzusetzen. Die vorläufige Auswertung der Prüfergebnisse deutet weiterhin auf niedrigere Raten der Beanstandungen hin (geringe: 29,3 %; erhebliche: 8 %; schwerwiegende: 4,3 %).

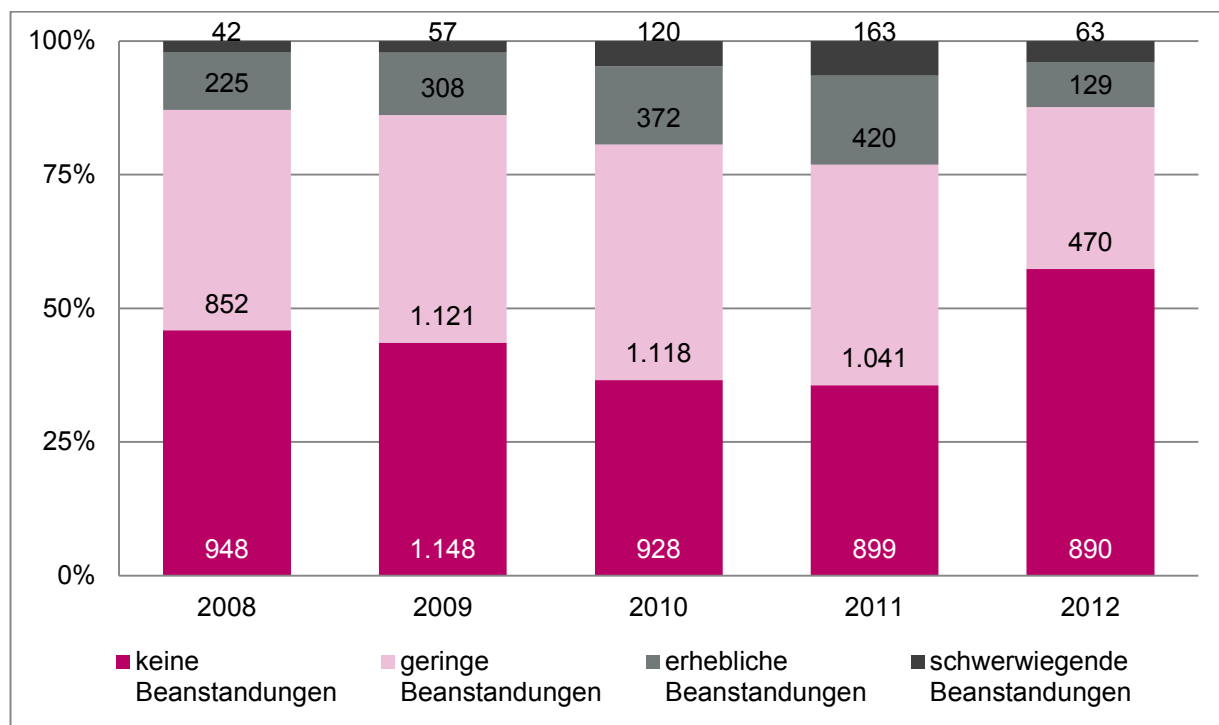


Abbildung 1: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

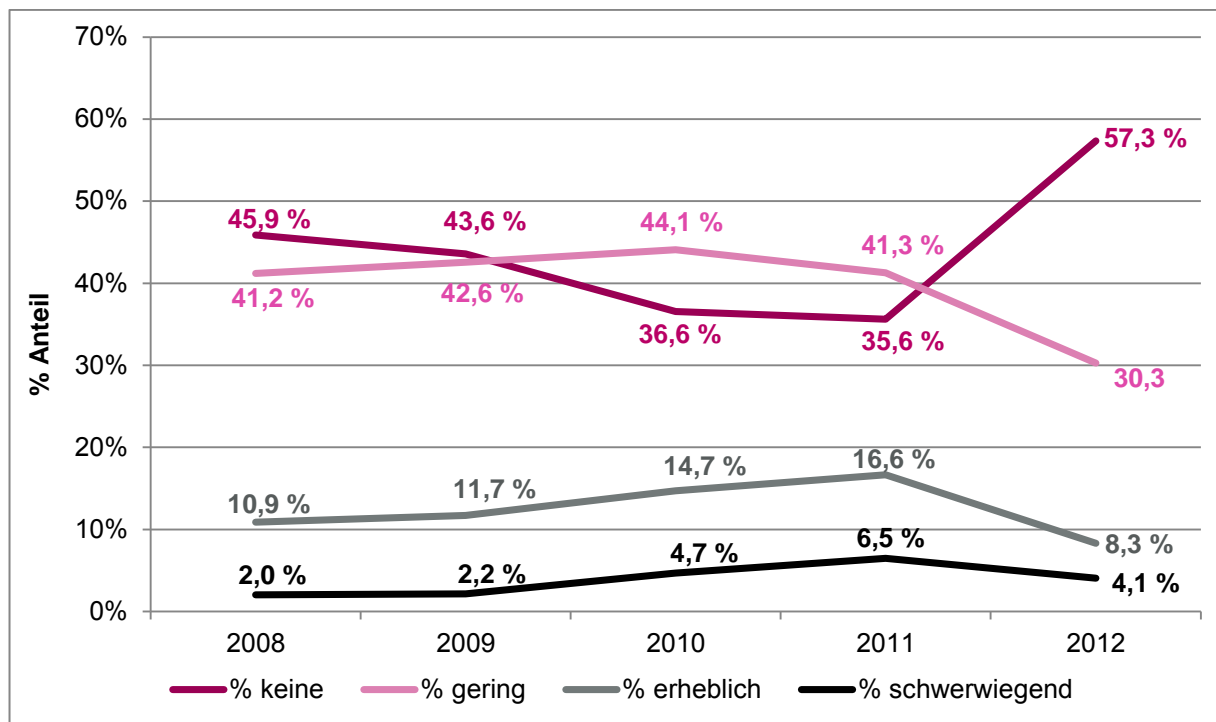


Abbildung 2: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

Tabelle 3: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

Bundesweite Gesamtrate der Beanstandungen; Konfidenzintervall	2008	2009	2010	2011	2012
% keine	45,9	43,6	36,6	35,6	57,3
untere Grenze	43,7	41,7	34,7	33,8	54,9
obere Grenze	48,0	45,5	38,4	37,5	59,7
% gering	41,2	42,6	44,1	41,3	30,3
untere Grenze	39,1	40,7	42,1	39,3	28,0
obere Grenze	43,3	44,4	46,0	43,2	32,6
% erheblich	10,9	11,7	14,7	16,6	8,3
untere Grenze	9,5	10,5	13,3	15,2	6,9
obere Grenze	12,2	12,9	16,0	18,1	9,7
% schwerwiegend	2,0	2,2	4,7	6,5	4,1
untere Grenze	1,4	1,6	3,9	5,5	3,1
obere Grenze	2,6	2,7	5,6	7,4	5,0

In Tabelle 4 werden die Raten der Beanstandungen pro KV sowie die Konfidenzintervalle für jedes Prüfungsjahr dargestellt.

Bei der Betrachtung und Interpretation dieser Ergebnisse ist es notwendig, die unterschiedliche Fallzahl der geprüften Ärzte zu berücksichtigen. Es gibt KVen, die deutlich weniger abrechnende Ärzte haben, als dies bei anderen KVen der Fall ist. Entsprechend unterschiedlich ist der Prüfumfang. Folglich werden, trotz Einhaltung der in der Richtlinie geforderten Mindestvorgaben von in der Regel mindestens vier Prozent, auch weniger Ärzte geprüft. Diese geringere Prüfaktivität konnte z.B. bei folgenden KVen beobachtet werden: KV Bremen, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Saarland und KV Sachsen-Anhalt. Hierbei lag die Anzahl der geprüften Ärzte im Jahr 2012 zwischen 8 (KV Bremen) und 19 (KV Sachsen-Anhalt). Eine kleinere Fallzahl ist in der Regel in der statistischen Auswertung durch weniger Power (Teststärke) nicht aussagekräftig genug, um (signifikante) Erkenntnisse treffen zu können. Je größer die Fallzahl ist, desto mehr eliminieren sich zufällige Effekte, die das Ergebnis beeinflussen. Die Streuung der Prüfergebnisse lässt sich anhand der dargestellten Konfidenzintervalle ablesen. Ein breites Intervall weist auf einen geringen Stichprobenumfang oder auf eine starke Variabilität in der Grundgesamtheit hin. Die hier dargestellten Konfidenzintervalle spiegeln die Problematik der kleinen Fallzahlen wider.

Trotz der zum Teil überlappenden Konfidenzintervalle sollte an dieser Stelle auf einige positive Trends hingewiesen werden. Es ist beispielsweise ersichtlich, dass sich der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen im Jahr 2010, trotz der Änderung des Bewertungsschemas, gegenüber dem Jahr 2009 bei fünf KVen (KV Hessen, KV Niedersachsen, KV Nordrhein, KV Sachsen, KV Westfalen-Lippe) verbessert hat.

Zudem ist bei fünf KVen (KV Brandenburg, KV Hamburg, KV Nordrhein, KV Schleswig-Holstein, KV Westfalen-Lippe) ab 2010 eine kontinuierliche Abnahme der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen zu verzeichnen.

Tabelle 4: Rate der Beanstandungen pro KV und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

KV	2008		2009		2010		2011		2012	
	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %
BW	96,7	3,3	100,0	0,0	94,4	5,6	91,1	8,9	96,5	3,5
untere Grenze	93,0	1,2			90,0	2,7	86,6	5,5	93,2	1,5
obere Grenze	98,8	7,0			97,3	10,0	94,5	13,4	98,5	6,8
BY	82,3	17,7	86,1	13,9	74,1	25,9	64,4	35,6	73,4	26,6
untere Grenze	79,7	15,2	83,7	11,7	71,3	23,3	61,3	32,7	65,4	19,5
obere Grenze	84,8	20,3	88,3	16,3	76,7	28,7	67,3	38,7	80,5	34,6
BE	86,4	13,6	90,3	9,7	50,0	50,0	54,8	45,2	48,3	51,7
untere Grenze	65,1	2,9	74,2	2,0	30,6	30,6	36,0	27,3	29,4	32,5
obere Grenze	97,1	34,9	98,0	25,8	69,4	69,4	72,7	64,0	67,5	70,6
BB	83,3	16,7	92,9	7,1	90,0	10,0	95,5	4,5	95,0	5,0
untere Grenze	51,6	2,1	76,5	0,9	68,3	1,2	77,2	0,1	75,1	0,1
obere Grenze	97,9	48,4	99,1	23,5	98,8	31,7	99,9	22,8	99,9	24,9
HB	76,2	23,8	33,3	66,7	33,3	66,7	100,0	0,0	87,5	12,5
untere Grenze	60,5	12,1	7,5	29,9	7,5	29,9			47,3	0,3
obere Grenze	87,9	39,5	70,1	92,5	70,1	92,5			99,7	52,7
HH	93,0	7,0	98,5	1,5	78,3	21,7	79,4	20,6	83,4	16,6
untere Grenze	83,0	1,9	95,8	0,3	72,0	16,2	71,8	14,2	77,0	11,3
obere Grenze	98,1	17,0	99,7	4,2	83,8	28,0	85,8	28,2	88,7	23,0
HE	80,8	19,2	51,1	48,9	67,9	32,1	58,3	41,7	75,4	24,6
untere Grenze	67,5	9,6	36,1	34,1	54,0	20,3	44,9	29,1	63,1	14,8
obere Grenze	90,4	32,5	65,9	63,9	79,7	46,0	70,9	55,1	85,2	36,9
MV	75,0	25,0	60,0	40,0	71,4	28,6	94,4	5,6	47,1	52,9
untere Grenze	50,9	8,7	32,3	16,3	41,9	8,4	72,7	0,1	23,0	27,8
obere Grenze	91,3	49,1	83,7	67,7	91,6	58,1	99,9	27,3	72,2	77,0
NI	100,0	0,0	88,5	11,5	96,1	3,9	92,5	7,5	96,3	3,7
untere Grenze			79,2	5,4	88,9	0,8	84,4	2,8	89,7	0,8
obere Grenze			94,6	20,8	99,2	11,1	97,2	15,6	99,2	10,3
NO	82,9	17,1	67,8	32,2	86,0	14,0	92,5	7,5	96,6	3,4
untere Grenze	75,6	11,3	62,6	27,3	79,4	8,9	86,7	3,6	91,6	0,9
obere Grenze	88,7	24,4	72,7	37,4	91,1	20,6	96,4	13,3	99,1	8,4
RP	92,2	7,8	91,3	8,7	90,1	9,9	83,7	16,3	87,9	12,1
untere Grenze	86,2	3,8	86,9	5,4	85,6	6,4	79,0	12,2	83,7	8,7
obere Grenze	96,2	13,8	94,6	13,1	93,6	14,4	87,8	21,0	91,3	16,3
SL	100,0	0,0	93,8	6,2	93,8	6,2	75,0	25,0	93,8	6,2
untere Grenze			69,8	0,2	69,8	0,2	47,6	7,3	69,8	0,2
obere Grenze			99,8	30,2	99,8	30,2	92,7	52,4	99,8	30,2
SN	94,2	5,8	88,6	11,4	91,4	8,6	84,4	15,6	100,0	0,0
untere Grenze	84,1	1,2	75,4	3,8	76,9	1,8	70,5	6,5		
obere Grenze	98,8	15,9	96,2	24,6	98,2	23,1	93,5	29,5		
ST	100,0	0,0	88,9	11,1	83,3	16,7	60,0	40,0	84,2	15,8
untere Grenze			65,3	1,4	58,6	3,6	26,2	12,2	60,4	3,4
obere Grenze			98,6	34,7	96,4	41,4	87,8	73,8	96,6	39,6

KV	2008		2009		2010		2011		2012	
	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
SH	91,1	8,9	88,2	11,8	76,5	23,5	82,5	17,5	84,9	15,1
untere Grenze	86,1	5,3	83,0	7,7	70,0	17,8	75,9	12,2	72,4	6,7
obere Grenze	94,7	13,9	92,3	17,0	82,2	30,0	87,8	24,1	93,3	27,6
TH	97,5	2,5	100,0	0,0	95,6	4,4	75,0	25,0	70,0	30,0
untere Grenze	91,3	0,3			84,9	0,5	53,3	9,8	45,7	11,9
obere Grenze	99,7	8,7			99,5	15,1	90,2	46,7	88,1	54,3
WL	90,0	10,0	88,1	11,9	91,0	9,0	91,7	8,3	93,7	6,3
untere Grenze	84,0	5,7	82,4	7,5	86,2	5,4	87,4	5,2	89,6	3,5
obere Grenze	94,3	16,0	92,5	17,6	94,6	13,8	94,8	12,6	96,5	10,4

*K/G- % keine/geringe Beanstandungen; E/S- % erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen
Dunkelgrau wurden Prüfergebnisse der KVen gekennzeichnet, bei denen die Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte sehr gering war (unter 20).

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

Aus den Beanstandungen haben die KVen unterschiedliche Konsequenzen, sowohl hinsichtlich der Häufigkeit, als auch bei der Wahl der Maßnahmen gezogen. Die einzelnen Angaben zu den Konsequenzen sind der Abbildung 3 zu entnehmen.

Das häufigste von den KVen eingesetzte Instrument war die schriftliche Empfehlung mit detaillierter Beschreibung der Mängel in der Schrift- und Bilddokumentation sowie der Verpflichtung zur Beseitigung. Diese wurden jährlich in ca. 80 % der Fälle an Ärzte verschickt. Beratungsgespräche mit QS-Kommissionsmitgliedern, meist in Verbindung mit schriftlichen Empfehlungen, wurden ebenfalls durchgeführt. In den Jahren 2008, 2010 und 2011 fand bei jeweils etwa 80 Ärzten und in den Jahren 2009 und 2012 bei knapp 50 Ärzten ein solcher Austausch statt. Relativ betrachtet, war die Häufigkeit der Beratungsgespräche über alle Jahre hinweg auf einem vergleichbaren Niveau.

Darüber hinaus haben KVen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen über die Qualitätssicherung in der Radiologie informiert, Schulungen für das Praxispersonal organisiert oder z.B. Lehr-MTRAs in die Praxen vermittelt.

Nichtvergütungen oder Rückforderungen der bereits geleisteten Vergütungen wurden im Durchschnitt jährlich in ca. 13 % aller Maßnahmen veranlasst. Demnach blieb die relative Häufigkeit dieser Maßnahme über alle Prüfungsjahre im Wesentlichen unverändert. Absolut gesehen, fand jedoch diese Maßnahme am häufigsten im Jahr 2010 bei 210 und im Jahr 2011 bei 304 Ärzten statt.

Die Anzahl der Kolloquien nahm im betrachteten Zeitraum kontinuierlich zu. Während im ersten Prüfungsjahr lediglich zehn (0,7 %) solche Fachgespräche zur Feststellung der fachlichen Befähigung des Arztes durchgeführt wurden, waren es im Jahr 2012 insgesamt 55 (5,3 %)

Kolloquien. Dabei wurden nahezu alle Kolloquien als bestanden bewertet, d.h. der geprüfte Arzt konnte seine fachliche Befähigung und ärztliche Fertigkeit nachweisen.

Überprüfungen der Ausstattung oder der Organisation der Praxis des Arztes fanden lediglich in den Jahren 2010 und in 2012 statt (je eine Praxisbegehung). Zu Genehmigungswiderrufen kam es bei jeweils vier (2008, 2010), einem (2009), sechs (2011) bzw. fünf (2012) Ärzten.

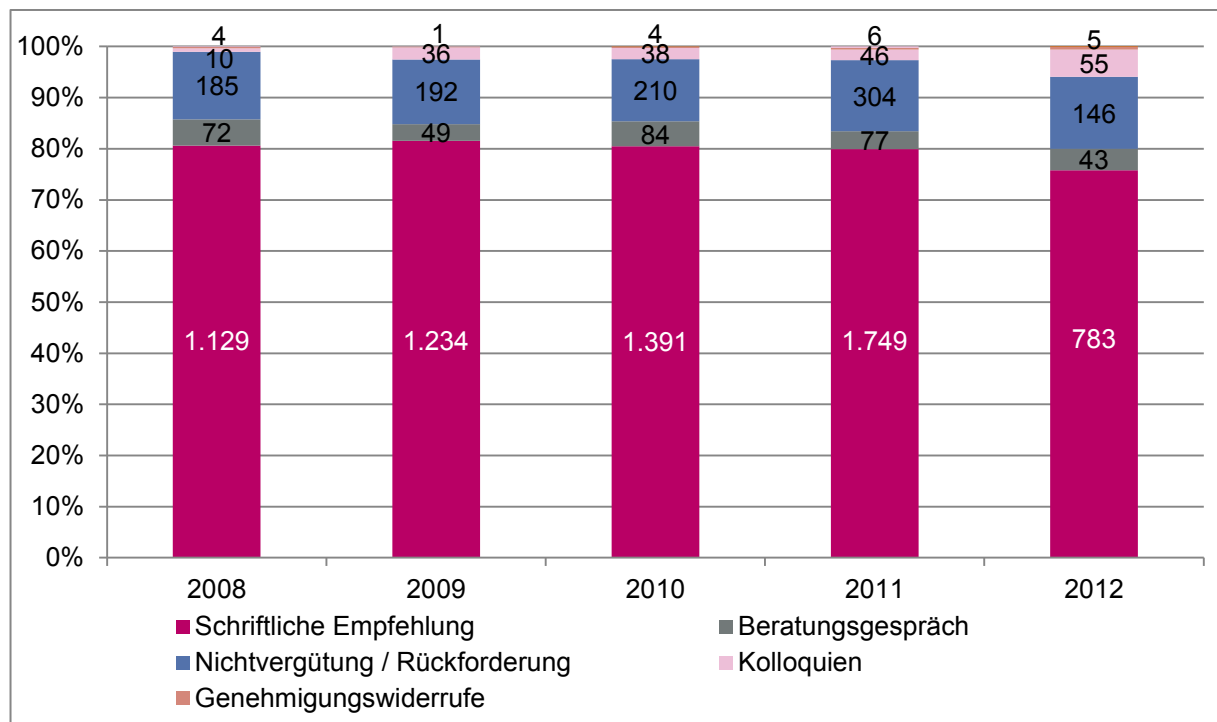


Abbildung 3: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

Aufgrund der besseren Darstellung wurden die Zahlen zu Maßnahmen „Praxisbegehungen“ und „Genehmigung mit Auflage“ im Diagramm nicht abgebildet.

Anzahl der Praxisbegehungen: 2008, 2009 und 2011: keine; 2010 und 2012: N=1

Anzahl der Genehmigungen mit Auflage: 2008, 2009: N=1; 2011: N=7; 2010 und 2012: keine

3.2.1.2 Kriterienbezogene Prüfungen

Im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik wurden jedes Jahr kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt, die aufgrund festgestellter erheblicher oder schwerwiegender Beanstandungen im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen veranlasst wurden („Wiederholungsprüfungen“, § 4 Abs. 3 Nr. 4 QP-RL). Die KVen können selbst entscheiden, ob Ärzte mit erheblichen oder schwerwiegenden Mängeln im Rahmen einer Wiederholungsprüfung erneut geprüft werden, oder ob andere Maßnahmen notwendig und sinnvoller wären. Gemäß QP-RL besteht keine Verpflichtung, solche Wiederholungsprüfungen bei auffälligen Ärzten durchzuführen.

Der 5-Jahresverlauf zeigt (Angaben in den KBV Berichten), dass alle anderen kriterienbezogenen Fälle, die in der Richtlinie als mögliche Gründe für die Durchführung solcher Prüfungen benannt worden sind, in den fünf Prüfungsjahren nicht eingetreten sind.³

Kriterienbezogene Stichprobenprüfungen wurden 2008, 2010, 2011 von zehn, sowie 2009 und 2012 von zwölf KVen durchgeführt. Bei neun KVen (KV Baden-Württemberg, KV Bayerns, KV Berlin, KV Hessen, KV Niedersachsen, KV Nordrhein, KV Sachsen-Anhalt, KV Schleswig-Holstein, KV Westfalen-Lippe) fanden die Prüfungen in jedem Jahr statt.

2008 bis 2010 machten die kriterienbezogenen Prüfungen ca. 6 % bis 7 % aller durchgeführten Prüfungen aus. Die Anzahl der Ärzte, die in den vorangegangenen Routineprüfungen auffällig war und somit einer erneuten Beurteilung unterzogen wurden, lag auf einem vergleichbaren Niveau zwischen 165 (2008 bzw. 166 in 2010) und 200 (2009). In den letzten zwei Prüfungsjahren hat sich die Anzahl der geprüften Ärzte erhöht. Hierbei wurden schriftliche und bildliche Dokumentationen von ca. 260 Ärzten erneut überprüft. Dieser Anstieg lässt sich durch die Zunahme der Mängel in den Prüfungsjahren 2010 und 2011 bei den zufallsgesteuerten Prüfungen begründen. Manche KVen haben auf diese Zunahme der Mängel reagiert, indem sie die Prüfaktivität bei den kriterienbezogenen Prüfungen erweitert haben. Als Beispiel können hierzu die KVen Bayerns (2011 und 2012), KV Rheinland-Pfalz (2012) und die KV Schleswig-Holstein (2011) benannt werden. Die genauen Daten hierzu sind aus Tabelle 5 zu entnehmen.

³ Im Bericht der KBV wurden im Jahr 2011 Zahlen zu kriterienbezogenen Fällen nach § 4 Abs. 3 Nr. 3 dokumentiert. Da es sich um einen Druckfehler handelt, sollen die dort dargestellten Zahlen entsprechend dem § 4 Abs. 3 Nr. 4 interpretiert werden.

Tabelle 5: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

KV	2008	2009	2010	2011	2012
BW	26	10	4	8	6
BY	15	62	80	141	166
BE	3	1	4	11	8
BB	--	--	--	--	2
HB	--	--	--	--	--
HH	4	15	--	--	--
HE	24	16	11	28	2
MV	--	--	--	--	--
NI	18	6	2	5	3
NO	25	50	11	6	1
RP	--	4	16	11	36
SL	--	--	--	--	2
SN	--	1	--	--	--
ST	1	2	2	2	1
SH	47	21	22	35	21
TH	--	--	--	--	--
WL	2	12	14	14	14
Anzahl der geprüften Ärzte*	165	200	166	261	262
Prozentualer Anteil kriterienbezogener Prüfungen	7,4	7,1	6,1	9,4	14,4

* Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Die bundesweiten Ergebnisse kriterienbezogener Prüfungen sind in Abbildung 4 dargestellt. Kriterienbezogene Prüfungen sind Wiederholungsprüfungen, die derzeit ausschließlich bei Ärzten mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen durchgeführt wurden. Anhand dieser Abbildung lässt sich somit die Verbesserung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit bei erneut geprüften Ärzten ablesen. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte hat nach der wiederholten Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation ihre fachliche Befähigung erfolgreich nachgewiesen. In den Prüfungsjahren 2008, 2009, 2010 und 2012 haben ca. 70 % bis 80 % der Ärzte die wiederholte Prüfung mit einem guten oder sehr gutem Ergebnis abgeschlossen (keine oder lediglich geringe Mängel). 2011 lag diese Quote bei ca. 60 %. Besonders bemerkenswert ist die Quote der Ärzte mit schwerwiegenden Beanstandungen, die 2012 lediglich knapp 5 % betrug.

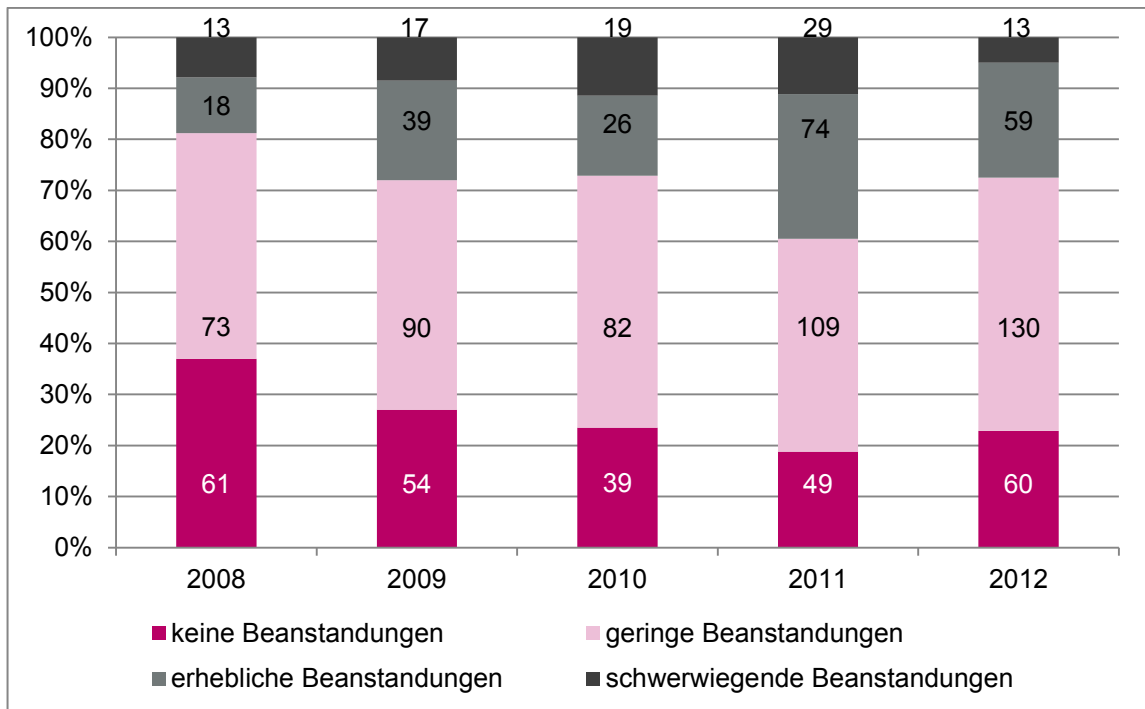


Abbildung 4: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

Tabelle 6 zeigt die Prüfergebnisse (Anzahl der Beanstandungen in dichotomisierter Form) kriterienbezogener Prüfungen für jede KV. Die Anzahl der geprüften Ärzte ist KV-abhängig und kann jährlich variieren, was entsprechende Auswirkungen auf die Fallzahlen hat. So wurden u.a. lediglich ein bis zwei Ärzte geprüft.

Die dargestellten Daten zeigen relativ heterogene Prüfergebnisse zwischen den einzelnen KVen. Bei einigen KVen wurde eine Verbesserung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit beobachtet, bei anderen KVen hat die Wiederholungsprüfung zum Nachweis weiterer Mängel geführt. In manchen Prüfungsjahren haben alle Ärzte die Wiederholungsprüfung bestanden und alle Mängel eliminiert (z. B.: KV Niedersachsen: 2008, 2010-2012; KV Nordrhein: 2008 2011-2012).

Tabelle 6: Rate der Beanstandungen pro KV bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik

KV	2008		2009		2010		2011		2012	
	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
BW	88,5	11,5	90,0	10,0	75,0	25,0	62,5	37,5	50,0	50,0
BY	66,7	33,3	51,6	48,4	72,5	27,5	56,0	44,0	68,7	31,3
BE	66,7	33,3	0,0	100,0	25,0	75,0	18,2	81,8	50,0	50,0
BB	--	--	--	--	--	--	--	--	100,0	0,0
HB	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
HH	100,0	0,0	100,0	0,0	--	--	--	--	--	--
HE	41,7	58,3	62,5	37,5	36,4	63,6	57,1	42,9	100,0	0,0
MV	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
NI	100,0	0,0	83,3	16,7	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
NO	100,0	0,0	82,0	18,0	90,9	9,1	100,0	0,0	100,0	0,0
RP	--	--	75,0	25,0	93,8	6,2	81,8	18,2	88,9	11,1
SL	--	--	--	--	--	--	--	--	100,0	0,0
SN	--	--	100,0	0,0	--	--	--	--	--	--
ST	100,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
SH	83,0	17,0	81,0	19,0	81,8	18,2	74,3	25,7	66,7	33,3
TH	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
WL	100,0	0,0	83,3	16,7	71,4	28,6	71,4	28,6	92,9	7,1

*K/G- % keine/geringe; E/S- % erhebliche/schwerwiegende

Die meisten KVen haben eine kleine Fallzahl von Ärzten geprüft (unter 20). Hellblau kennzeichnet die Prüfergebnisse der KVEn, bei denen die Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte größer als 20 war.

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

3.2.2 Computertomographie (CT)

Im Prüfungsjahr 2008 haben gemäß QP-RL fünf KVen die Stichprobenprüfungen zu Radiologie und CT zusammen durchgeführt (KV Berlin, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Niedersachsen, KV Nordrhein und KV Schleswig-Holstein). Im Jahr 2009 fanden nur noch in der KV Berlin, KV Niedersachsen und die KV Nordrhein diese Prüfung gemeinsam statt. Im darauffolgenden Jahr hat dann nur noch die KV Nordrhein beide Bereiche zusammen überprüft.

Mit dem Inkrafttreten der Neufassung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie (QBR-RL; 9.10.2010) wurde festgelegt, dass konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie als zwei getrennte Leistungsbereiche zu betrachten sind. Beide Bereiche sind in gesonderten Stichproben zu überprüfen. Für einen Übergangszeitraum von einem Jahr konnten die KVen jedoch auch weiterhin nach der bislang geltenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie Prüfungen durchführen.

Ferner erlaubt die neue QBR-RL, Routineprüfungen im Bereich der Computertomographie für bis zu zwei Jahren auszusetzen. Voraussetzung hierfür ist, dass in vorhergehenden Routineprüfungen überwiegend keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt wurden. Mit Beschluss vom Dezember 2012 wurde diese Frist um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2014 verlängert. Von dieser Regelung haben im Jahr 2011 nur die KVen in Niedersachsen, Sachsen und Westfalen-Lippe für das Gesamtjahr sowie in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern für die einzelnen Quartale Gebrauch gemacht. Im Jahr 2012 wurden die Prüfungen lediglich von sechs KVen ausgesetzt (KV Baden-Württemberg, KV Bayerns, KV Brandenburg, KV Bremen, KV Niedersachsen und KV Westfalen-Lippe).

3.2.2.1 Routineprüfungen

Zusammensetzung der Qualitätssicherungs-Kommissionen

Die meisten QS-Kommissionen wurden mit der Zuständigkeit „Alle Gebiete Radiologie“ eingerichtet. Zwei bis vier KVen haben QS-Kommissionen gegründet, die ausschließlich für die Computertomographie zuständig waren (z.B. KV Bayerns und KV Sachsen). Mehrfach wurden auch Kommissionen zusammengesetzt, die für die Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen in den Bereichen der Computertomographie, MRT und der konventionellen Röntgendiagnostik verantwortlich waren.

Tabelle 7 zeigt die Zusammensetzung und die Anzahl der Mitglieder der QS-Kommissionen. Krankenkassen haben nur selten von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ärztliche Vertreter mit beratendem Status in die QS-Kommission zu entsenden. Vertreter der Krankenkassen haben lediglich an den Sitzungen der QS-Kommissionen der KV Baden-Württemberg (2008-2012, jeweils zwei Mitglieder) und der KV Brandenburg (2009-2012, jeweils nur ein Teilneh-

mer) teilgenommen. In den Jahren 2009 und 2010 wurde bei der KV Niedersachsen und im Jahr 2008 bei der KV Nordrhein ein ärztliches Mitglied der Krankenkassen hinzugezogen.

Tabelle 7: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der Computertomographie

Mitglieder und Teilnehmer	2008	2009	2010	2011	2012
Ärztliche Mitglieder der KV	200	220	191	247	276
Ärztliche Mitglieder der Krankenkassen	3	3	3	2	2
Ärztliche Stellvertreter der KVen	81	71	72	k. A.	k. A.
Sachverständige der KV *	26	11	9	3	10
Teilnehmer der Krankenkassen	k. A.	1	1	1	1
Arzt der Ärztlichen Stelle nach der Röntgenverordnung	k. A.	k. A.	1	1	1
Summe	310	306	277	254	290

*Folgende Teilnehmer der QS-Kommission wurden hier zusammengefasst: Medizinphysiker, Arzt Ärztl. Stelle, Ärztliche Sachverständige der KVen, Ärztliche externe Sachverständige

Umfang der Stichprobenprüfungen

Um die Qualität der ärztlichen Tätigkeit in diesem Leistungsbereich beurteilen zu können, wurden in den Prüfungsjahren 2008 bis 2010 deutschlandweit ca. 10 % bis 15 % der Vertragsärzte geprüft (siehe Tabelle 8). 2008 und 2009 bestand die Möglichkeit, Röntgen und CT zusammen zu prüfen. 2008 haben fünf, und 2009 drei KVen diese Möglichkeit in Anspruch genommen. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 188 Ärzte geprüft, 2009 und 2010 hat sich die Anzahl auf 306 bzw. 383 Ärzte erhöht. In den letzten zwei Jahren ist die Prüfquote aufgrund der Regelung zur freiwilligen Aussetzung der Stichprobenprüfungen gemäß QBR-RL (Inkrafttreten: 1.1.2011) auf 9,3 % bzw. 6,8 % gesunken. Die Anzahl der geprüften Ärzte betrug hierbei 217 (2011) und 117 (2012).

Bei der Betrachtung der KV-bezogenen Daten lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der KVen den in der Richtlinie geforderten Mindestumfang von in der Regel mindestens vier Prozent erreicht hat. KVen, die diese Anforderungen nicht umgesetzt haben, konnten die Unterschreitung des Prüfumfanges begründen. Diese bezog sich meist auf die organisatorische bzw. technische Umstellung. Zu beachten ist jedoch, dass der geringere Prüfumfang in den darauffolgenden Jahren erhöht, zum Teil verdoppelt oder verdreifacht wurde (z. B.: KV Baden-Württemberg, KV Brandenburg, KV Westfalen-Lippe).

Insgesamt ist eine Angleichung an die Prüfvorgaben des G-BA zu beobachten. So haben einige KVen ihre Prüfaktivität im Laufe der Jahre reduziert (z. B. KV Sachsen, KV Sachsen-Anhalt, KV Thüringen), andere hingegen den Prüfumfang ausgeweitet (z. B. KV Baden-

Württemberg, KV Brandenburg, KV Hessen). Ausnahmen stellen die KVen dar, bei denen die ÄSten angesiedelt ist (KV Hamburg, KV Rheinland-Pfalz, KV Schleswig-Holstein) – deren Prüfumfang bewegt sich weiterhin auf hohem Niveau. Ab 2009 konnte bei einigen KVen ein relativ konstanter Prüfumfang, zwischen ca. 4 % und 8 %, dokumentiert werden (z.B.: KV Baden-Württemberg, KV Brandenburg, KV Hessen, KV Saarland).

Tabelle 8: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der Computertomographie

KV	2008	2009	2010	2011	2012
BW	3,8 %	6,4 %	6,1 %	3,9 %	--**
BY	22,6 %	32,6 %	47,8 %	9,8 %	--**
BE	--*	--*	4,5 %	6,1 %	5,2 %
BB	3,7 %	7,6 %	5,8 %	6,0 %	--**
HB	21,2 %	10,5 %	12,1 %	8,3 %	--**
HH	10,3 %	41,1 %	23,2 %	20,6 %	8,6 %
HE	3,8 %	4,1 %	5,2 %	6,8 %	5,6 %
MV	--*	3,2 %	3,2 %	1,4 %	4,8 %
NI	--*	--*	4,7 %	--**	--**
NO	--*	--*	--*	3,9 %	4,1 %
RP	10,0 %	8,8 %	11,4 %	38,2 %	20,3 %
SL	4,7 %	4,5 %	6,3 %	8,0 %	6,3 %
SN	9,2 %	8,0 %	4,5 %	--**	4,0 %
ST	9,4 %	7,7 %	4,2 %	1,4 %	3,7 %
SH	--*	27,2 %	27,5 %	24,1 %	7,8 %
TH	17,0 %	9,1 %	6,3 %	4,1 %	3,9 %
WL	2,2 %	8,2 %	10,6 %	--**	--**
Gesamtrate***	10,3 %	14,7 %	15,0 %	9,3 %	6,8 %
Anzahl der geprüften Ärzte#	188	306	383	217	117

* Gemeinsame Überprüfung von Röntgendiagnostik und CT

** Freiwillige Aussetzung der Prüfung

*** Bezogen auf alle KVen die geprüft haben

Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Ergebnisse der Gesamtbewertung

Die Prüfergebnisse aus dem ganzen Bundesgebiet lassen auf eine insgesamt sehr gute Qualität im Bereich Computertomographie schließen (siehe Abbildung 5 und 6).

Im betrachteten Zeitraum ist die Gesamtrate der Ärzte, bei denen keine Beanstandungen festgestellt wurden, langsam, aber kontinuierlich, von 82,4 % auf 87,2 % angestiegen. Die Gesamtrate der geringen Beanstandungen sank währenddessen von 16,5% auf 6 % stetig.

Die Gesamtraten der erheblichen Beanstandungen zeigten 2008 und 2009 mit knapp 1 % den geringsten Stand seit der Einführung des Berichtswesens. Diese sind in den darauffolgenden Jahren leicht angestiegen; die Anzahl der Ärzte, bei denen diese Mängel dokumentiert wurden, war jedoch verhältnismäßig gering (neun, drei und fünf Ärzte).

Schwerwiegende Mängel wurden in den ersten zwei Jahren nicht dokumentiert. Ab 2010 sind diese Anteile leicht auf 1,3 % (2010), 3,2 % (2011) bzw. 2,6 % (2012) angestiegen. Zu beachten ist jedoch, dass lediglich Prüfergebnisse einzelner Ärzte (zwischen drei und sieben) zu diesen erhöhten bundesweiten Gesamtraten der schwerwiegenden Beanstandungen geführt haben.

Dennoch lassen sich im letzten Prüfungsjahr 2012 positive Trends konstatieren. Hierbei ist der Anteil der schwerwiegenden Beanstandungen mit insgesamt sieben Ärzten von 3,2 % im Jahr 2011 auf 2,6 % (drei Ärzte) gesunken. Auch die bundesweite Gesamtrate der geringen Mängel wies im Jahr 2012 mit 6 % den niedrigsten Stand auf. Allerdings waren die berechneten Konfidenzintervalle im Jahr 2012 (siehe Tabelle 9) zum Teil breiter als die Konfidenzintervalle in Prüfungsjahren zuvor. Ein breites Intervall resultiert aus einem geringen Stichprobenumfang; 2012 wurde die niedrigste Fallzahl der Prüfungen dokumentiert (117 Ärzte).

Wie bereits erwähnt, wurde seit 2010 ein geringfügiger Anstieg der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen festgestellt. Ähnlich wie bei der konventionellen Röntgendiagnostik lassen sich diese Effekte einerseits auf das strengere Bewertungsschemas zurückführen (siehe Kapitel 2.1.3.2). Andererseits könnte auch die Regelung zur Aussetzung der Prüfung dazu führen, dass die Anteile dieser zwei Beurteilungskategorien angestiegen sind. Auf der Basis dieser Regelung haben im Jahr 2011 diejenige KVen ihre Prüfungen eingestellt, die vorwiegend gute Prüfergebnisse vorweisen konnten. Diejenigen KVen hingegen, die bei den Routineprüfungen auch erhebliche und schwerwiegende Mängel festgestellt haben, haben ihre Prüfungen im nächsten Jahr fortgesetzt (z.B.: KV Berlin, KV Rheinland-Pfalz, KV Sachsen-Anhalt, KV Thüringen). Zu beachten sind jedoch sehr kleine Fallzahlen der durchgeführten Prüfungen sowie oft nur einzelne Ärzte, die zu den erhöhten bundesweiten Gesamtraten geführt haben. Als Beispiel hierfür konnte das Prüfgeschehen der KV Sachsen-Anhalt benannt werden. 2010 wurden bei einem von drei geprüften Ärzten (Prüfumfang 4,2 %) schwer-

wiegende Beanstandungen (33,3 %) festgestellt. Aufgrund dieser hohen Rate wurden die Prüfungen 2011 fortgesetzt. In diesem Jahr betrug der Anteil der erheblichen Beanstandungen 100 %, da lediglich ein Arzt geprüft wurde. Infolgedessen hat die KV auch 2012 geprüft (zwei von drei Ärzten hatten keine, ein Arzt geringe Beanstandungen).

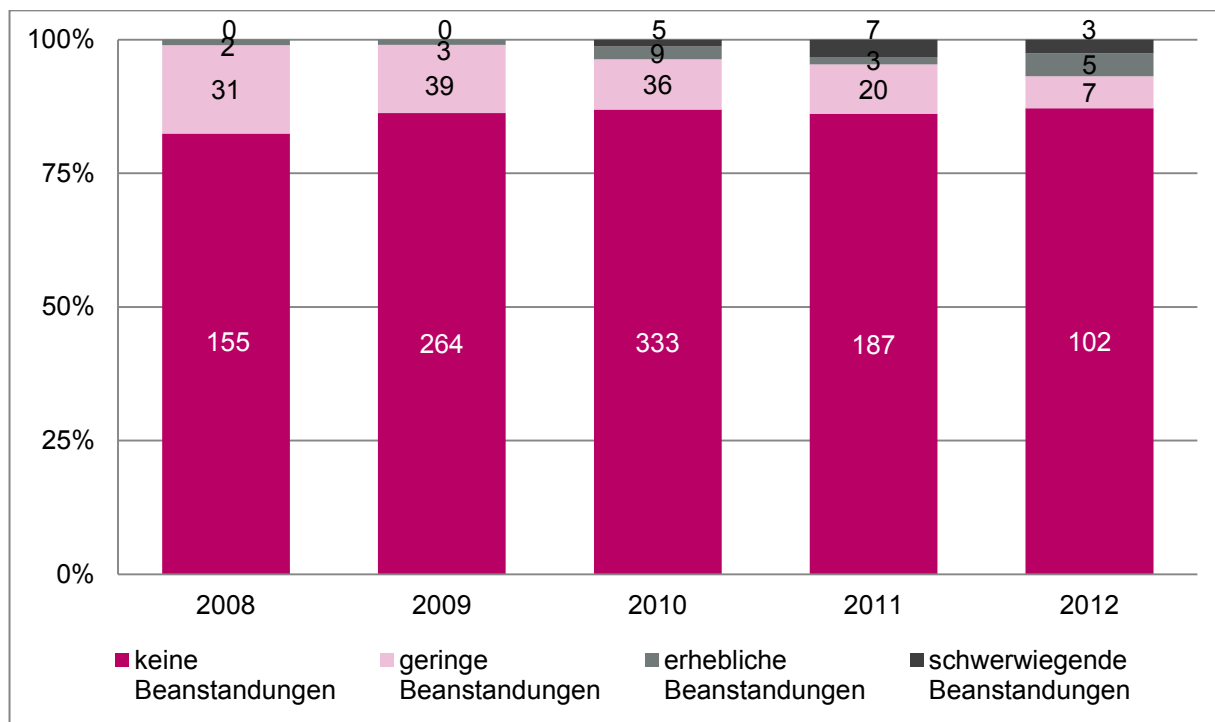


Abbildung 5: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der Computertomographie

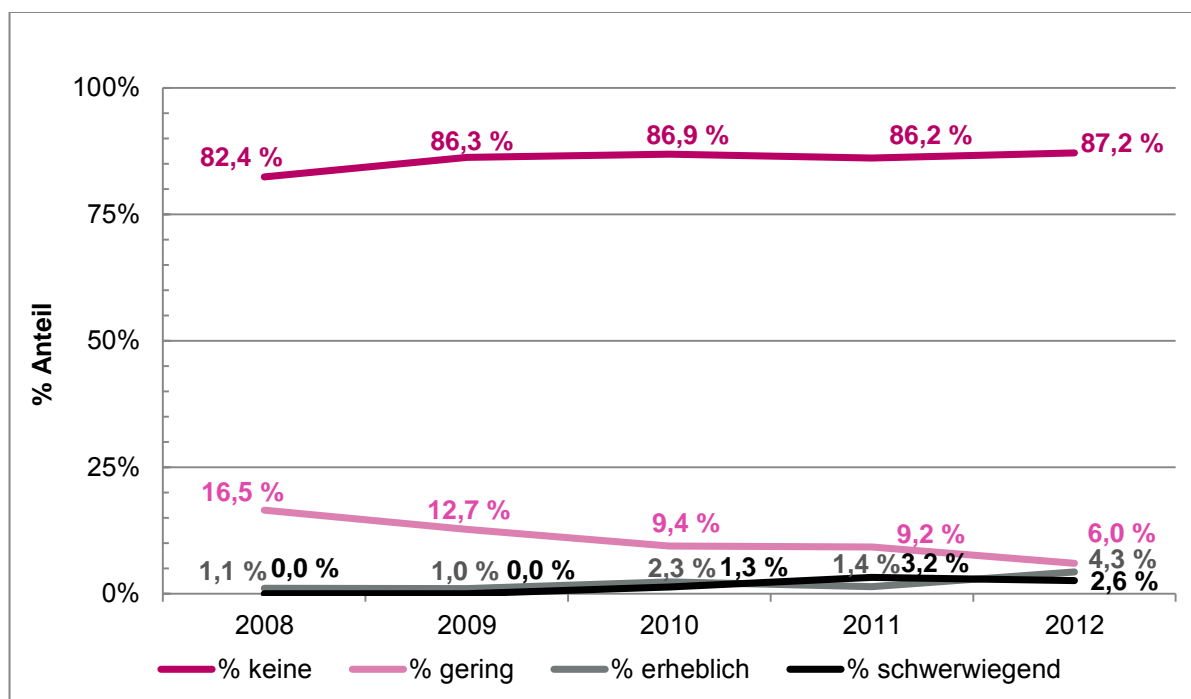


Abbildung 6: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der Computertomographie

Tabelle 9: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der Computertomographie

Bundesweite Gesamtrate der Beanstandungen; Konfidenzintervall	2008	2009	2010	2011	2012
% keine	82,4	86,3	86,9	86,2	87,2
untere Grenze	76,2	81,9	83,2	80,9	79,7
obere Grenze	87,6	89,9	90,2	90,5	92,6
% gering	16,5	12,7	9,4	9,2	6,0
untere Grenze	11,5	9,2	6,7	5,7	2,4
obere Grenze	22,6	17,0	12,8	13,9	11,9
% erheblich	1,1	1,0	2,3	1,4	4,3
untere Grenze	0,1	0,2	1,1	0,3	1,4
obere Grenze	3,8	2,8	4,4	4,0	9,7
% schwerwiegend	0,0	0,0	1,3	3,2	2,6
untere Grenze	0,0	0,0	0,4	1,3	0,5
obere Grenze	1,9	1,2	3,0	6,5	7,3

Insgesamt weisen die KV-bezogenen Raten der Beanstandungen (siehe Tabelle 10) weniger Heterogenität zwischen den KVen auf, als dies im Leistungsbereich der konventionellen Röntgendiagnostik der Fall war. Insbesondere in den Prüfungsjahren 2008-2009 sowie 2011-2012 zeigten die Prüfergebnisse eine geringere Streuung der Qualitätsdaten. Hierbei liegen die Anteile zu den vier Beurteilungskategorien (in dichotomisierter Form) zwischen den KVen auf einem relativ vergleichbaren Niveau. Die Stichprobenprüfungen wurden bei den meisten KVen (ca. 80 % der KVen) mit einem sehr guten (keine Beanstandungen) oder guten (geringe Beanstandungen) Ergebnis abgeschlossen. Eine Ausnahme bilden lediglich zwei (2008, 2012) bzw. drei (2009, 2011) KVen, bei denen lediglich einzelne Ärzte erhebliche bzw. schwerwiegende Mängel aufwiesen.

Im Vergleich zu den erwähnten Prüfungsjahren war die Spannweite der Prüfergebnisse zwischen den KVen im Jahr 2010 zum Teil größer. Möglicherweise haben das geänderte Bewertungsschema, das zu diesem Zeitpunkt lediglich von einigen KVen angewendet wurde sowie die damit verbundene Umstellungsphase dazu geführt, dass die Streuung der Ergebnisse deutlicher war.

Bei der Interpretation der KV-bezogenen Daten sollte, ähnlich wie in allen anderen Bereichen, die Größe der KVen sowie die Anzahl der geprüften Ärzte berücksichtigt werden. Am Beispiel des Prüfverfahrens der KV Berlin kann die Problematik kleiner Fallzahlen verdeutlicht werden. Im Jahr 2012 wurden 5,2 % der abrechnenden Ärzte geprüft (insgesamt acht Ärzte). Bei sechs Ärzten (75 %) wurden erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt.

Ähnliches gilt für die KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2011. Hier wurde ein 100 prozentiger Anteil an erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen festgestellt, wobei die Prüfung aus organisatorischen Gründen lediglich bei einem Arzt stattgefunden hat.

Tabelle 10: Rate der Beanstandungen pro KV im Leistungsbereich der Computertomographie

KV	2008		2009		2010		2011		2012	
	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %
BW	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	--	--
BY	99,0	1,0	99,3	0,7	99,5	0,5	100,0	0,0	--	--
BE	--	--	--	--	42,9	57,1	33,3	66,7	25,0	75,0
BB	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	--	--
HB	85,7	14,3	75,0	25,0	100,0	0,0	100,0	0,0	--	--
HH	100,0	0,0	100,0	0,0	91,3	8,7	100,0	0,0	100,0	0,0
HE	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
MV	--	--	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
NI	--	--	--	--	90,0	10,0	--	--	--	--
NO	--	--	--	--	--	--	100,0	0,0	100,0	0,0
RP	100,0	0,0	100,0	0,0	95,2	4,8	98,3	1,7	94,6	5,4
SL	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
SN	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	--	--	100,0	0,0
ST	100,0	0,0	100,0	0,0	66,7	33,3	0,0	100,0	100,0	0,0
SH	--	--	95,5	4,5	86,4	13,6	90,0	10,0	100,0	0,0
TH	100,0	0,0	100,0	0,0	80,0	20,0	100,0	0,0	100,0	0,0
WL	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	--	--	--	--

*K/G- % keine/geringe Beanstandungen; E/S- % erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen

Die meisten KVen haben eine kleine Fallzahl von Ärzten geprüft (unter 20). Hellblau kennzeichnet die Prüfergebnisse der KVen, bei denen die Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte größer als 20 war.

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

In allen Prüfungsjahren überwog die schriftliche Empfehlung zur Beseitigung von Mängeln als Konsequenz aus den Beanstandungen. Beratungsgespräche, die häufig mit den schriftlichen Empfehlungen verbunden sind, fanden hauptsächlich in den letzten drei Prüfungsjahren statt. 2010 und 2012 wurden vier und 2011 sieben Beratungsgespräche geführt. Zu Nichtvergütungen oder Rückforderungen bereits geleisteter Vergütungen kam es in den ersten zwei Prüfungsjahren bei zwei (2008) bzw. bei einem Arzt (2009). Die Zunahme der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen in den Prüfungsjahren 2010, 2011 und 2012 hat gleich-

zeitig zum Anstieg der Anzahl der Nichtvergütungen oder der Rückforderungen geführt (fünf Ärzte im Jahr 2010 und jeweils acht in den Jahren 2011 und 2012). Kolloquien fanden nicht statt. 2012 wurde eine Genehmigung entzogen (siehe Abbildung 7).

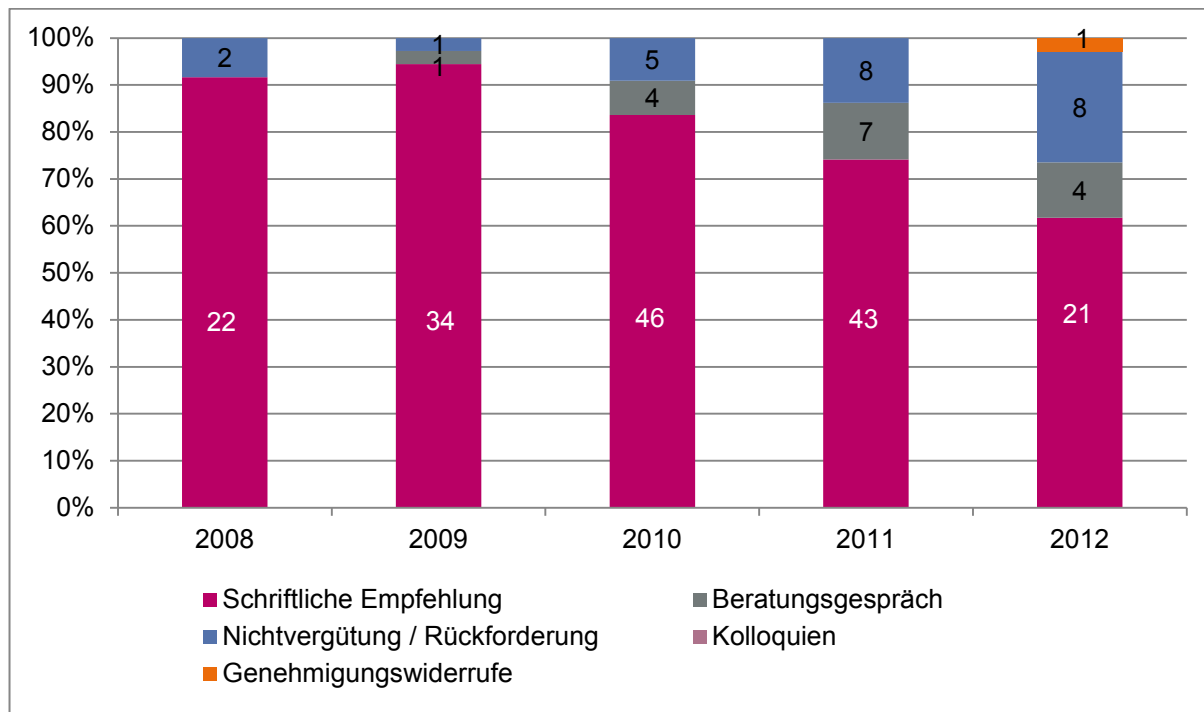


Abbildung 7: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der Computertomographie

Aufgrund der besseren Darstellung wurden die Zahlen zu den Maßnahmen „Praxisbegehung“ und „Genehmigung mit Auflage“ nicht abgebildet.

Anzahl der Praxisbegehungen: keine in allen Prüfungsjahren

Anzahl der Genehmigungen mit Auflage: keine in allen Prüfungsjahren

3.2.2.2 Kriterienbezogene Prüfungen

Kriterienbezogene Prüfungen im Bereich der Computertomographie wurden aufgrund festgestellter erheblicher oder schwerwiegender Beanstandungen im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen durchgeführt^{4,5}. Die Anzahl der geprüften Ärzte war im Vergleich mit allen anderen obligaten Leistungsbereichen geringer. Diese geringe Prüfaktivität lässt sich mit guten Prüfergebnissen der Routineprüfungen begründen.

Kriterienbezogene Prüfungen wurden von fünf KVen (KV Baden-Württemberg, KV Bayerns, KV Berlin, KV Sachsen-Anhalt, KV Schleswig-Holstein) veranlasst (siehe Tabelle 11). In den meisten Fällen wurde lediglich ein Arzt geprüft, eine Ausnahme bildeten die KV Baden-

⁴ Im Bericht der KBV wurden im Jahr 2011 Zahlen zu kriterienbezogenen Fällen nach § 4 Abs. 3 Nr. 3 dokumentiert. Da es sich um einen Druckfehler handelt, sollen die dort dargestellten Zahlen entsprechend dem § 4 Abs. 3 Nr. 4 interpretiert werden.

⁵ Die KV Bayerns hat Prüfungen bei Ärzten sechs Monate nach Genehmigungserhalt durchgeführt (telefonische Auskunft Juni 2014). Nach § 4 Abs. 3 QP-RL wurde dieses Kriterium bisher nicht aufgeführt.

Württemberg im Jahr 2008 (drei Ärzte) sowie die KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2012 (zwei Ärzte). Die KV Bayerns hat im Jahr 2012 16 Ärzte kriterienbezogen überprüft.

Tabelle 11: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil der kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich der Computertomographie

KV	2008	2009	2010	2011	2012
BW	3	--	1	--	--
BY	1	1	1	--	16*
BE	--	--	1	1	1
BB	--	--	--	--	--
HB	--	--	--	--	--
HH	--	--	--	--	--
HE	--	--	--	--	--
MV	--	--	--	--	--
NI	--	--	--	--	--
NO	--	--	--	--	--
RP	--	--	--	--	--
SL	--	--	--	--	--
SN	--	--	--	--	--
ST	--	--	--	1	2
SH	--	--	--	1	--
TH	--	--	--	--	--
WL	--	--	--	--	--
Anzahl der geprüften Ärzte**	4	1	3	3	19
Prozentualer Anteil kriterienbezogener Prüfungen	2,1	0,3	0,8	1,4	14,0

* Prüfungen bei Ärzten mit neuer Genehmigung

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Die Auswertungen der kriterienbezogenen Prüfungen sind in Abbildung 8 graphisch dargestellt. In den Prüfungsjahren 2008 und 2009 wurden nach erneuter Überprüfung keine Beanstandungen mehr dokumentiert. Alle Ärzte haben ihre Mängel behoben und die wiederholte Prüfung mit einem sehr guten Ergebnis abgeschlossen.

Im Jahr 2010 wurden bei einem von drei geprüften Ärzten erhebliche Mängel nachgewiesen. Zwei Ärzte haben die Qualität ihrer ärztlichen Tätigkeit verbessert und die Prüfungen ohne oder lediglich mit geringen Mängeln abgelegt.

Eine Verbesserung der Qualität bei wiederholter Überprüfung wurde im Jahr 2011 bei einem Arzt (geringe Beanstandungen) festgestellt. Bei zwei Ärzten wurden weiterhin schwerwiegende Beanstandungen konstatiert.

Die Wiederholungsprüfungen im Jahr 2012 resultierten bei zwei von insgesamt drei geprüften Ärzten (KV Berlin: ein Arzt; KV Sachsen-Anhalt: zwei Ärzte) mit einem sehr guten Ergebnis; bei einem Arzt wurden weiterhin schwerwiegende Beanstandungen festgestellt.

Die kriterienbezogenen Prüfungen der KV Bayerns wurden 2012 bei 15 Ärzten ohne oder lediglich mit geringen Beanstandungen abgeschlossen (93,8 %). Ein Arzt wies erhebliche Mängel auf (6,2 %).

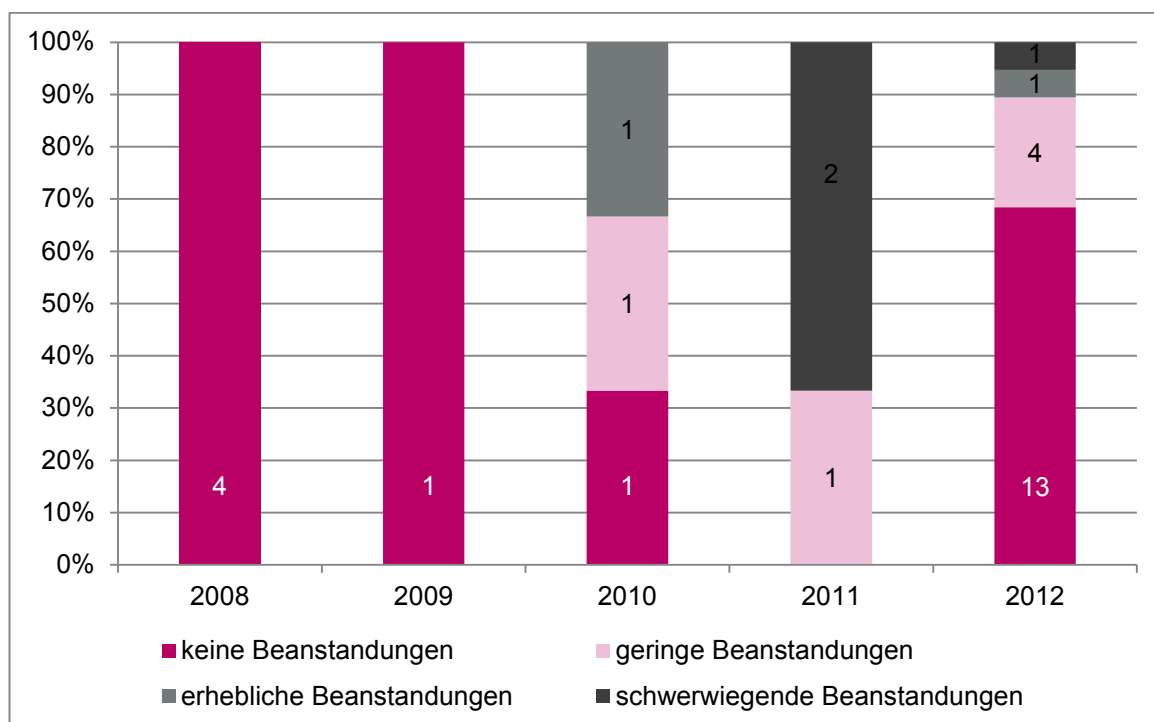


Abbildung 8: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der Computertomographie

Hinweis: 2012 hat die KV Bayerns 16 Prüfungen bei Ärzten mit neuer Genehmigung durchgeführt.

3.2.3 Magnetresonanz-/Kernspintomographie (MRT)

3.2.3.1 Routineprüfungen

Zusammensetzung der Qualitätssicherungs- Kommissionen

Die überwiegende Mehrheit der KVen hat für jedes Prüfungsjahr QS-Kommissionen eingerichtet, die ausschließlich für den Bereich der MRT zuständig waren. Drei KVen (KV Hamburg, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Schleswig-Holstein) haben im betrachteten Zeitraum eine gemeinsame KV-übergreifende QS-Kommission gegründet. Die KV Bremen hat in den Prüfungsjahren 2008, 2009, 2010 und 2012 die QS-Kommissionen eingerichtet, die Prüfungen in allen Gebieten der Radiologie und MRT durchgeführt haben. Im Jahr 2011 prüfte die bei dieser KV eingerichtete QS-Kommission zusätzlich die Bereiche der invasiven Kardiologie, der interventionellen Radiologie und der Magnetresonanz-Angiographie (MR-Angiographie). Ähnliche Leistungsbereiche umfasste auch im Prüfungsjahr 2011 die QS-Kommission der KV Westfalen-Lippe. Diese Leistungsbereiche bildeten jedoch in diesem Jahr eine Ausnahme – in allen anderen Prüfungsjahren wurde eine QS-Kommission zusammengesetzt, die ausschließlich für den Bereich der MRT zuständig war. Die QS-Kommissionen der KV Sachsen-Anhalt waren jedes Jahr für mehrere Leistungsbereiche verantwortlich. Diese umfassten in allen Prüfungsjahren die konventionelle Röntgendiagnostik bzw. alle Gebiete der Radiologie, CT und MRT. Die KV Hessen und KV Niedersachsen haben die QS-Kommissionen für die Zuständigkeit von zwei Bereichen (MRT und CT) eingerichtet. Die Bereiche der MRT und MR-Angiographie wurden von der KV Berlin in den Jahren 2011 und 2012 und von der KV Niedersachsen im Jahr 2011 durch eine QS-Kommission überprüft.

In Tabelle 12 wird die Zusammensetzung der Mitglieder in den QS-Kommissionen dargestellt. Ähnlich wie in allen anderen obligaten Leistungsbereichen variierte die Anzahl der ärztlichen Mitglieder zwischen den einzelnen KVen. So wurde beispielsweise bei der KV Westfalen-Lippe eine Anzahl von 24 (Prüfungsjahr 2011) oder bei der KV Hessen von 20 Mitgliedern (Prüfungsjahr 2009) berichtet, während bei manchen KVen zwei oder drei ärztliche Mitglieder vertreten waren. Diese Differenzen sind mit unterschiedlicher Anzahl und Zuständigkeit der QS-Kommissionen sowie mit Größe der KV zu begründen. Einige KVen haben zusätzlich Fachberater und Medizinphysiker in ihre QS-Kommissionen hinzugezogen.

Gemäß § 3 Abs. 5 QP-RL können Krankenkassen ärztliche Vertreter für die QS-Kommission benennen. Lediglich zwei Krankenkassen haben dies umgesetzt. Ein Vertreter der Krankenkasse wurde in der QS-Kommission der KV Niedersachsen in den Prüfungsjahren 2009 und 2010 benannt. Ein Mitglied der Krankenkasse wurde im Jahr 2012 von der KV Baden-Württemberg hinzugezogen.

Tabelle 12: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie

Mitglieder und Teilnehmer	2008	2009	2010	2011	2012
Ärztliche Mitglieder der KV	98	100	91	133	112
Ärztliche Mitglieder der Krankenkassen	--	1	1	--	1
Ärztliche Stellvertreter der KVen	7	24	42	--	--
Ärztliche externe Sachverständige	--	--	--	--	--
Sachverständige der KV *	7	4	7	1	4
Teilnehmer der Krankenkassen	--	--	--	--	--
Summe	112	129	141	134	117

*Folgende Teilnehmer der QS-Kommission wurden hier zusammengefasst: Medizinphysiker, Ärztliche Sachverständige der KVen, Fachberater

Umfang der Stichprobenprüfungen

Um die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Leistungsbereich der Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie beurteilen zu können, wurden jährlich bundesweit ca. 230 bis ca. 400 Ärzte geprüft. Dies entsprach einem prozentualen Anteil von 8,5 % (der niedrigste Prüfumfang; 2012) bzw. 16,4 % (der höchste Prüfumfang; 2010) bezogen auf alle Ärzte, die ihre Leistungen abgerechnet haben (siehe Tabelle 13).

2008 und 2012 wurden weniger Ärzte geprüft als in den Jahren 2009 bis 2011. Diese Abweichungen basierten zum Teil auf der Nichtteilnahme an den Stichprobenprüfungen durch zwei (2008) bzw. durch eine KV (2012; Nichtteilnahme begründet). Zusätzlich zeigte die Prüfkaktivität bei manchen KVen 2008 und 2012 einen geringeren Umfang. Als Beispiel könnte hierbei die KV Bayerns benannt werden. Während der Prüfumfang der Jahre 2009 bis 2011 auf einem sehr hohen Niveau zwischen 37,4 % und 59,7 % lag, betrug dieser in 2008 und 2012 ca. 22 %. Diese Abweichung führt zu einer Differenz bei der Anzahl der durchgeführten Prüfungen, die bei bis zu 180 Ärzten lag.

Der in der Richtlinie geforderte Prüfumfang von in der Regel mindestens vier Prozent wurde von allen KVen umgesetzt, eine Ausnahme bildeten lediglich drei KVen, die den Prüfumfang geringfügig und mit einer entsprechenden Begründung unterschritten haben (2008: 3,2 % KV Hamburg, 2011: 3,6 % KV Sachsen und 3,5 % KV Sachsen-Anhalt).

2008 wurden von der KV Berlin und KV Brandenburg aufgrund von organisatorischen Gründen keine Prüfungen durchgeführt. Gleichwohl haben beide KVen in den darauffolgenden Jahren den Prüfumfang erhöht. 2012 wurden von der KV Baden-Württemberg keine Prüfungen vollzogen. Dieses Aussetzen wurde durch unvorhersehbare organisatorische Veränderungen sowie durch die damit verbundenen Umstrukturierungen begründet. In den Jahren zuvor war der Prüfumfang hier deutlich höher und lag bei 15,8 % (2008), 10,3 % (2009) und 15,9 % (2010). Im Jahr 2011 wurden in Niedersachsen, ebenfalls aus organisatorischen Gründen, keine Prüfungen veranlasst. Ein Jahr später wurden daher statt der geforderten vier Prozent 7,7 % der Ärzte geprüft.

Aus den Daten in Tabelle 13 wird zusätzlich erkennbar, dass die Prüfaktivität bei einigen KVen sichtbar umfangreicher war, als die in der Richtlinie vereinbarte Mindestprüfumfang von in der Regel vier Prozent. Neben der zuvor benannten KV Bayerns können noch weitere KVen erwähnt werden, die in manchen Prüfungsjahren deutlich mehr Ärzte geprüft haben. Die beinahe dreifache oder zum Teil auch vierfache Erhöhung der Mindestprüfaktivität wurde bei der KV Bremen, KV Niedersachsen, KV Rheinland-Pfalz und KV Westfalen-Lippe dokumentiert.

Bei einigen KVen konnte außerdem ein stabiler und Jahr für Jahr relativ konstanter Prüfumfang, der zwischen 4,1 % und 7,7 % lag, festgestellt werden (z. B.: KV Berlin, KV Hessen, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Schleswig-Holstein, KV Thüringen).

Tabelle 13: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie

KV	2008	2009	2010	2011	2012
BW	15,8 %	10,3 %	15,9 %	6,3 %	--
BY	21,5 %	37,4 %	48,8 %	59,7 %	22,7 %
BE	--	6,5 %	5,6 %	6,5 %	6,2 %
BB	--	7,7 %	10,0 %	5,6 %	5,2 %
HB	92,9 %	20,7 %	25,0 %	15,2 %	12,5 %
HH	3,2 %	6,8 %	8,9 %	4,1 %	8,0 %
HE	4,6 %	4,5 %	6,4 %	5,6 %	6,5 %
MV	5,1 %	4,7 %	5,7 %	5,9 %	6,7 %
NI	12,9 %	10,7 %	13,7 %	--	7,7 %
NO	18,4 %	14,5 %	7,3 %	4,8 %	5,3 %
RP	9,0 %	19,7 %	12,2 %	6,1 %	4,1 %
SL	5,9 %	5,6 %	10,5 %	5,0 %	4,4 %
SN	5,8 %	4,3 %	4,9 %	3,6 %	4,2 %

KV	2008	2009	2010	2011	2012
ST	8,9 %	4,0 %	4,0 %	3,5 %	5,2 %
SH	4,2 %	4,1 %	7,7 %	4,9 %	5,6 %
TH	6,3 %	6,3 %	4,5 %	4,2 %	4,2 %
WL	7,4 %	6,1 %	11,4 %	13,0 %	10,5 %
Gesamtrate*	13,2 %	14,2 %	16,4 %	16,1 %	8,5 %
Anzahl der geprüften Ärzte**	291	334	414	399	237

Bezogen auf alle KVen die geprüft haben

**Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Ergebnisse der Gesamtbewertung

Die Ergebnisse der 5-Jahres-Auswertung sind in Abbildungen 9 und 10 sowie in Tabelle 14 (Konfidenzintervalle) dargestellt.

Der 5-Jahresverlauf deutet auf insgesamt gute Ergebnisse hin. Der Anteil der Ärzte mit schwerwiegenden Beanstandungen zeigte in den Jahren 2008-2009 sowie 2011-2012 eine zufriedenstellende Quote, die unter einem Prozent lag. In diesen Zeiträumen wurden lediglich bei einem oder bei zwei Ärzten schwerwiegende Mängel dokumentiert. 2010 wurde das Bewertungsschema geändert (siehe Kapitel 2.1.3.2), aufgrund der strengeren Beurteilung war ein Anstieg der schwerwiegenden Mängel auf 1,7 % zu beobachten.

Zu erheblichen Beanstandungen kam es in den Prüfungsjahren 2008, 2009 und 2012 bei 19 bzw. 20 Ärzten; die Gesamtraten lagen auf einem relativ vergleichbaren Level zwischen 6,5 % (2008), 6 % (2009) und 8,4 % (2012). 2010 lag diese Quote mit 46 Ärzten bei 11,1 % und 2011 mit 55 Ärzten bei 13,8 %.

Positive Erkenntnisse konnten auch bei der Reduktion der geringen Beanstandungen beobachtet werden. Im letzten Prüfungsjahr ist die Anzahl der Ärzte mit geringen Mängeln von 173 im Jahr 2010 (41,8 %) und von 158 im Jahr 2011 (39,6 %) auf 48 Ärzte (20,3 %) gesunken. Dies entsprach einer Reduktion der geringen Mängel um beinahe 50 % (knapp 20 Prozentpunkte). Die Gesamtrate der geringen Beanstandungen zeigte somit den niedrigsten Stand seit Beginn des Berichtswesens.

Die positiven Prüfergebnisse 2012 sollen an dieser Stelle noch einmal betont werden – die Gesamtraten der Beanstandungen (geringe, erhebliche und schwerwiegende) zeigten seit 2010 (Einführung des geänderten Bewertungsschemas) die niedrigsten Werte. Der positive Trend scheint sich auch 2013 fortzusetzen – die vorläufigen Daten der KVen deuten auf eine Reduktion der geringen und erheblichen Mängel hin (17,6 % und 3,4 %). Der Anteil der schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch mit insgesamt vier Ärzten auf 2 % angestiegen.

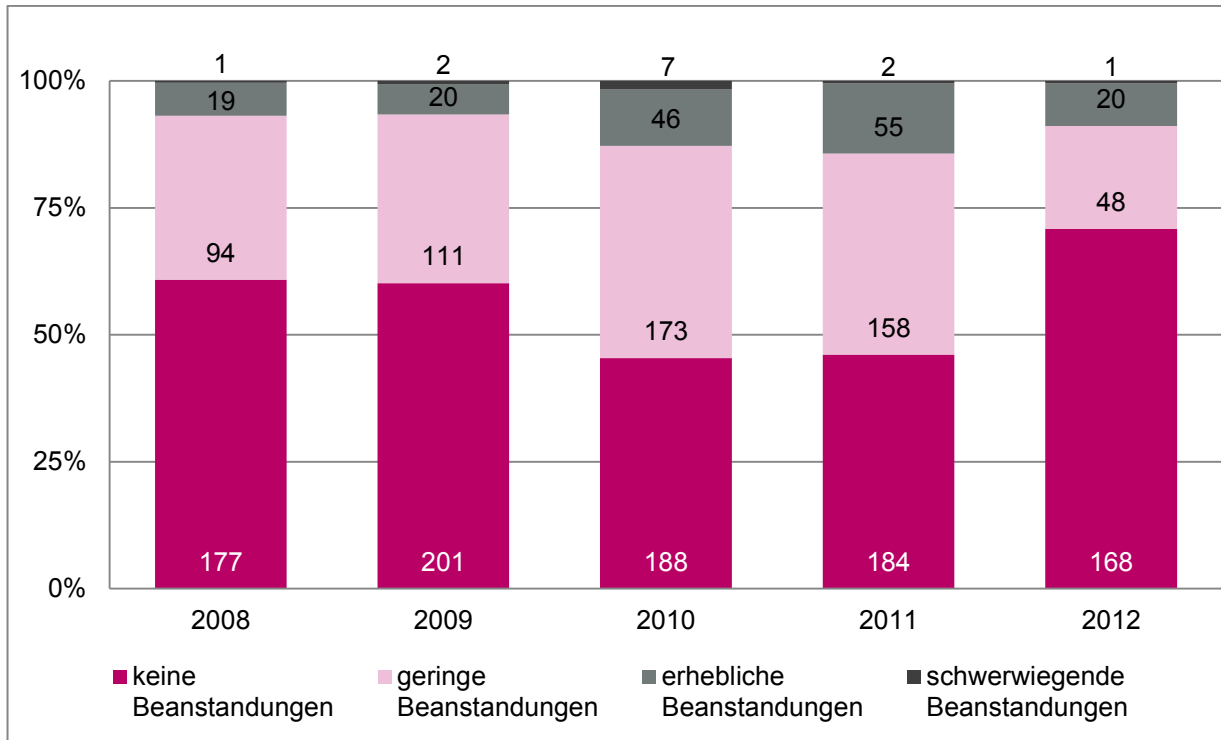


Abbildung 9: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie

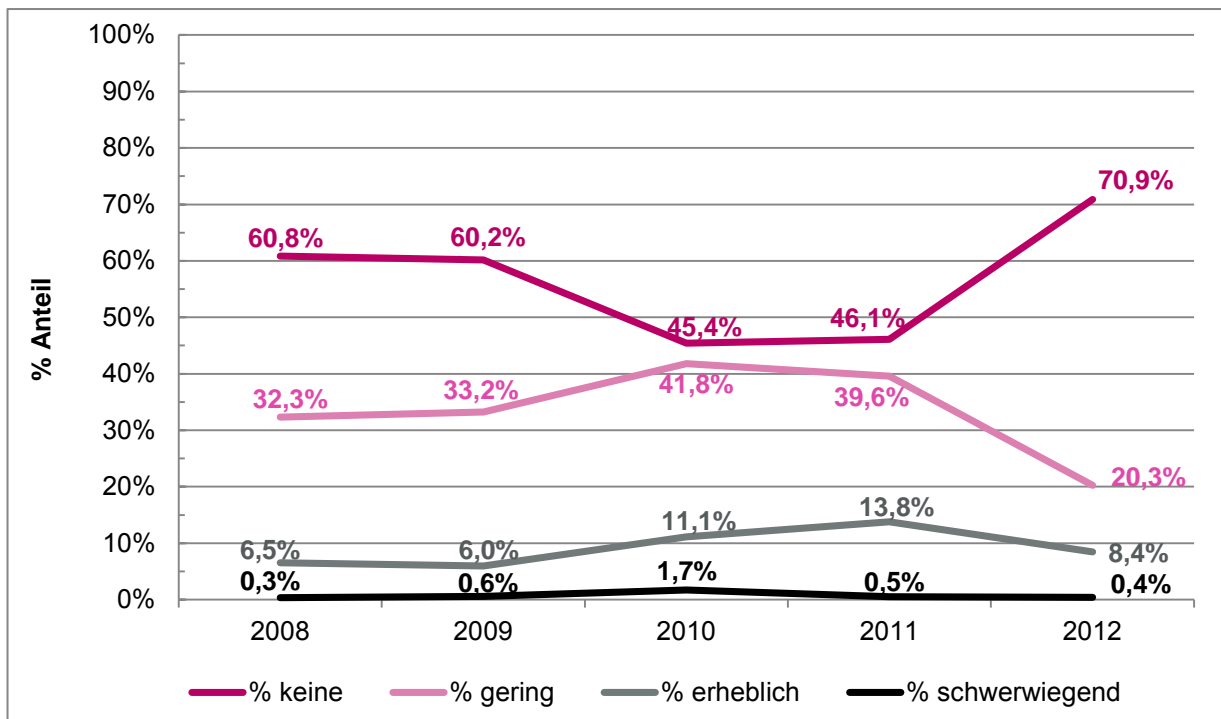


Abbildung 10: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie

Tabelle 14.: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der Magnetresonanztomographie

Bundesweite Gesamtrate der Beanstandungen; Konfidenzintervall	2008	2009	2010	2011	2012
% keine	60,8	60,2	45,4	46,1	70,9
untere Grenze	55,0	54,7	40,5	41,1	64,7
obere Grenze	66,5	65,5	50,3	51,1	76,6
% gering	32,3	33,2	41,8	39,6	20,3
untere Grenze	27,0	28,2	37,0	34,8	15,3
obere Grenze	38,0	38,6	46,7	44,6	25,9
% erheblich	6,5	6,0	11,1	13,8	8,4
untere Grenze	4,0	3,7	8,3	10,6	5,2
obere Grenze	10,0	9,1	14,5	17,6	12,7
% schwerwiegend	0,3	0,6	1,7	0,5	0,4
untere Grenze	0,0	0,1	0,7	0,1	0,0
obere Grenze	1,9	2,1	3,5	1,8	2,3

Die Raten der Beanstandungen auf KV-Ebene in dichotomisierter Darstellung können in Tabelle 15 eingesehen werden. Aus den dort dargestellten Daten wird ersichtlich, dass die Mehrzahl der KVen keine erheblichen oder schwerwiegenden Mängel dokumentiert hat. Allerdings sind diese Anteile bei denjenigen KVen, bei denen die Überprüfung zum Nachweis dieser Mängel geführt hat, ziemlich heterogen. Diese erstreckten sich zwischen 4,8 % (KV Nordrhein, 2012) und sogar 50,0 % (KV Saarland, 2010 – zwei Ärzte mit erheblichen Beanstandungen von insgesamt vier geprüften Ärzten). Es ist jedoch festzuhalten, dass die geringe Anzahl der geprüften Ärzte eine entscheidende Rolle spielt und somit keine Repräsentativität der Stichprobe abbilden kann. Und so wurde bei lediglich sieben KVen ein höherer Prüfungsumfang als 20 Ärzte dokumentiert (hellblau markiert). Bei vielen KVen wurden vier, sechs oder lediglich zwei Ärzte geprüft.

Sechs KVen (KV Brandenburg, KV Bremen, KV Rheinland-Pfalz, KV Sachsen-Anhalt, KV Schleswig-Holstein und KV Thüringen) konnten kontinuierlich in jedem Prüfungsjahr hervorragende Qualität der ärztlichen Tätigkeit vorweisen. Bei diesen KVen wurden die Routineprüfungen ohne erhebliche oder schwerwiegende Mängel abgeschlossen.

Tabelle 15: Rate der Beanstandungen pro KV im Leistungsbereich der Magnetresonanztomographie

KV	2008		2009		2010		2011		2012	
	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*
BW	100,0	0,0	93,3	6,7	79,6	20,4	80,0	20,0	--	--
BY	85,4	14,6	88,9	11,1	87,6	12,4	84,8	15,2	88,7	11,3
BE	--	--	100,0	0,0	87,5	12,5	87,5	12,5	100,0	0,0
BB	--	--	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
HB	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
HH	100,0	0,0	80,0	20,0	100,0	0,0	75,0	25,0	100,0	0,0
HE	85,7	14,3	100,0	0,0	100,0	0,0	91,7	8,3	93,3	6,7
MV	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	66,7	33,3	100,0	0,0
NI	90,0	10,0	94,4	5,6	87,0	13,0	--	--	78,6	21,4
NO	100,0	0,0	100,0	0,0	92,3	7,7	94,4	5,6	95,2	4,8
RP	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
SL	100,0	0,0	100,0	0,0	50,0	50,0	100,0	0,0	100,0	0,0
SN	80,0	20,0	100,0	0,0	80,0	20,0	100,0	0,0	60,0	40,0
ST	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
SH	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
TH	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
WL	76,9	23,1	93,3	6,7	71,4	28,6	78,1	21,9	93,1	6,9

*K/G- % keine/geringe Beanstandungen; E/S- % erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen

Die meisten KVen haben eine kleine Fallzahl von Ärzten geprüft (unter 20). Hellblau kennzeichnet die Prüfergebnisse der KVen, bei denen die Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte größer als 20 war.

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

Die KVen entscheiden je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel über die eventuell zu treffende Maßnahmen. Ähnlich wie in allen anderen Bereichen war die schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel die am häufigsten eingesetzte Maßnahme. Beratungsgespräche, die gegebenenfalls mit den schriftlichen Empfehlungen verbunden sein können, wurden lediglich 2010 bei sechs Ärzten durchgeführt.

Die Anzahl der Nichtvergütung oder Rückforderung war im Jahr 2010 mit insgesamt 31 Maßnahmen am häufigsten, relativ gesehen wurde jedoch diese Maßnahme im Jahr 2008 in 24,1 % (20 Ärzte) der Fälle veranlasst. Die Anzahl der Nichtvergütung oder Rückforderung reduzierte sich 2009 auf 17, 2011 auf 10 und 2012 auf 13 Maßnahmen.

Die KVen haben insgesamt vier Ärzte zu einem kollegialen Fachgespräch im Rahmen eines Kolloquiums eingeladen. Diese Fachgespräche fanden in den letzten drei Prüfungsjahren statt. Einer von den vier Ärzten hat seine fachliche Befähigung bestätigt (2010), bei einem Arzt fehlte das Ergebnis (2011), zwei Ärzte haben das Kolloquium nicht bestanden (2012).

Es wurden keine Genehmigungen entzogen. Praxisbegehungen waren nicht erforderlich. Alle Maßnahmen der KVen werden in Abbildung 11 aufgeführt.

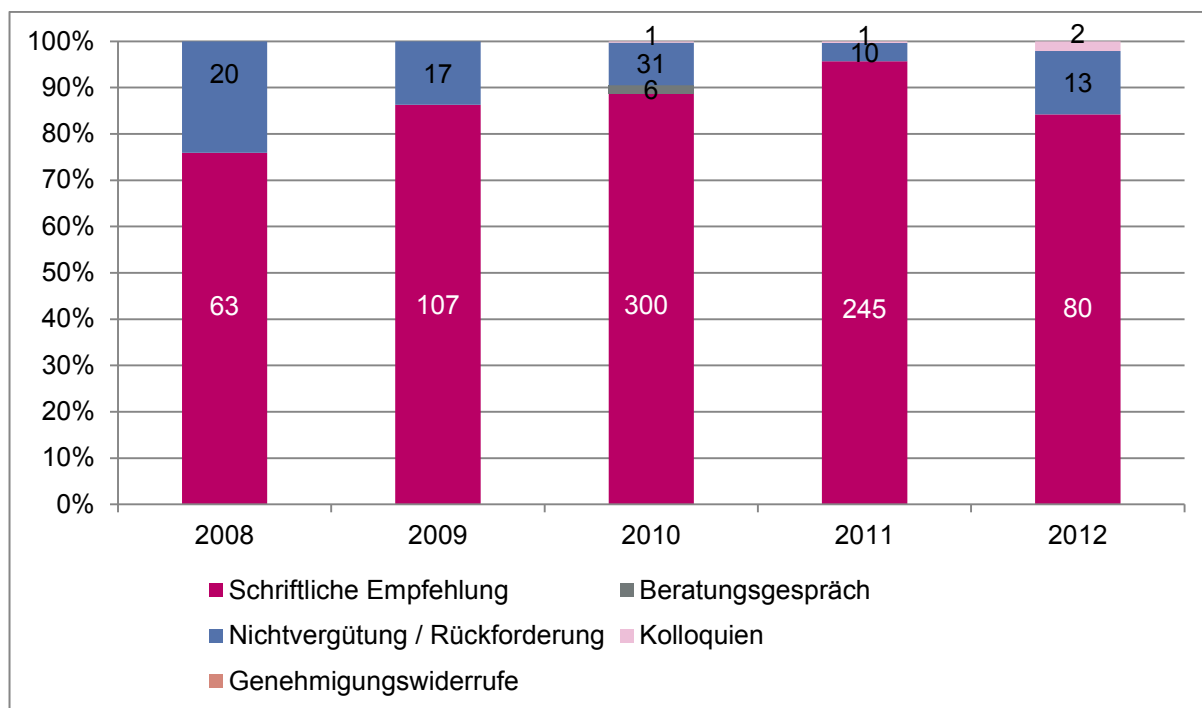


Abbildung 11: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der Magnetresonanztomographie-/Kernspintomographie

Aufgrund der besseren Darstellung wurden die Zahlen zu Maßnahmen „Praxisbegehung“ und „Genehmigung mit Auflage“ nicht abgebildet

Anzahl der Praxisbegehungen: keine in allen Prüfungsjahren

Anzahl der Genehmigungen mit Auflage: keine in allen Prüfungsjahren

3.2.3.2 Kriterienbezogene Prüfungen

Im Bereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie wurden gemäß QP-RL jedes Jahr kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt, die aufgrund der festgestellten erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen veranlasst wurden⁶.

Die Anzahl kriterienbezogener Prüfungen war deutlich geringer als im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik; mindestens sechs (2010), maximal 44 (2011). Die insgesamt guten Prüfergebnisse der Routineprüfungen konstituieren, ähnlich wie im Leistungsbereich der Computertomographie, die geringe Prüfaktivität der KVen. Insgesamt haben sich fünf KVen (KV Baden-Württemberg, KV Bayerns, KV Niedersachsen, KV Rheinland-Pfalz und die KV Westfalen-Lippe) an kriterienbezogenen Prüfungen beteiligt. Die KV Bayerns hat jedes Jahr geprüft und dabei die höchste Anzahl der Ärzte überprüft. Bei allen anderen KVen war der Prüfumfang deutlich geringer (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil kriterienbezogener Prüfungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/Kernspintomographie

KV	2008	2009	2010	2011	2012
BW	5	1	--	3	--
BY	12	12	5	36	17
BE	--	--	--	--	--
BB	--	--	--	--	--
HB	--	--	--	--	--
HH	--	--	--	--	--
HE	--	--	--	--	--
MV	--	--	--	--	--
NI	4	2	--	--	--
NO	--	--	--	--	--
RP	--	--	--	--	1
SL	--	--	--	--	--
SN	--	--	--	--	--
ST	--	--	--	--	--
SH	--	--	--	--	--
TH	--	--	--	--	--

⁶ Im Bericht der KBV wurden im Jahr 2011 Zahlen zu kriterienbezogenen Fällen nach § 4 Abs. 3 Nr. 3 dokumentiert. Da es sich um einen Druckfehler handelt, sollen die dort dargestellten Zahlen entsprechend dem § 4 Abs. 3 Nr. 4 interpretiert werden. Im Jahr 2008 hat die KV Baden-Württemberg und im Jahr 2009 die KV Niedersachsen hierzu keine Angabe gemacht.

KV	2008	2009	2010	2011	2012
WL	--	1	1	5	7
Anzahl der geprüften Ärzte*	21	16	6	44	25
Prozentualer Anteil kriterienbezogener Prüfungen	6,7	4,6	1,4	9,9	9,5

* Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

Die Ergebnisse der 5-Jahres-Auswertungen sind in Abbildung 12 graphisch dargestellt. Die überwiegende Mehrheit der erneut geprüften Ärzte hat ihre fachliche Befähigung durch die wiederholte Überprüfung erfolgreich bestätigt. 2008 und 2011 zeigten die Dokumentationen bei mehr als 80 % der erneut geprüften Ärzte keine oder geringe Beanstandungen (2008 17 von 21 Ärzten; 2011 38 von 44 Ärzten). 2009 wurden bei zwölf (75 %) und 2010 bei vier (66,7 %) Ärzten keine oder lediglich geringe Mängel festgestellt. Im letzten Prüfungsjahr wurde bei allen 25 Ärzten eine Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit nachgewiesen. Schwerwiegende Beanstandungen wurden im gesamten Zeitraum nicht mehr dokumentiert, eine Ausnahme hierfür bildete lediglich ein Arzt im Jahr 2008.

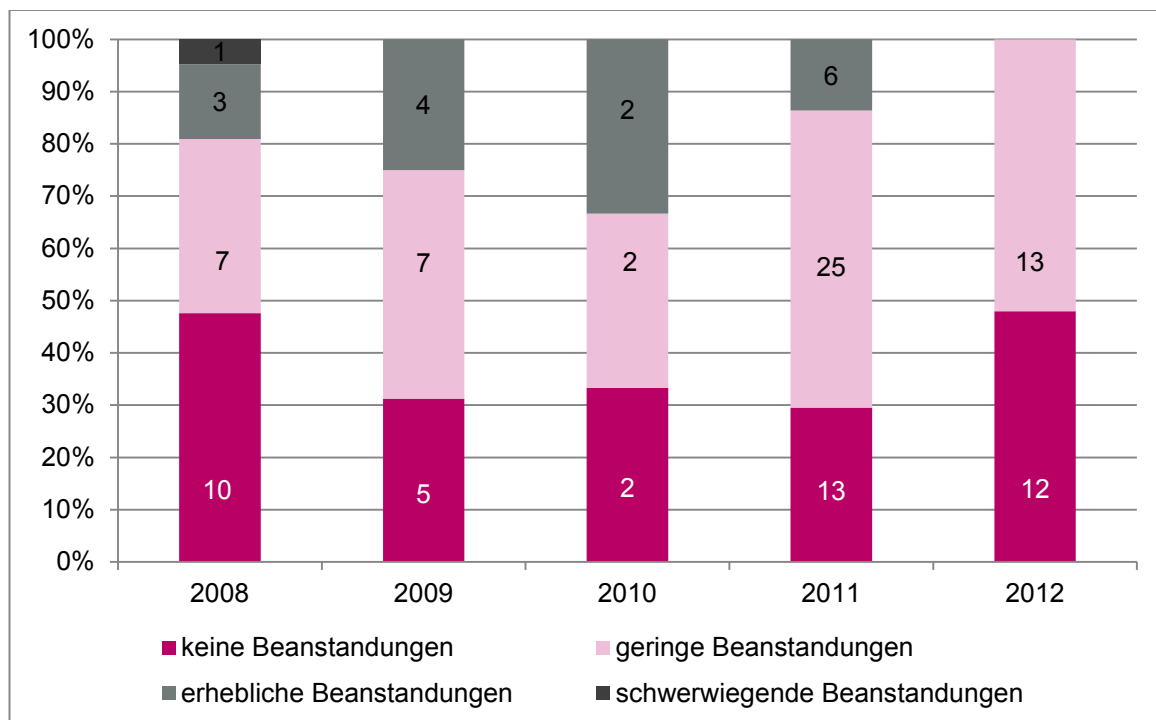


Abbildung 12: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der Magnetresonanz-/ Kernspintomographie

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

3.2.4 Arthroskopie

Bezüglich der hier dargestellten Ergebnisse der 5-Jahres-Auswertung stellt der Bereich der Arthroskopie – im Vergleich zu den anderen drei obligaten Leistungsbereichen – zwei Besonderheiten dar.

Die erste Besonderheit betrifft die Prüfungsjahre 2008 und 2009. In diesen Jahren fand die Überprüfung der arthroskopischen Operationen fakultativ auf regionaler Ebene statt. Circa vier bis knapp 40 % aller Arthroskopeure wurden von acht KVen auf Grundlage KV-bezogener Kriterien anhand der ärztlichen Bild- und Schriftdokumentation beurteilt. Eine Abstimmung zwischen den KVen fand hinsichtlich der Kriterien nicht statt. Die Qualitätsdaten dieser fakultativ durchgeführten Stichprobenprüfungen signalisierten eine beträchtliche Spannweite zwischen den KVen. Aus diesem Grund sind die in den Jahren 2008 und 2009 durchgeführten Stichprobenergebnisse nur bedingt mit den Ergebnissen 2010 bis 2012 vergleichbar.

Die seit März 2010 in Kraft getretene QBA-RL definiert Anforderungen an die schriftliche und bildliche Dokumentation zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen des Knie- und Schultergelenks. Seitdem dient sie den KVen als Grundlage zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten arthroskopischen Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen.

Eine weitere Besonderheit betrifft die Regelung zum Prüfumfang. Gemäß § 5 Abs. 2 QBA-RL waren für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie mindestens zehn Prozent der Ärzte zu überprüfen. Nach diesem Zeitraum gilt der übliche Wert von in der Regel mindestens vier Prozent (gemäß QP-RL). Die Stichprobenprüfungen derjenigen KVen, die vor dem Inkrafttreten der QBA-RL im Jahr 2010 begonnen wurden, konnten bis sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Richtlinie fortgeführt werden. 13 von 17 KVen haben mit den Prüfungen in 2010 nach der Richtlinie begonnen; 12 haben die Anforderungen von mindestens 10 % an den Prüfumfang bereits in 2010 erfüllt.

3.2.4.1 Routineprüfungen

Zusammensetzung der Qualitätssicherungs- Kommissionen

Die Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation von arthroskopischen Operationen am Knie- und Schultergelenk wurde in den Prüfungsjahren 2008 und 2009 im Rahmen fakultativer Stichprobenprüfungen von acht KVen durchgeführt. Dementsprechend war auch die Anzahl der gegründeten QS-Kommissionen und die damit verbundene Zusammensetzung der Mitglieder deutlich geringer als in den nachfolgenden drei Jahren.

Mitglieder der Krankenkassen waren in den QS-Kommissionen bei vier KVen anwesend. Die QS-Kommission der KV Baden-Württemberg hat jährlich vier Mitglieder der Krankenkassen hinzugezogen. Jeweils ein Mitglied wurde von der KV Niedersachsen (2009 bis 2012), KV Rheinland-Pfalz (2011 und 2012) und der KV Westfalen-Lippe (2011 und 2012) benannt (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in den QS-Kommissionen im Leistungsbereich der Arthroskopie

Mitglieder und Teilnehmer	2008 fakultativ	2009 fakultativ	2010	2011	2012
Ärztliche Mitglieder der KV	39	43	94	118	118
Ärztliche Mitglieder der Krankenkassen	4	5	5	7	7
Sachverständige der KV ***	1	--	28	--	2
Summe	44*	48**	127	125	127

*KV Brandenburg und KV Bremen haben zur QS-Kommission keine Angaben gemacht

**KV Berlin hat zur QS-Kommission keine Angaben gemacht

***Folgende Teilnehmer der QS-Kommissionen wurden hier zusammengefasst: Medizinphysiker, ärztliche Sachverständige der KVen, Fachberater, ärztliche externe Sachverständige

Umfang der Stichprobenprüfungen

Seit Inkrafttreten der QBA-RL (2010) wurden bundesweit knapp 14 % der abrechnenden Ärzte durch die Stichprobenprüfungen zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen begutachtet. Diese Quote umschloss 302 (2010), 394 (2011) und 375 (2012) Ärzte⁷. Der Prüfungsumfang war in ersten zwei fakultativen Prüfungsjahren, in denen die KVen selbst die Prüfaktivität festlegten, höher und betrug 24,7 % bzw. 17,5 %⁸. Zusätzlich, trotz der geringeren Anzahl der prüfenden KVen, lag die Anzahl der geprüften Ärzte mit 318 (2008) und 246 (2009) auf einem relativ hohen Prüfniveau und war mit dem Prüfungsumfang in den darauffolgenden Jahren gut vergleichbar⁷.

In den Prüfungsjahren 2008 und 2009 haben die KVen einen unterschiedlichen und an deren regionale Gegebenheiten angepassten Prüfungsumfang gehabt. Dieser erstreckte sich zwischen 3,8 % und 42,8 % (siehe Tabelle 18).

Gemäß QBA-RL waren für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten mindestens zehn Prozent der Ärzte zu überprüfen (§ 5 Abs. 2 QBA-RL). Die Stichprobenprüfungen derjenigen KVen, die vor dem Inkrafttreten der QBA-RL im Jahr 2010 begonnen wurden, konnten bis sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Richtlinie fortgeführt werden. Diese Umstellungsphase war bei einigen KVen mit organisatorischen Veränderungen verbunden. Infolgedessen konn-

⁷ Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

⁸ Bezogen auf alle KVen die geprüft haben

ten im ersten Jahr nach Inkraftsetzung bei vier KVen (KV Niedersachsen, KV Rheinland-Pfalz, KV Sachsen und KV Thüringen) keine Prüfungen durchgeführt werden. Diese Übergangsphase im Prüfungsjahr 2010 wurde auch bei der KV Westfalen-Lippe als Grund für die Unterschreitung des Stichprobenumfangs (5,9 %) benannt. 12 KVen haben die Anforderungen von mindestens 10 % an den Prüfumfang in 2010 erfüllt.

Aus organisatorischen Gründen wurde der Prüfumfang ebenfalls im Jahr 2011 bei drei KVen (KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Schleswig-Holstein, KV Westfalen-Lippe) geringfügig unterschritten. Die KV Berlin hat im Jahr 2011 die Prüfaktivität auf 5,4 % gesenkt. In den Jahren zuvor war hier die Prüfquote deutlich höher und belief sich auf 18,4 % (2009) bzw. 16,1 % (2010) der abrechnenden Ärzte.

Fünf KVen (KV Bayerns, KV Brandenburg, KV Bremen, KV Mecklenburg-Vorpommern und KV Schleswig-Holstein) überprüften in fast allen Prüfungsjahren eine hohe Anzahl der Ärzte, die die arthroskopischen Operationen durchgeführt und abgerechnet haben. Die Prüfquote lag hier zum Teil bei ca. 14 % und erreichte sogar 54,5 %.

Einige KVen haben ein kontinuierliches und Jahr für Jahr relativ stabiles Prüfverfahren gezeigt, währenddessen ca. 7 % bis 16 % der abrechnenden Ärzte begutachtet wurden (KV Baden-Württemberg, KV Hamburg, KV Niedersachsen, KV Nordrhein, KV Saarland).

Tabelle 18: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich der Arthroskopie

KV	2008 fakultativ	2009 fakultativ	2010	2011	2012
BW	7,1 %	10,8 %	12,7 %	14,7 %	12,1 %
BY	42,8 %	22,5 %	19,7 %	30,7 %	21,8 %
BE	--	18,4 %	16,1 %	5,4 %	10,0 %
BB	21,2 %	16,2 %	19,5 %	13,7 %	17,0 %
HB	3,8 %	--	23,5 %	54,5 %	30,6 %
HH	--	--	10,5 %	15,2 %	7,7 %
HE	--	--	10,0 %	--	10,1 %
MV	24,2 %	15,6 %	17,6 %	5,7 %	13,5 %
NI	16,2 %	15,2 %	--	13,6 %	13,7 %
NO	--	--	9,7 %	12,4 %	13,5 %
RP	--	--	--	9,9 %	4,7 %
SL	--	--	14,6 %	11,9 %	10,7 %
SN	--	--	--	11,5 %	13,0 %
ST	9,7 %	6,7 %	18,4 %	9,8 %	7,9 %

SH	20,0 %	27,7 %	14,1 %	6,3 %	18,7 %
TH	--	--	--	15,1 %	12,4 %

KV	2008 fakultativ	2009 fakultativ	2010	2011	2012
WL	--	--	5,9 %	9,0 %	9,9 %
Gesamtrate*	24,7 %	17,5 %	13,8 %	14,9 %	14,0 %
Anzahl der geprüften Ärzte**	318	246	302	394	375

* Bezogen auf alle KVen die geprüft haben

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Ergebnisse der Gesamtbewertung

Die bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen sind in Abbildung 13 und die bundesweiten Gesamtraten der Beanstandungen in Abbildung 14 dargestellt.

Aus der 5-Jahres-Auswertung lassen sich nur zum Teil positive Erkenntnisse ableiten. Einerseits zeigen die Gesamtraten der geringen und erheblichen Beanstandungen seit 2010 eine kontinuierliche Reduktion dieser Mängel (auch in 2013). Andererseits ist der Anteil der schwerwiegenden Beanstandungen nach wie vor verhältnismäßig hoch (knapp 20 %).

Aufgrund fakultativer Durchführung der Stichprobenprüfungen der Jahre 2008 und 2009 sind diese Ergebnisse nur eingeschränkt mit den darauffolgenden Ergebnissen vergleichbar. Gleichwohl waren die Bundesraten der schwerwiegenden Beanstandungen mit 15,4 % und 16,7 % am niedrigsten. Nach Inkrafttreten der QBA-RL ist die Anzahl der Ärzte mit schwerwiegenden Beanstandungen angestiegen. 2010 wurden 56 (18,5 %) und 2011 81 (20,6 %) Ärzte dieser Beurteilungskategorie zugeordnet. Im Prüfungsjahr 2011 wurde somit die höchste bundesweite Gesamtrate der schwerwiegenden Beanstandungen dokumentiert. 2012 wurden bei 73 von 375 Ärzten schwerwiegende Mängel festgestellt (19,5 %).

Eine positive Entwicklung kann bei den geringen und erheblichen Mängeln beobachtet werden. Die bundesweiten Gesamtraten dieser zwei Beanstandungen nahmen seit Inkrafttreten der QBA-RL kontinuierlich ab. Im Jahr 2012 wurden bei lediglich 35 von 375 Ärzten erhebliche Mängel dokumentiert (2011: 77 Ärzte von 394). Damit war die Gesamtrate von 9,3 % in dem gesamten betrachteten Zeitraum auf dem niedrigsten Stand.

Auch die bundesweite Gesamtrate der geringen Beanstandungen zeigte im Jahr 2012 mit 24,5 % eine Reduktion um 1,4 bzw. um 7,0 Prozentpunkte im Vergleich zu den Raten der Prüfungsjahre 2011 und 2010.

Die berechneten Konfidenzintervalle (siehe Tabelle 19) sind allerdings durch einen relativ breiten Bereich gekennzeichnet (z. B. im Vergleich zur konventionellen Röntgendiagnostik).

Ein breiter Vertrauensbereich weist auf mehr Variabilität und auf geringeren Stichprobenumfang hin. Beide Einflussfaktoren könnten hier eine Rolle spielen.

Die vorläufige Auswertung der Daten 2013 weist weiterhin auf eine Reduktion der geringen und erheblichen Beanstandungen hin (geringe: 17,4 %; erhebliche: 7,6 %). Die Anzahl der Ärzte mit schwerwiegenden Beanstandungen hat sich auf 40 reduziert, der relative Anteil ist jedoch relativ hoch (23,3 %).

Zu beachten ist jedoch, dass der Prüfumfang in den Prüfungsjahren 2010 bis 2012 gemäß QBA-RL auf mindestens 10 Prozent festgelegt wurde. 2013 galt der übliche Wert von in der Regel mindestens vier Prozent (QP-RL). Aus diesem Grund wurden 2013 deutlich weniger Ärzte geprüft (172). Entsprechend zeigt das Konfidenzintervall eine große Spannweite (vorläufige Auswertung).

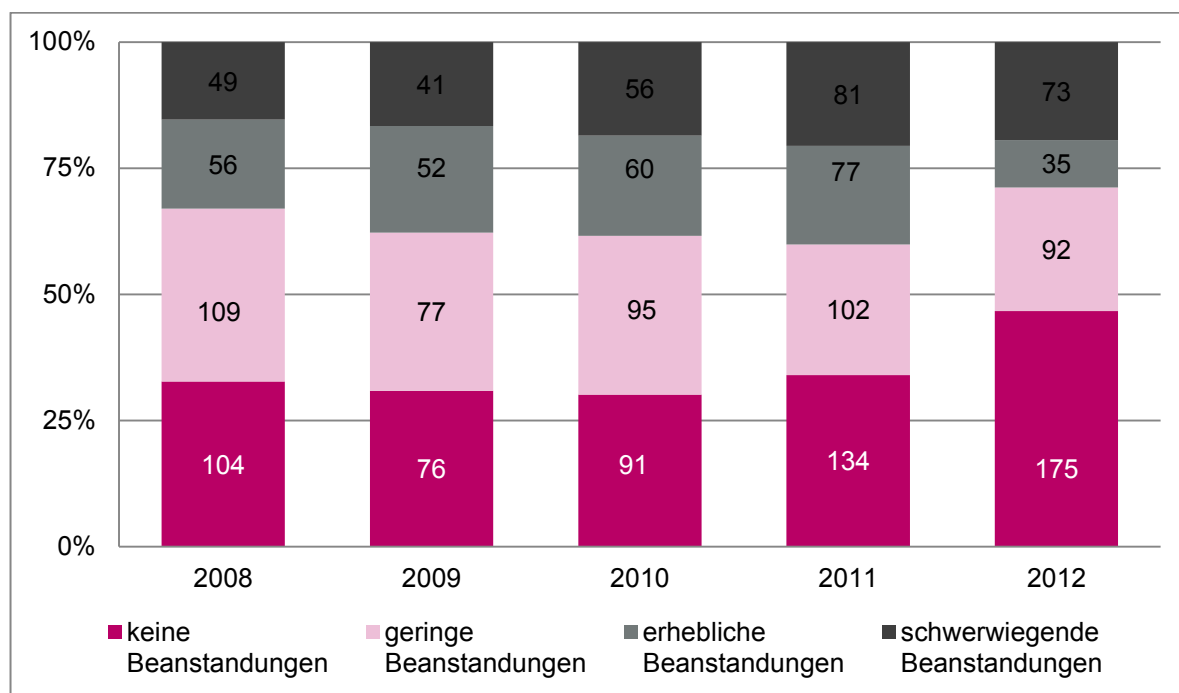


Abbildung 13: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen im Leistungsbereich der Arthroskopie

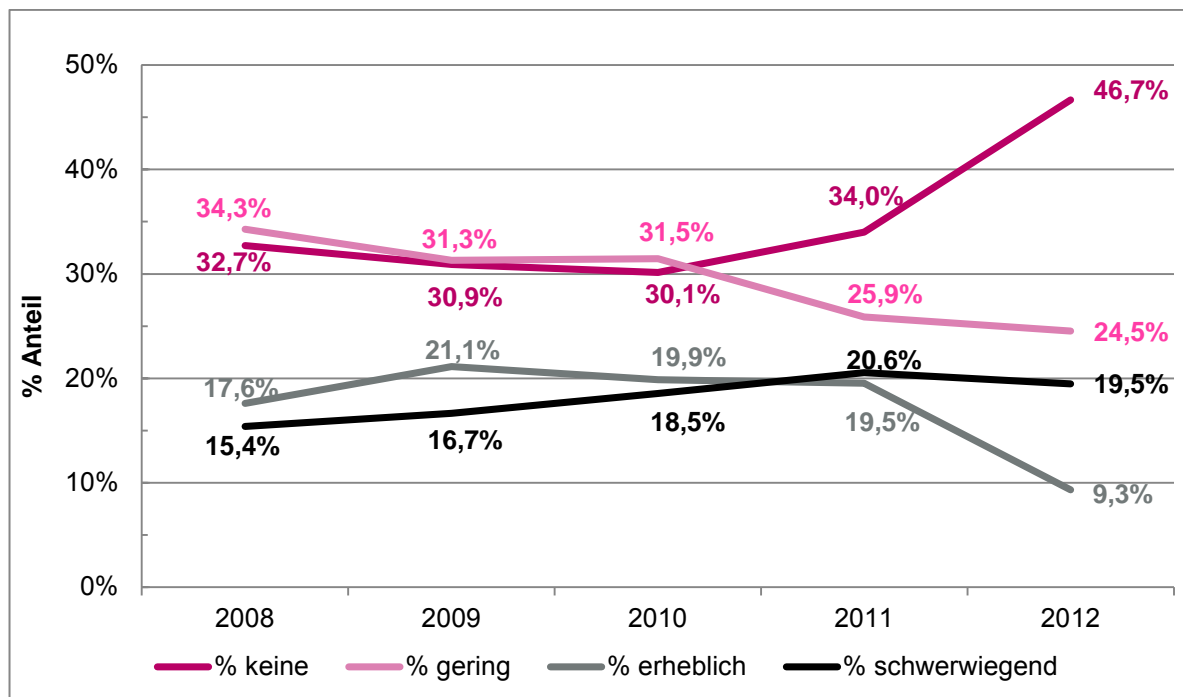


Abbildung 14: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen im Leistungsbereich der Arthroskopie

Tabelle 19: Bundesweite Gesamtraten der Beanstandungen und die dazugehörigen Konfidenzintervalle im Leistungsbereich der Arthroskopie

Bundesweite Gesamtrate der Beanstandungen Konfidenzintervall	2008 fakultativ	2009 fakultativ	2010	2011	2012
% keine	32,7	30,9	30,1	34,0	46,7
untere Grenze	27,5	25,1	25,0	29,3	41,6
obere Grenze	37,9	36,5	35,3	38,7	51,7
% gering	34,3	31,3	31,5	25,9	24,5
untere Grenze	29,1	25,5	26,2	21,6	20,2
obere Grenze	39,5	37,1	36,7	30,2	28,9
% erheblich	17,6	21,1	19,9	19,5	9,3
untere Grenze	13,4	16,0	15,4	15,6	6,4
obere Grenze	21,8	26,2	24,4	23,5	12,3
% schwerwiegend	15,4	16,7	18,5	20,6	19,5
untere Grenze	11,4	12,0	14,2	16,6	15,5
obere Grenze	19,4	21,3	22,9	24,5	23,5

Die Auswertungen in diesem Leistungsbereich weisen auf eine größere Problematik im Vergleich zu anderen obligaten Leistungsbereichen hin. Diese ist nicht nur auf Bundes- (hohe Gesamtraten der Beanstandungen), sondern auch auf KV-Ebene (große Heterogenität der Prüfergebnisse) zu beobachten. Stichprobenprüfungen als Maßnahme der Qualitätssicherung

der ärztlichen Leistung haben zum Ziel, die Qualitätsdefizite des Arbeitsprozesses und Arbeitsergebnisses zu identifizieren. Die große Spannweite bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen zwischen den KVen (siehe Tabelle 20) kann zum Teil auf regionale Gegebenheiten (z.B. Beurteilungsmaßstab der QS-Kommission) zurückzuführen sein. Zur Förderung der einheitlichen Umsetzung der QBA-RL wurde von KBV und KVen – in Anlehnung an bereits bewährte Beurteilungsschemata in anderen Leistungsbereichen ein Bewertungsschema entwickelt. Das Bewertungsschema für die Arthroskopie (siehe 2.1.3.2.2) befindet sich in der Testphase und wird von einigen KVen eingesetzt. Sicherlich ist sie aber auch dem Problem kleiner Fallzahlen geschuldet. Aufgrund kleiner Fallzahlen kommt es zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen zwischen den KVen, die nicht unbedingt Rückschlüsse auf die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Leistungsbereich der Arthroskopie erlauben. Diese sind sowohl bei fakultativen (Prüfungsjahre 2008 und 2009) als auch obligaten Stichprobenprüfungen zu beobachten. Der Aspekt der heterogenen Ergebnisse auf KV-Ebene ist insofern von großer Bedeutung, als die tatsächlichen qualitativen Auffälligkeiten von zufälligen Ereignissen unterschieden werden müssen.

Anhand der dargestellten KV-bezogenen Auswertungen lassen sich dennoch einige positive Trends der Qualitätsentwicklung ableiten. Und so wurde bei insgesamt fünf KVen (KV Bayerns, KV Brandenburg, KV Saarland, KV Schleswig-Holstein und KV Westfalen-Lippe) seit 2010 ein Rückgang der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen verzeichnet bzw. es wurden keine Mängel festgestellt.

Besonders positiv haben sich die Prüfergebnisse im Jahr 2012 entwickelt. Die Raten erheblicher oder schwerwiegender Beanstandungen waren bei zehn KVen geringer als im Jahr 2011.

Tabelle 20: Rate der Beanstandungen pro KV im Leistungsbereich der Arthroskopie

KV	2008 fakultativ		2009 fakultativ		2010		2011		2012	
	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*	K/G*	E/S*
BW	12,0	88,0	30,0	70,0	35,4	64,6	23,2	76,8	27,1	72,9
BY	74,0	26,0	65,8	34,2	54,1	45,9	65,3	34,7	84,0	16,0
BE	--	--	96,0	4,0	100,0	0,0	75,0	25,0	100,0	0,0
BB	85,7	14,3	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
HB	100,0	0,0	--	--	100,0	0,0	55,6	44,4	72,7	27,3
HH	--	--	--	--	100,0	0,0	50,0	50,0	75,0	25,0
HE	--	--	--	--	69,6	30,4	--	--	60,9	39,1
MV	37,5	62,5	20,0	80,0	66,7	33,3	100,0	0,0	60,0	40,0
NI	78,8	21,2	60,6	39,4	--	--	66,7	33,3	42,3	57,7

KV	2008 fakultativ		2009 fakultativ		2010		2011		2012	
NO	--	--	--	--	75,0	25,0	72,4	27,6	80,0	20,0
RP	--	--	--	--	--	--	72,7	27,3	100,0	0,0
SL	--	--	--	--	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
SN	--	--	--	--	--	--	58,3	41,7	84,6	15,4
ST	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	66,7	33,3
SH	33,3	66,7	61,1	38,9	27,3	72,7	60,0	40,0	85,7	14,3
TH	--	--	--	--	--	--	100,0	0,0	66,7	33,3
WL	--	--	--	--	16,7	83,3	27,8	72,2	65,0	35,0

*K/G- % keine/geringe Beanstandungen; E/S- % erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen

Die meisten KVen haben eine kleine Fallzahl von Ärzten geprüft (unter 20). Hellblau kennzeichnet die Prüfergebnisse der KVen, bei denen die Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte größer als 20 war.

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

Aus den Prüfergebnissen haben die KVen verschiedene Konsequenzen gezogen. Die Häufigkeit der eingesetzten Maßnahmen war zum Teil sehr unterschiedlich im Vergleich zu anderen obligaten Leistungsbereichen. Insbesondere die Nichtvergütung oder Rückforderung bereits gezahlter Vergütungen hat hier häufiger stattgefunden. Im Prüfungsjahr 2009 wurde diese Maßnahme nahezu so häufig eingesetzt wie die schriftliche Empfehlung. Dennoch hat die Mehrzahl der KVen die schriftlichen Empfehlungen zur Beseitigung von Mängeln als das häufigste Instrument zur Qualitätsförderung genutzt (die Anteile lagen hierfür zwischen 50,2 % und 70,6 %). Diese wurden zum Teil auch mit Beratungsgesprächen verbunden.

Zur Nichtvergütung oder Rückforderung kam es am häufigsten im Jahr 2009 (42,1 %) sowie 2010 (30,4 %) und 2011 (31,1 %). Kolloquien wurden in den ersten beiden Prüfungsjahren bei 22 Ärzten durchgeführt (2008: 10,3 % und 2009: 5,3 %). Diese kollegialen Fachgespräche fanden in den darauffolgenden Jahren nicht mehr so oft statt. 2010 wurden lediglich sieben (1,9 %), 2011 13 (2,8 %) und im letzten Jahr zehn Ärzte (3,0 %) zum Kolloquium eingeladen. Überwiegende Mehrheit der Ärzte (zwischen 85 % und 100 %), die zu einem Kolloquium eingeladen wurden, konnte ihre fachliche Befähigung und ärztliche Fertigkeit erfolgreich nachweisen.

Genehmigungswiderrufe fanden selten statt; diese wurde lediglich im ersten Prüfungsjahr bei zwei Ärzten und in den letzten drei Jahren bei jeweils einem Arzt entzogen. Praxisbegehungen waren nicht erforderlich.

Die meisten KVen stellten den geprüften Ärzten als Rückmeldung der Dokumentationsprüfung eine detaillierte Auflistung der festgestellten Mängel der Einzeldokumentationen und auch die Ergebnisse der Einzelbewertungen zur Verfügung. Sofern aus fachlicher Sicht möglich und

sinnvoll beinhaltete dies meist auch konkrete schriftliche Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. In anderen Fällen wurden den Ärzten auch kollegiale Beratungsgespräche mit QS-Kommissionsmitgliedern angeboten.

Eine KV stellte sogar sämtlichen arthroskopisch tätigen Ärzten eine systematische Analyse der bei den Stichprobenprüfungen festgestellten Mängel zur Verfügung. Allein durch diese Maßnahme war hier eine konkrete Qualitätsverbesserung bei den nachfolgenden Prüfungen festzustellen. Eine andere KV entwickelte für alle arthroskopisch tätigen Ärzte spezielle Handlungsempfehlungen für die Dokumentationsprüfungen nach der QP-RL Arthroskopie, damit diese sich optimal auf die Prüfungen und insbesondere auf die Form der einzureichenden Unterlagen vorbereiten können. Auch dies wirkte sich positiv auf die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen aus.

In einigen medizinisch begründbaren Einzelfällen ließ eine KV einige arthroskopische Eingriffe durch Mitglieder der Arthroskopie-Kommission ganz konkret vor Ort „begleiten“.

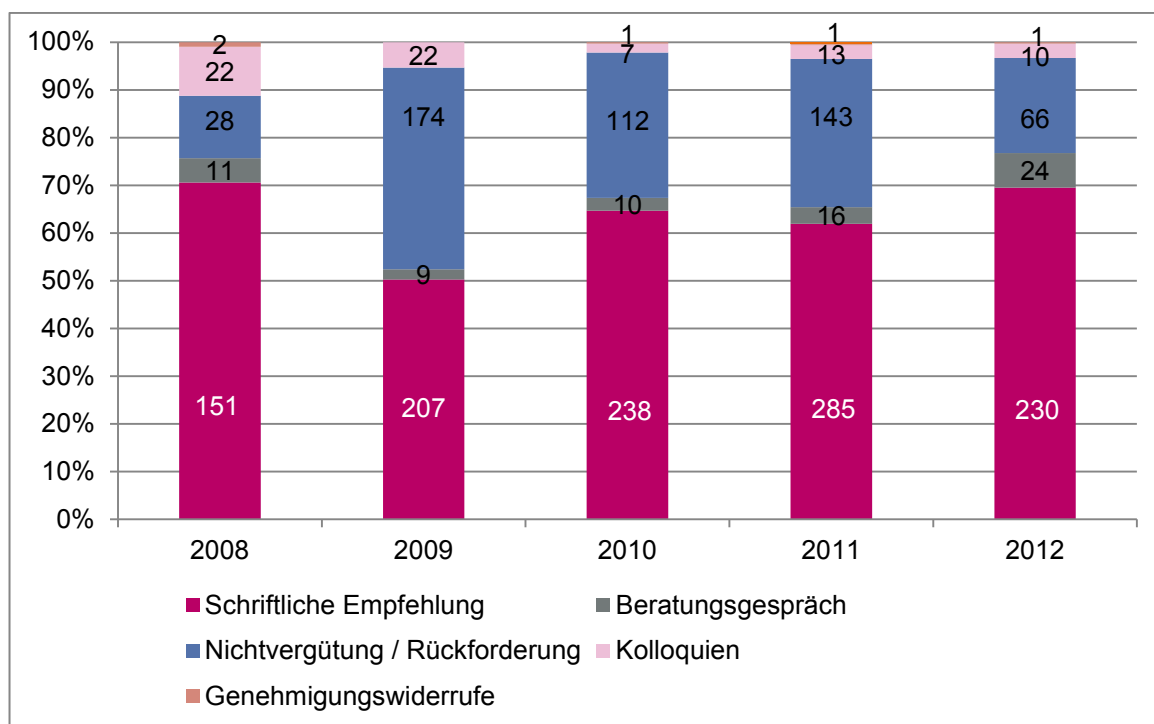


Abbildung 15: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Maßnahmen im Leistungsbereich der Arthroskopie

Aufgrund der besseren Darstellung wurden die Zahlen zu Maßnahmen „Praxisbegehung“ und „Genehmigung mit Auflage“ nicht abgebildet

Anzahl der Praxisbegehungen: keine in allen Prüfungsjahren

Anzahl der Genehmigungen mit Auflage: Nur im Jahr 2011: N=2

3.2.4.2 Kriterienbezogene Prüfungen

Kriterienbezogene Stichprobenprüfungen wurden aufgrund festgestellter erheblicher oder schwerwiegender Beanstandungen im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen durchgeführt⁹. Die KVen können selbst entscheiden, ob Ärzte mit erheblichen oder schwerwiegenden Mängeln im Rahmen einer Wiederholungsprüfung erneut geprüft werden oder ob andere Maßnahmen notwendig und sinnvoller wären. Gemäß QP-RL besteht keine Verpflichtung, solche Wiederholungsprüfungen bei auffälligen Ärzten durchzuführen.

Sie wurden von fünf (2008, 2009), vier (2010, 2011) bzw. acht (2012) KVen durchgeführt, davon jedes Jahr die KVen Baden-Württemberg und KV Schleswig-Holstein. Überprüft wurden jährlich mindestens 34 (2008), maximal 50 (2011) Ärzte (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Anzahl der geprüften Ärzte pro KV, bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte und der prozentuale Anteil kriterienbezogener Prüfungen im Leistungsbereich der Arthroskopie

KV	2008 fakultativ	2009 fakultativ	2010	2011	2012
BW	8	4	4	2	1
BY	--	24	31	39	20
BE	--	--	--	--	--
BB	--	--	--	--	--
HB	1	--	--	--	--
HH	--	--	--	--	2
HE	--	--	--	--	--
MV	--	6	3	1	--
NI	18	8	--	--	4
NO	--	--	--	--	--
RP	--	--	--	--	2
SL	--	--	--	--	--
SN	--	--	--	--	2
ST	1	--	--	--	--
SH	6	1	3	8	2

⁹ Im Bericht der KBV wurden im Jahr 2011 Zahlen zu kriterienbezogenen Fällen nach § 4 Abs. 3 Nr. 3 dokumentiert. Da es sich um einen Druckfehler handelt, sollen die dort dargestellten Zahlen entsprechend dem § 4 Abs. 3 Nr. 4 interpretiert werden. Einige KVen haben hierzu keine Angaben gemacht: KV ST und KV SH (2008); KV BY (2010); KV SH (2012)

KV	2008 fakultativ	2009 fakultativ	2010	2011	2012
TH	--	--	--	--	--
WL	--	--	--	--	12
Anzahl der geprüften Ärzte*	34	43	41	50	45
Prozentualer Anteil kriterienbezogener Prüfungen	9,7	14,9	11,9	11,3	10,7

*Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Ergebnis

Die Mehrheit der geprüften Ärzte hat ihre fachliche Befähigung durch die wiederholte Überprüfung erfolgreich nachgewiesen (siehe Abbildung 16). Dennoch war die Anzahl dieser Ärzte, die weiterhin erhebliche oder schwerwiegende Mängel aufwiesen, verhältnismäßig hoch. Insbesondere wurden in den Prüfungsjahren 2008 bis 2010 bei 13 (38,2 %), 15 (34,9 %) und 17 (41,5 %) Ärzten nach wie vor erhebliche oder schwerwiegende Mängel festgestellt. Diese Quote hat sich jedoch in 2011 und 2012 zum Teil um die Hälfte auf 28 % (14 Ärzte; 2011) bzw. auf 20 % (neun Ärzte; 2012) reduziert. Im letzten Prüfungsjahr resultierte also die wiederholte Überprüfung mit einer Verbesserung der Qualität bei rund 80 % der erneut geprüften Ärzte.

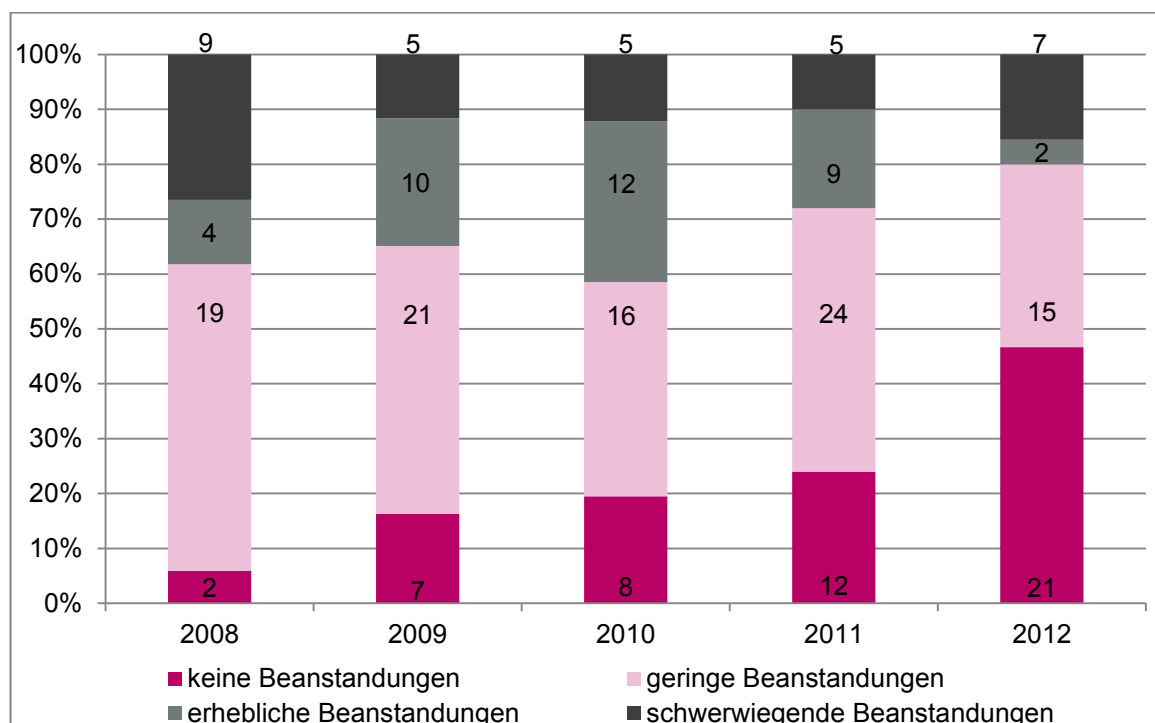


Abbildung 16: Bundesweite relative und absolute Anzahl der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich der Arthroskopie

Hinweis: Kleine Fallzahlen können die Repräsentativität einer Stichprobe nicht abbilden

3.3 Fakultative Stichprobenprüfungen

Im Folgenden werden Auswertungen der Ergebnisse fakultativer Stichprobenprüfungen dargestellt. Für Leistungsbereiche, für die der G-BA keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen hat, können KVen nach eigenem Ermessen Stichprobenprüfungen in ausgewählten Leistungsbereichen auf der Grundlage eigener Qualitätsbeurteilungskriterien vornehmen. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse auf der Grundlage der QP-RL nach § 136 Abs. 2 SGB V zusammenfassend dargestellt.

Eine Besonderheit betrifft die Ultraschalldiagnostik. Seit 2010 werden Prüfungen auf Grundlage der QP-RL nach § 136 Abs. 2 SGB V von der KV Hessen und KV Rheinland-Pfalz und im Erfassungsjahr 2011 von der KV Sachsen durchgeführt. Alle anderen KVen führen nunmehr auf der Grundlage der zum 1. April 2009 neugefassten Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V Prüfungen durch. Die Ergebnisse werden jährlich in dem am Ende des Jahres erscheinenden Qualitätsbericht der KBV veröffentlicht.

Ähnliches gilt bei der Magnetresonanz-Angiographie (MR-Angiographie), Onkologie und der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. Hier finden bei allen KVen Prüfungen zum Teil auf Grundlage von § 135 Abs. 2 SGB V, zum Teil auf Grundlage von § 135 Abs. 1 SGB V statt.

Fakultative Stichprobenprüfungen werden, wie obligate, sowohl als zufallsgesteuerte Stichprobe (Routineprüfungen) als auch kriterienbezogene Prüfung durchgeführt. Einige Bereiche wurden allerdings lediglich von einer bzw. von zwei KVen geprüft. Auf die Darstellung KV-bezogener Daten sowie auf die Darstellung der Zusammensetzung der QS-Kommissionen wurde deshalb aufgrund der geringen Fallzahl verzichtet.

Alle Auswertungen der Prüfergebnisse beziehen sich auf die bundesweiten aggregierten Daten, die die Gesamtraten der Beanstandungen darstellen (siehe auch Kapitel 3.1). Aufgrund der zum Teil sehr geringen Fallzahl der durchgeführten Prüfungen werden hier die Gesamtraten in dichotomisierter Form abgebildet (die Anteile zu keinen und geringen sowie zu erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen werden addiert).

In Anbetracht des deutlich geringeren Prüfumfanges kriterienbezogener Prüfungen sowie der Anzahl der KVen, die diese anlassbezogenen Prüfungen durchgeführt haben, werden hierbei lediglich die Ergebnisse der Routineprüfungen dargestellt.

Umfang der Stichprobenprüfungen

Die nachfolgende Tabelle 22 führt die Anzahl der geprüften Ärzte sowie die Anzahl der prüfenden KVen auf. Die KVen können selbständig entscheiden, in welchen Bereichen sie fakultative Stichprobenprüfungen durchführen wollen. Je nach Bereich führen eine bis acht KVen Prüfungen durch. Darüber hinaus werden die Prüfungen nicht konstant über den betrachteten Zeitraum (2008-2012) von denselben KVen vollzogen, so setzen die KVen die jährlichen Prüfungen aus oder beenden die Prüfungstätigkeit in diesem Bereich. Die fakultativen Stichprobenprüfungen in den Bereichen der Nuklearmedizin, der Herzschrittmacher-Kontrolle, der Langzeit-EKG, der Ultraschalldiagnostik und der schlafbezogenen Atmungsstörungen wurden in dem betrachteten Zeitraum von einigen KVen jährlich durchgeführt.

Im Leistungsbereich der **Nuklearmedizin** wurde die Qualität der ärztlichen Tätigkeit jährlich geprüft. An den Prüfungen haben sich die KVen Hamburg (2008-2010; 2012), KV Hessen (2008-2009; 2011-2012) und die KV Rheinland-Pfalz (2008-2010) beteiligt. 2008 und 2009 wurde die höchste Anzahl der Ärzte begutachtet (54 und 45), in den Jahren 2010-2012 hat sich die Anzahl auf 30, 9 bzw. auf 17 verringert.

Die Leistungen der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der **Strahlentherapie** wurden in den Jahren 2008-2010 überprüft. Diese Überprüfung wurde 2008 von zwei KVen vollzogen – die KV Hamburg und die KV Rheinland-Pfalz haben insgesamt 18 Ärzte geprüft. 2009 und 2010 wurden vier bzw. 14 Ärzte begutachtet (nur KV Rheinland-Pfalz).

An fakultativen Stichprobenprüfungen der **Herzschrittmacher-Kontrolle** haben sich vier KVen beteiligt (KV Berlin 2008-2012, KV Thüringen 2008-2010; KV Sachsen 2011-2012 und KV Mecklenburg-Vorpommern 2012). 2008-2010 wurde die höchste Anzahl der geprüften Ärzte, zwischen 27 (2008), 23 (2009) und 24 (2010) dokumentiert. Der Prüfumfang hat sich 2011 und 2012 auf sieben bzw. zehn Ärzte verringert.

Am umfangreichsten wurden die Bereiche der Langzeit-EKG und der Ultraschalldiagnostik geprüft. Hierbei war auch die Anzahl der prüfenden KVen am höchsten. Die Prüfungen zur **Langzeit-EKG** wurden jedes Jahr von insgesamt fünf KVen (KV Berlin, KV Brandenburg, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Sachsen-Anhalt und KV Westfalen-Lippe) durchgeführt. Im Jahr 2008 wurden diese anstatt der KV Brandenburg von der KV Bremen veranlasst. Die Anzahl der Prüfungen lag hierbei zwischen 118 (2008) und 188 (2010).

Knapp 50 Ärzte, die im Bereich des **ambulanten Operierens** Leistungen abgerechnet haben, wurden 2011 und 2012 von der KV Berlin überprüft.

Im Leistungsbereich **Ultraschall** wurden im Jahr 2008 695 Ärzte geprüft (acht KVen: KV Berlin, KV Brandenburg, KV Hamburg, KV Hessen, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Saarland, KV Sachsen und KV Schleswig-Holstein). Seit Inkrafttreten der neugefassten Ultraschall-

Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V im Jahr 2009 hat sich hier die Anzahl der fakultativen Prüfungen nach § 136 Abs. 2 SGB V um fast die Hälfte verringert (361). Sechs KVen haben Prüfungen gemäß QP-RL durchgeführt, alle anderen KVen prüften auf der Grundlage der Ultraschall-Vereinbarung. 2010 wurden die Prüfungen gemäß § 136 Abs. 2 SGB V ausschließlich von zwei (KV Hessen und KV Rheinland-Pfalz; 359), 2011 von drei (KV Hessen, KV Rheinland-Pfalz und KV Sachsen; 503) und im Jahr 2012 von einer KV (KV Rheinland-Pfalz; 145) veranlasst.

Prüfungen im Bereich der **schlafbezogenen Atmungsstörungen** wurden von insgesamt zwei KVen durchgeführt (KV Brandenburg 2008-2012 und KV Sachsen-Anhalt 2011-2012). Die Anzahl der Prüfungen variierte zwischen vier (2008) und 18 (2011).

Im Bereich der **MR-Angiographie** wurden lediglich neun (2011) bzw. vier (2012) Ärzte geprüft. Diese wurden in beiden Prüfungsjahren von der KV Berlin begutachtet.

Ebenfalls eine geringere Anzahl der Prüfungen wurde im Bereich der **interventionellen Radiologie** dokumentiert. Dort wurde die Leistung von vier bzw. von zwei Ärzten durch die KV Hessen geprüft (2011 und 2012).

Mehr als 40 Ärzte, die die **substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger** abgerechnet haben, wurden durch die KV Berlin überprüft. Diese Überprüfungen fanden in den Jahren 2011 und 2012 statt.

Im Leistungsbereich der **Onkologie** wurden 2012 32 Ärzten geprüft (KV Westfalen-Lippe).

Tabelle 22: Anzahl der geprüften Ärzte sowie die Anzahl der prüfenden KVen bei fakultativen Stichprobenprüfungen

Fakultative Leistungsbereiche	2008		2009		2010		2011		2012	
	R*	K*	R*	K*	R*	K*	R*	K*	R*	K*
Nuklearmedizin	54 (3) [#]	1 (1)	45 (3)	--	30 (2)	3 (1)	9 (1)	--	17 (2)	--
Strahlentherapie	18 (2)	--	4 (1)	5 (1)	14 (1)	--	--	--	--	--
Herzschriltmacher-Kontrolle	27 (2)	2 (1)	23 (2)	3 (1)	24 (2)	3 (1)	7 (2)	--	10 (3)	--
Langzeit-EKG	118 (5)	7 (1)	130 (5)	6 (3)	188 (5)	5 (2)	162 (5)	16 (4)	158 (5)	21 (5)
Ambulantes Operieren	--	--	--	--	--	--	48 (1)	--	49 (1)	--
Ultraschalldiagnostik	695 (8)	340 (6)	361 (6)	299 (5)	359 (2)	199 (2)	503 (3)	234 (3)	145 (1)	69 (2)
Schlafbezogene Atmungsstörungen	4 (1)	--	5 (1)	--	12 (1)	--	18 (2)	--	15 (2)	1 (1)
MR-Angiographie	--	--	--	--	--	--	9 (1)	--	4 (1)	--
Interventionelle Radiologie	--	--	--	--	--	--	4 (1)	--	2 (1)	1 (1)
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	--	--	--	--	--	--	41 (1)	1 (1)	49 (1)	3 (1)
Onkologie	--	--	--	--	--	--	--	--	32 (1)	--

*R- Routineprüfungen; K- kriterienbezogene Prüfungen

In Klammern () Anzahl der KVen, die fakultative Stichprobenprüfungen durchgeführt haben

Tabelle 23 zeigt die Gesamtraten der geprüften Ärzte für alle fakultativen Leistungsbereiche¹⁰. Es lässt sich feststellen, dass die Quoten einen variierenden Umfang zwischen den dargestellten Leistungsbereichen zeigten. Tendenziell waren die Anteile der geprüften Ärzte vorwiegend bei diesen Leistungsbereichen höher, bei denen die Anzahl der abrechnenden Ärzte verhältnismäßig kleiner war. Dieser Aspekt konnte beispielsweise im Bereich der Strahlentherapie (12,5 % bis 33,3 %), der schlafbezogenen Atmungsstörungen (zum Teil 11,4 % und 21,8 %) oder im Bereich der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (29,3 % und 36,6 %) beobachtet werden. Die Überprüfung der Qualität bei größeren Leistungsbereichen, bei denen die Anzahl der abrechnenden Ärzte höher war, erfolgte in der Regel mit einem klei-

¹⁰ Einige Bereiche wurden lediglich von einer KV geprüft.

neren Prüfumfang (zwischen 2,1 % und 8 %). Zu diesen Bereichen zählten: Langzeit-EKG, ambulante Operieren und Ultraschalldiagnostik.

Im Bereich der Langzeit-EKG wurde zwischen 5,4 % (der niedrigste Umfang, 2009) und 8 % (der höchste Umfang, 2010) der Ärzte überprüft. Im Bereich des ambulanten Operierens belief sich diese Quote auf 3,3 % (2011) bzw. 4,8 % (2012). Die geprüften Ärzte im Bereich der Ultraschalldiagnostik machten im Durchschnitt jährlich ca. 3,5 % (der niedrigste Umfang: 2,1 %; der höchste Umfang: 4,1 %) aller Ärzte aus, die diese Leistung abgerechnet haben.

Tabelle 23: Gesamtraten der geprüften Ärzte bei fakultativen Stichprobenprüfungen

Fakultative Leistungsbereiche*	2008	2009	2010	2011	2012
Nuklearmedizin	26,1%	22,5%	24,0%	8,7%	12,1%
Strahlentherapie	33,3%	12,5%	30,4%	--	--
Herzschrittmacher-Kontrolle	22,7%	19,8%	20,9%	4,3%	5,6%
Langzeit-EKG	5,7%	5,4%	8,0%	6,2%	6,1%
Ambulantes Operieren	--	--	--	3,3%	4,8%
Ultraschalldiagnostik	3,9%	2,1%	3,7%	4,1%	3,7%
Schlafbezogene Atmungsstörungen	7,5%	8,8%	21,8%	15,3%	11,4%
MR-Angiographie	--	--	--	17,3%	5,1%
Interventionelle Radiologie	--	--	--	11,8%	6,3%
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	--	--	--	29,3%	36,6%
Onkologie	--	--	--	--	8,6%

* Einige Bereiche wurden lediglich von einer KV geprüft

Ergebnisse der Gesamtbewertung

Aufgrund der geringen Fallzahl der durchgeführten Prüfungen erlauben die dargestellten Ergebnisse der fakultativen Prüfungen ausschließlich eine eingeschränkte Interpretation (siehe Tabelle 24). Einige Bereiche wurden lediglich von einer bzw. von zwei KVen geprüft. Solche Prüfergebnisse können nicht die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung auf Bundesebene abbilden, wertende Aussagen sind somit nicht (immer) möglich und zulässig.

Die Auswertungen im Leistungsbereich der **Nuklearmedizin** wiesen in den letzten zwei Prüfungsjahren 2011 und 2012 auf keine erheblichen oder schwerwiegenden Mängel hin. Außerdem ist der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen von 22,2 % im Prüfungsjahr 2008 um die Hälfte, auf 11,1 % im Jahr 2009 gesunken. Im Jahr 2010 wurde jedoch mit 46,7 % ein Anstieg der Mängel verzeichnet.

Die geringen Fallzahlen der geprüften Ärzte im Bereich der **Strahlentherapie** (18, 4 und 14) lassen kaum valide Auswertungen der Ergebnisse zu. 2008 wurden bei fünf (27,8 %) und 2010 bei drei Ärzten (21,4 %) erhebliche Mängel dokumentiert. Diese Quote war im Jahr 2009 am höchsten und betrug rund 50 %. Hierbei kam es bei zwei von lediglich vier geprüften Ärzten zu erheblichen Mängeln.

Die Ergebnisse im Bereich der **Herzschrittmacher-Kontrolle** lassen auf eine gute Qualität der ärztlichen Tätigkeit schließen. Der bundesweite Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen lag 2011 bei 0 % und 2012 bei 10 %. Diese Quote indizierte somit einen Rückgang der Mängel gegenüber den Vorjahreswerten (2008: 18,5 %; 2009: 13,0 %; 2010: 12,5 %).

Die 5-Jahres-Auswertung zur **Langzeit-EKG** lässt eine variierende Spannweite der Prüfergebnisse erkennen. Die Qualität der ärztlichen Tätigkeit wurde in diesem Bereich von fünf KVen überprüft und gehörte neben der Ultraschalldiagnostik zu den am häufigsten überprüften fakultativen Leistungsbereichen. Diese variierenden bundesweiten Gesamtraten der erheblichen und schwerwiegenden Mängel (zwischen 10,8 % – die niedrigste Quote im Jahr 2009 und 26,5 % – die höchste Quote im Jahr 2011) resultieren deshalb (möglicherweise) aus den regionalen Unterschieden zwischen den KVen.

Die Auswertungen im Bereich des **ambulanten Operierens** zeigten sehr gute Ergebnisse und wiesen keine Mängel auf. Es wurden keine erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen festgestellt.

Die Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen zur **Ultraschalldiagnostik** lieferten 2008 bis 2010 vergleichbare Prüfergebnisse. Die bundesweiten Gesamtraten der erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen betragen hier 25,2 % (2008), 26,6 % (2009) und 22,8 % (2010). 2011 und 2012 konnte ein Rückgang der Mängel verzeichnet werden (14,3 % bzw.

18,6 %). Die Prüfungen im letzten Jahr wurden allerdings lediglich von einer KV vollzogen (KV Rheinland-Pfalz).

Die Auswertung im Bereich der **schlafbezogenen Atmungsstörungen** lässt aufgrund der sehr geringen Fallzahl keine bundesweite Darstellung der Qualität in diesem Bereich zu. Anhand der vorhandenen Daten lassen sich lediglich einige Trends in der Qualitätsentwicklung herleiten. Und so wiesen die Prüfergebnisse in den Jahren 2008 und 2009 keine Mängel auf. 2010 wurden bei drei von insgesamt zwölf geprüften Ärzten erhebliche Mängel nachgewiesen (25 %). Die Anzahl der Mängel hat sich 2011 und 2012 reduziert; dort wurden zwei Ärzte mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen dokumentiert (11,1 % und 13,3 %).

Aufgrund der sehr geringen Fallzahl, die zwischen zwei und neun Ärzten lag, lassen sich in den Bereichen der MR-Angiographie sowie der interventionellen Radiologie ebenfalls keine verlässlichen Auswertungen ableiten. Es kann lediglich auf einige Trends in der Qualitätsentwicklung hingewiesen werden. So wurden im Bereich der **MR-Angiographie** im Jahr 2011 bei drei von insgesamt neun geprüften Ärzten Mängel festgestellt (33,3 %). Im Jahr 2012 wurden keine erheblichen oder schwerwiegenden Mängel mehr dokumentiert.

Im Bereich der **interventionellen Radiologie** wurden 2011 vier Ärzte geprüft. Die Überprüfung führte lediglich bei einem Arzt zu schwerwiegenden Beanstandungen. Ein Jahr später wurden bei einem von insgesamt zwei geprüften Ärzten erhebliche Mängel nachgewiesen.

Die Stichprobenprüfungen im Bereich der **substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger** erfolgten im Jahr 2011 in 41 und im Jahr 2012 in 49 Fällen. Die Quote der erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen blieb auf einem relativ konstanten Niveau zwischen 9,8 % und 10,2 %.

Die Prüfungen im Leistungsbereich der **Onkologie** wurden 2012 von der KV Westfalen-Lippe durchgeführt. Hierbei wurde die Leistung von insgesamt 32 Ärzten beurteilt. Bei fünf Ärzten führte diese Überprüfung zu erheblichen Mängel (15,6 %). Bei zwei weiteren Ärzten wurden schwerwiegende Beanstandungen dokumentiert (6,3 %).

Tabelle 24: Gesamtraten der Beanstandungen bei fakultativen Stichprobenprüfungen

Fakultative Leistungsbereiche	2008		2009		2010		2011		2012	
	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %	K/G* %	E/S* %
Nuklearmedizin	77,8	22,2	88,9	11,1	53,3	46,7	100,0	0,0	100,0	0,0
Strahlentherapie	72,2	27,8	50,0	50,0	78,6	21,4	--	--	--	--
Herzschrittmacher-Kontrolle	81,5	18,5	87,0	13,0	87,5	12,5	100,0	0,0	90,0	10,0
Langzeit-EKG	80,5	19,5	89,2	10,8	82,4	17,6	73,5	26,5	81,0	19,0
Ambulantes Operieren	--	--	--	--	--	--	100,0	0,0	100,0	0,0
Ultraschalldiagnostik	74,8	25,2	73,4	26,6	77,2	22,8	85,7	14,3	81,4	18,6
Schlafbezogene Atmungsstörungen	100,0	0,0	100,0	0,0	75,0	25,0	88,9	11,1	86,7	13,3
MR-Angiographie	--	--	--	--	--	--	66,7	33,3	100,0	0,0
Interventionelle Radiologie	--	--	--	--	--	--	75,0	25,0	50,0	50,0
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	--	--	--	--	--	--	90,2	9,8	89,8	10,2
Onkologie	--	--	--	--	--	--	--	--	78,1	21,9

*K/G- keine/geringe; E/S- erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

Die schriftliche Empfehlung zur Beseitigung von Mängeln wurde in allen Leistungsbereichen am häufigsten eingesetzt. In einigen Bereichen (Nuklearmedizin, Strahlentherapie, ambulantes Operieren und schlafbezogene Atmungsstörungen) wurde diese Maßnahme als einziges Instrument der Qualitätsförderung ausgewählt. Dies kann damit begründet werden, dass die Prüfergebnisse in den erwähnten Leistungsbereichen zum Teil gar keine Mängel aufwiesen und weitere Maßnahmen nicht notwendig waren. In einigen Bereichen wurden die schriftlichen Empfehlungen zusätzlich mit Beratungsgesprächen verbunden. Die Nichtvergütung oder die Rückforderung der bereits geleisteten Vergütungen wurden von den KVen in den Bereichen Herzschrittmacher-Kontrolle, MR-Angiographie, interventionellen Radiologie und substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger als zweithäufigste Maßnahme genutzt. Die genauen Häufigkeiten aller eingesetzten Maßnahmen wurden in Tabelle 25 dargelegt.

In den Bereichen Langzeit-EKG und Ultraschalldiagnostik wurden von den KVen noch weitere Instrumente genutzt, um die Qualität der ärztlichen Tätigkeit in diesen Leistungsbereichen zu fördern. Und so wurden einige Ärzte, neben der Erteilung der schriftlichen Empfehlungen und den geführten Beratungsgesprächen, auch zu fachlichen Gesprächen im Rahmen eines Kolloquiums eingeladen. Im Bereich der Ultraschalldiagnostik wurden im Jahr 2012 sogar 20 solche Fachgespräche geführt. Diese machten in diesem Jahr 10,8 % aller eingesetzten Maßnahmen aus. Auch die Nichtvergütung oder die Rückforderung der bereits geleisteten Vergütungen wurde hier häufiger veranlasst, wobei die Häufigkeit dieser Maßnahme im 5-Jahresverlauf sehr unterschiedlich war (z.B.: 56 bzw. 58 in den Jahren 2008 und 2009 und nur 33, 35 und 22 in den nachfolgenden drei Jahren). Eine Besonderheit betrifft auch hier die Genehmigungswiderrufe. Während bei allen anderen fakultativen Stichprobenprüfungen keine Genehmigungen entzogen wurden, wurde diese Maßnahme, vor allem im Bereich der Ultraschalldiagnostik, bei mehreren Ärzten vollzogen. Im Prüfungsjahr 2008 belief sich die Anzahl auf 14 Ärzte (3 %), in den drei darauffolgenden Jahren schwankte die Anzahl zwischen sieben und acht Ärzten (2009: 1,7 %, 2010: 1,9 % und 2011: 1,3 %) und im letzten Jahr wurde bei fünf Ärzten (2,7 %) die Genehmigung entzogen. Im Bereich Langzeit-EKG wurde lediglich bei einem Arzt die Genehmigung entzogen.

Praxisbegehungen waren bei allen betrachteten fakultativen Stichprobenprüfungen nicht erforderlich. Eine Ausnahme bildete hier lediglich der Bereich der Ultraschalldiagnostik (zwei Praxisbegehungen im Jahr 2009).

Tabelle 25: Maßnahmen der KVen bei fakultativen Stichprobenprüfungen

Maßnahmen*	2008	2009	2010	2011	2012
Nuklearmedizin					
Schriftliche Empfehlung	13	24	24	--	--
Strahlentherapie					
Schriftliche Empfehlung	5	8	13	--	--
Herzschrittmacher - Kontrolle					
Schriftliche Empfehlung	9	16	12	2	2
Nichtvergütung oder Rückforderung	--	3	3	--	--
Langzeit - EKG					
Schriftliche Empfehlung	--	55	85	94	103
Beratungsgespräch	--	7	5	2	6
Nichtvergütung oder Rückforderung	--	4	1	14	11
Kolloquien	8	3	4	6	5
Genehmigungswiderrufe	--	--	--	--	1

Maßnahmen*	2008	2009	2010	2011	2012
Genehmigungen mit Auflage	--	6	5	--	2
Ambulantes Operieren					
Schriftliche Empfehlung	--	--	--	2	--
Ultraschalldiagnostik					
Schriftliche Empfehlung	333	316	319	439	111
Beratungsgespräch	45	29	60	43	28
Nichtvergütung oder Rückforderung	56	58	33	35	22
Kolloquien	6	6	6	8	20
Genehmigungswiderrufe	14	7	8	7	5
Genehmigungen mit Auflage	7	--	--	--	--
Praxisbegehung	--	2	--	--	--
Schlafbezogene Atmungsstörungen					
Schriftliche Empfehlung	1	2	6	2	1
MR-Angiographie					
Schriftliche Empfehlung	--	--	--	5	1
Beratungsgespräch	--	--	--	1	--
Nichtvergütung oder Rückforderung	--	--	--	4	1
Interventionelle Radiologie					
Beratungsgespräch	--	--	--	1	1
Nichtvergütung oder Rückforderung	--	--	--	2	1
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger					
Schriftliche Empfehlung	--	--	--	20	11
Beratungsgespräch	--	--	--	--	1
Nichtvergütung oder Rückforderung	--	--	--	5	6
Onkologie					
Schriftliche Empfehlung	--	--	--	--	14
Beratungsgespräch	--	--	--	--	1

* Maßnahmen, die nicht stattgefunden haben, wurden nicht aufgelistet

Literatur

Ärztliche und zahnärztliche Stellen - Richtlinie zur Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) und zur Röntgenverordnung (RöV). RöV/StrlSchVRL:2003-12-18

Gompertz P, Dennis M, Hopkins A et al.: Development and Reliability of the Royal College of Physicians Stroke Audit Form. UK Stroke Audit Group. Age Ageing 1994;23(5):378-383

Heath DA.: Random review of hospital patient records. BMJ 1990;300:651-652

Hofer TP, Bernstein SJ, DeMonner S et al.: Discussion between reviewers does not improve reliability of peer review of hospital quality. Medical Care 2000;38(2):152-161

Igl G.: Rechtlicher Rahmen der Qualitätssicherung in der Medizin nach dem SGB V. Z Gerontol Geriat 1999;32(1):3-10

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. 20.01.2000

Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomographie, 23. November 2007

Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik- Qualitätskriterien röntgendiagnostischer Untersuchungen, 23. November 2007

Pfanzelter R.: Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung – Fortbildungsheft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2014

Schnell R, Hill, PB, Esser E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg, 1989

Wan TTH, Connell AM.: Monitoring the Quality of Health Care: Issues and Scientific Approaches. Kluwer Academic Publishers USA 2000

Kommentar

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur 5-Jahres-Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Stichprobenprüfungen 2008-2012 nach § 136 Abs. 2 SGB V

„Präambel“

Gemäß Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) besteht seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine jährliche Berichtspflicht gegenüber dem G-BA hinsichtlich der Prüftätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Diese Jahresberichte legen insbesondere die Anzahlen der durchgeführten Stichprobenprüfungen bzw. der geprüften Ärztinnen und Ärzte, die Anzahl der in den QS-Kommissionen tätigen Ärzte, die Häufigkeiten von beanstandeten Mängeln sowie die Anzahl bzw. Häufigkeiten der in der Richtlinie vorgesehenen und von den KVen veranlassten Maßnahmen als Reaktion auf festgestellte Mängel dar.

Mit Vorlage des Berichts für das Jahr 2012 lagen nunmehr Berichte von 5 Kalenderjahren (2008 bis 2012) nach Inkrafttreten der QP-RL in 2007 vor. Eine in Bezug auf die KVen längsschnittliche Betrachtung ermöglicht nun erstmals, eine neue Perspektive auf die berichteten Ergebnisse einzunehmen. Sie ermöglicht es, Tendenzen und Entwicklungen sichtbar zu machen und diese zu analysieren. Wichtige Fragen sind bspw. wie sich die Mängelquoten über die Jahre hinweg verändern, ob sich die Wirksamkeit von Qualitätsförderungsmaßnahmen sichtbar machen lässt oder ob sich Weiterentwicklungsbedarfe an der QP-RL erkennen lassen. Vor diesem Hintergrund hatte der UA QS am 6. November 2013 die KBV gebeten, eine solche von ihr angebotene zusätzliche Auswertung zu erstellen. In der Folge wurde von der KBV ein entsprechender Bericht erstellt, der sehr umfangreich und detailliert diese fünf Berichtsjahre darstellt und beschreibt. Die hier zusammenfassend wiedergegebenen Bewertungen basieren auf diesem 5-Jahresbericht. Zudem werden Empfehlungen für das weitere Vorgehen formuliert.

1. Kapitel: Allgemeine Erkenntnisse

Zusammenfassend kann positiv festgestellt werden, dass sich die Stichprobenprüfung als Instrument der Qualitätssicherung und -förderung im ambulanten Bereich etabliert hat. Von den potentiell ca. 50.000 zu prüfenden Ärzten in den vier Leistungsbereichen konventionelles Röntgen, Computertomographie, MRT und Arthroskopie wurden jährlich im Durchschnitt mehr als 6.300 Ärzte im Rahmen von Routineprüfungen geprüft mit einem Maximum von 7.274 Ärzten im Jahr 2010 und einem Minimum von 4.562 Ärzten im Jahr 2012. Das entspricht einer durchschnittlichen Prüfquote von 12,6 % mit einem Maximum von 14,1 % in 2010 und einem Minimum von 8,9 % im Jahr 2012. Angesichts des durch die Richtlinie vorgegebenen Mindestprüfumfangs von 4 % in den Leistungsbereichen Röntgen, Computertomographie und MRT/Kernspin bzw. 10 % für Arthroskopie in den Jahren 2010 bis 2012 (bis 2009 war die Prüfung im Bereich Arthroskopie fakultativ, ab 2011 konnte die Prüfung im Bereich Computertomographie ausgesetzt werden) kann man hier von einer sehr guten Erfüllung der Prüfpflichten im Bereich der Routineprüfungen durch die für die Durchführung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sprechen, auch wenn im letzten betrachteten Jahr ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen war.

Auffällig ist die große Inhomogenität der Prüfquoten zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen: In einem Einzelfall liegt die Spanne in einem Jahr und Leistungsbereich zwischen 0 und knapp 93 %. Über die Jahre hinweg ist eine Annäherung der Prüfquoten an die Vorgaben der QP-Richtlinie und damit eine Verringerung der Inhomogenität in zwei Richtungen zu beobachten. Einerseits nimmt die ohnehin geringe Zahl der KVen, die die Mindestvorgaben der Richtlinie nicht einhalten, ab, andererseits reduzieren sich auch die hohen Prüfquoten in besonders engagierten KVen spürbar. Die Zahl der in den einzelnen Bundesländern organisierten QS-Kommissionen wird nicht berichtet; allerdings gehört diese Zahl nicht zum verpflichtenden Berichtsumfang.

Methodisch basiert die routinemäßige Stichprobenprüfung auf der zufallsgesteuerten Auswahl von Ärzten, für die wiederum eine festgelegte Anzahl entsprechender Fälle zufällig durch die KV ausgewählt werden. Die Beurteilung erfolgt durch eine Fachkommission auf der Basis dieser ärztlichen Originaldokumentationen. Da weder die Repräsentativität der Stichproben Ziel dieser Vorgehensweise ist noch die ärztliche Originaldokumentation ein lückenloses Bild über die Behandlung von der Indikationsstellung bis hin zu den Langzeitergebnissen bietet, spiegeln die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen nur bedingt die Qualität der ärztlichen Behandlung wider. Hinzu kommt, dass die Prüfkommisionen in jeder KV individuell besetzt sind und sich aus den ausgesprochen heterogenen Ergebnissen auf die Heterogenität beim Vorgehen und insbesondere bei der Feststellung und Bewertung von Auffälligkeiten schließen lässt. Als beispielhafter Beleg sei hier die Rate der festgestellten erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen im Leistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik in den Ländern Bayern und Baden-Württemberg angeführt. Im Durchschnitt der 5 betrachteten Jahre lag die Beanstandungsquote in Baden-Württemberg bei 4,3 %, in Bayern bei 24 %.

Als Reaktion auf festgestellte Mängel, insbesondere erhebliche und schwerwiegende Mängel, bietet die QP-Richtlinie den Kassenärztlichen Vereinigungen verschiedene mögliche Maßnahmen gegenüber den geprüften Ärztinnen und Ärzten: schriftliche Hinweise zur Mängelbeseitigung, Beratungsgespräche des Arztes, kriterienbezogene Prüfungen (Wiederholungsprüfungen im Folgejahr), die Verpflichtung zu Fortbildungsmaßnahmen und

einem Kolloquium, Praxisbegehungen, die Rückforderung von Vergütungen und schließlich den Entzug der Abrechnungsgenehmigung. Da diese Maßnahmen in der Richtlinie nicht zwingend mit einem bestimmten Mängelgrad verbunden sind, ist auch hier eine hohe Heterogenität der getroffenen Maßnahmen zwischen den KVen und teilweise auch innerhalb von KVen im Zeitverlauf zu beobachten. Insbesondere lässt sich aus den vorgelegten Zahlen nicht ableiten, dass festgestellte Mängel im Folgejahr regelhaft zu einer Wiederholungsprüfung bzw. Mängel in der Wiederholungsprüfung zu weiteren Maßnahmen führen. Darüber hinaus haben die KVen auch die Möglichkeit, Mängel, die ein generelles Qualitätsverbesserungspotential darstellen wie z.B. in der Arthroskopie, durch übergreifende Maßnahmen zu adressieren, die nicht ex post auf den einzelnen Arzt sondern ex ante im Interesse einer allgemeinen Qualitätsverbesserung wirken. Da hierzu aber keine Berichtspflicht gegenüber der KBV besteht, bleiben diese auf das jeweilige Land beschränkt, anstatt als gutes Praxisbeispiel allgemein wirksam zu werden. Hier wäre die Verankerung einer Berichtspflicht in der Richtlinie wünschenswert.

Die oben erwähnten methodischen Schwierigkeiten machen allgemeine Aussagen zur Qualitätsentwicklung in den erfassten Leistungsbereichen schwierig. Ein leichter Rückgang der Rate an erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen könnte deshalb auf eine begrenzte Verbesserung der Versorgungsqualität hindeuten, eine belastbare Aussage lässt sich aber auf der Grundlage der Erhebung und der aktuellen Limitationen der Methode nicht treffen. Teilweise können auch die berichteten Veränderungen der Raten nicht abschließend geklärt werden. Generell ist festzuhalten, dass das Potential der Stichprobenprüfungen zur verlässlichen Erhebung der Versorgungsqualität, aber insbesondere zu ihrer Verbesserung noch nicht ausgeschöpft ist. Es wird deshalb zeitnah eine Weiterentwicklung der Richtlinie, die inhaltlich bereits weitgehend vorbereitet ist, empfohlen. Für die Überarbeitung sollten folgende Punkte beraten werden:

- Optimierung des Berichtswesens
- Zuordnung und Vereinheitlichung der Bewertungsschemata
- Flexibilisierung des Prüfungsumfanges in Abhängigkeit der Ergebnisse
- Zuordnung von Maßnahmen in Abhängigkeit vom Prüfergebnis
- Überprüfung der Vorgaben für fakultative Prüfungen
- mögliche Überführung fakultativer Leistungsbereiche in obligate
- Beachtung des Zeitbedarfs für die Umsetzung und Wirkung von Vorgaben
- Überprüfung der Kriterien für kriterienbezogene Prüfungen unter Einbeziehung der bisherigen Erfahrung
- Einheitliche Qualifikationsanforderungen an die Beteiligten der QS-Kommissionen.

2. Kapitel: Spezifische Erkenntnisse zu Leistungsbereichen

Obligate Stichprobenprüfungen

1. Konventionelle Röntgendiagnostik

An den Stichprobenprüfungen im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik beteiligten sich alle 17 KVen.

Die summarisch dargestellte Zahl der KV-QS-Kommissionsmitglieder hat sich stark erhöht. Positiv ist, dass einige Kooperationen in der Prüftätigkeit zwischen einzelnen KVen und den Ärztlichen Stellen bestehen. Eine Beteiligung an den QS-Kommissionen durch ärztliche Vertreter der Krankenkassen erfolgt nur in einer KV durch eine Person.

Alle KVen haben den geforderten Prüfumfang von „in der Regel mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte“ erreicht, eine Unterschreitung des Prüfumfanga fand nur vereinzelt statt. Der Prüfumfang lag bei einigen KVen weit über der Mindestanforderung von vier Prozent. Der Anteil der geprüften Ärzte war, vor allem in den ersten beiden Jahren, zwischen den KVen stark variabel und lag zwischen 1,9 % (KV Niedersachsen, 2008) und 47 % (KV Hamburg, 2009). Bundesweit wurden zwischen 1.553 (2012) und 2.537 (2010) Ärzte überprüft. Im Jahr 2012 wurde, im Vergleich zu den Vorjahren, ein deutlicher Rückgang des Prüfumfanga verzeichnet (ca. 1.000 Ärzte weniger als 2010 und 2011). Dies deutet auf eine sukzessive Annäherung des Prüfumfanga an die Mindestvorgaben der QP-RL hin, etwa in der KV Bayerns (2009-2011 jeweils ca. 30 %; 2012: 4,5 %) oder KV Schleswig-Holstein (2009-2011 jeweils ca. 30 %; 2012: 8,5 %). Die Zahl der jährlich geprüften Ärzte ist damit deutlich gesunken, liegt allerdings im Bereich der Vorgaben der QP-RL: Die bundesweit summarisch dargestellten Quoten geprüfter Ärzte sanken im Berichtszeitraum (von in den Vorjahren 11,6 %, 13,6 %, 13,7 %, 13,8 % auf 8,4 % in 2012).

Die Quote von Ärzten mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen hat sich in den Jahren 2008 bis 2011 kontinuierlich auf 23 % erhöht und hat sich dann im Jahre 2012 nahezu halbiert bei nicht überlappenden Konfidenzintervallen (12 %: erhebliche Beanstandungen: 8,3 %; schwerwiegende Beanstandungen: 4,1 %), ohne dass es hierfür eine abschließende Erklärung gibt. Der Anteil an geringen Beanstandungen nimmt bereits seit 2010 ab. Auch wenn die Entwicklung grundsätzlich positiv ist, ist eine Mängelquote von über 10 % nicht befriedigend und bedarf weiterer, gezielter Anstrengungen bei der Qualitätsförderung.

Die als aufwändiger für die KVen zu betrachtenden Beratungsgespräche und Kolloquien wurden als Qualitätsförderungsmaßnahmen bundesweit durchgeführt (im Jahr 2012 98). Im Gegensatz dazu wurden die weniger aufwändigeren Maßnahmen (schriftliche Empfehlung oder Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel, Genehmigungswiderruf, Nichtvergütung, Rückvergütung) insgesamt wesentlich häufiger durchgeführt (im Jahr 2012 934 Maßnahmen). Eine Zuordnung der ergriffenen Maßnahmen zu den vorliegenden Ergebnissen der einzelnen Jahre kann aufgrund der Festlegungen in der QP-RL nicht geleistet werden.

Bei den kriterienbezogenen Prüfungen ist festzustellen, dass bundesweit etwa die Hälfte der Ärzte mit erheblichen und schwerwiegenden Mängeln im Vorjahr solchen Prüfungen unterzogen werden; einzelne KVen weisen keine Prüfungen dieser Art aus. Ca. 60 bis 80 % der erneut geprüften Ärzte (kriterienbezogene Prüfungen) haben die Wiederholungsprüfung

ohne Beanstandungen oder mit geringen Beanstandungen abgeschlossen. Dass in den einzelnen Jahren 20 - 40 % der kriterienbezogenen Prüfungen wiederum mit der Beurteilung erheblicher und schwerwiegender Mängel ausgewiesen sind, lässt die Frage aufkommen, welche Konsequenzen dann gezogen werden könnten.

2. Computertomografie

Die bundesweite Zahl von geprüften Ärzten ist im Berichtszeitraum zunächst stark angestiegen (2010: 383), um im Jahr 2012 am geringsten zu sein, was sich durch die richtlinienkonforme Möglichkeit zur Aussetzung der Stichprobenprüfungen in den Jahren 2011 und 2012 erklären lässt (2012: 6 von 17 KVen). Eine Beteiligung an den QS-Kommissionen durch Ärztliche Vertreter der Krankenkassen erfolgt nur in einer KV durch eine Person. Die überwiegende Mehrheit der KVen hat den geforderten Prüfumfang von „in der Regel mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte“ überprüft. Bei einigen KVen lag der Prüfumfang weit über der Mindestanforderung von vier Prozent. Der Anteil der geprüften Ärzte variierte zwischen den KVen von 2,2 % bis 47,8 %. Insgesamt ist eine Angleichung des Prüfumfanges an die Mindestvorgaben der Richtlinie durch Rückgang der Prüfquoten zu beobachten.

Regelkonform ist die Zahl der prüfenden KVen zurückgegangen. Bei abnehmender Anzahl überprüfter Ärzte zeigt sich von 2010 an ein Abnehmen der Anzahl erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen. Exemplarisch wurden im Jahr 2012 von 11 prüfenden KVen bei 9 KVen keine erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen, bei einer KV eine (5,4 % der von der KV geprüften Ärzte) und bei einer KV sieben (75 % der von der KV geprüften Ärzte) erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt.

Bei 15 beanstandeten Ärzten wurden folgende Maßnahmen durchgeführt: ein Genehmigungswiderruf, acht Nichtvergütungen/Rückforderungen, vier Beratungsgespräche und 21 schriftliche Empfehlungen und/oder Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung. Kolloquien wurden nicht durchgeführt. Bei den kriterienbezogenen Prüfungen ist festzustellen, dass die Zahl bundesweit kriterienbezogen geprüfter Ärzte nicht mit der Zahl der Ärzte mit erheblichen und schwerwiegenden Mängeln im Vorjahr korreliert, was allerdings auch nicht verpflichtend von der Richtlinie vorgegeben wird. Eine Zuordnung der ergriffenen Maßnahmen zu den vorliegenden Ergebnissen der einzelnen Jahre kann aufgrund der Festlegungen in der QP-RL nicht geleistet werden.

Die 5-Jahres-Auswertungen der Prüfergebnisse zeigen im Bereich der Computertomographie fast ausschließlich sehr gute Ergebnisse in den KVen, die die Diskussion über eine weitere Aussetzung der Prüfungen rechtfertigen.

3. Kernspintomografie

Betreffend der Kernspintomographie hat sich die summarisch dargestellte Zahl der KV-QS-Kommissionsmitglieder stark erhöht. Die Zahl der jährlich geprüften Ärzte ist gesunken. Eine Beteiligung der Ärztlichen Vertreter der Krankenkassen erfolgte nicht.

Stichprobenprüfungen in der Kernspintomographie wurden 2008 von 15, 2009-2010 von 17 und 2011-2012 von jeweils 16 KVen durchgeführt.

Bundesweit wurden zwischen 237 (2012) und 414 (2010) Ärzte überprüft. 2012 war das Prüfvolumen um bis zu ca. 170 Ärzte geringer als in den Jahren 2009 bis 2011.

Hauptsächlich resultiert dies aus der Reduktion des Prüfumfangs der KV Bayerns von 40 bis 60 % auf 22,7 %.

Die Quote von Ärzten mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen verändert sich wellenförmig im Zeitverlauf: Von 2008 (6,8 %) stieg sie in 2010 auf 12,8 %, um bis 2012 auf 8,8 % wieder abzufallen (jedoch überlappende Konfidenzintervalle).

Der 5-Jahresverlauf deutet auf insgesamt gute bis sehr gute (in einzelnen KVen) Ergebnisse hin. Der Anteil der Ärzte mit schwerwiegenden Beanstandungen zeigte in den Jahren 2008-2009 sowie 2011-2012 eine zufriedenstellende Quote, die unter einem Prozent lag. 2010 wurde ein Anstieg der schwerwiegenden Mängel auf 1,7 % (sieben Ärzte) beobachtet.

Zu erheblichen Beanstandungen kam es in den Prüfungsjahren 2008, 2009 und 2012 bei 19 bzw. 20 Ärzten; die Gesamtraten lagen auf einem relativ vergleichbaren Level zwischen 6,0 % (2009) und 8,4 % (2012). 2010 lag diese Quote mit 46 Ärzten bei 11,1 % und 2011 mit 55 Ärzten bei 13,8 %. Der Anteil geringer Beanstandungen zeigte 2012 erstmals einen deutlichen Abfall (20,3 %) bei einer vorherigen Quote zwischen 33 und 42 %, ohne dass es für diese Entwicklung eine abschließende Erklärung gibt.

Bei 69 beanstandeten Ärzten wurden folgende Maßnahmen durchgeführt: 13 Nichtvergütungen/Rückforderungen, zwei Kolloquien, 80 schriftliche Empfehlungen und/oder Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung. Genehmigungswiderrufe und Beratungsgespräche wurden nicht durchgeführt. Bei den kriterienbezogenen Prüfungen ist festzustellen, dass die Zahl bundesweit kriterienbezogen geprüfter Ärzte (25) nicht mit der Zahl der Ärzte mit erheblichen und schwerwiegenden Mängeln (57) im Vorjahr korreliert, was allerdings auch nicht verpflichtend von der Richtlinie vorgegeben wird. Eine Zuordnung der ergriffenen Maßnahmen zu den vorliegenden Ergebnissen der einzelnen Jahre kann aufgrund der Festlegungen in der QP-RL nicht geleistet werden.

4. Arthroskopie

Die Stichprobenprüfungen im Bereich Arthroskopie waren in den Jahren 2008 und 2009 nur fakultativ. Die Prüfung wurde obligatorisch und die geforderte Prüfquote lag in den Jahren 2010 (ab 03.03.2010) und 2011 bei mindestens 10 % und im Jahr 2012 bei mindestens 4 % der abrechnenden Ärzte je KV. Im QS-Verfahren Arthroskopie hat sich die summarisch dargestellte Zahl der KV-QS-Kommissionsmitglieder im Berichtszeitraum sehr stark erhöht (2008: 39, 2012: 118), die Zahl der jährlich geprüften Ärzte variiert und ist mit 375 Ärzten im Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 leicht zurückgegangen. Ärztliche Vertreter der Krankenkassen sind in einigen KVen beteiligt. Die Zahl der in den einzelnen Bundesländern organisierten QS-Kommissionen wird nicht berichtet; allerdings gehört diese Zahl nicht zum verpflichtenden Berichtsumfang.

Seit Inkrafttreten der QBA-RL (2010) wurden bundesweit insgesamt knapp 14 % der abrechnenden Ärzte durch die Stichprobenprüfungen zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen begutachtet. Diese Quote umschloss 302 (2010), 394 (2011) bzw. 375 (2012) Ärzte.

Die Quote von Ärzten mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen ist im Jahr 2011 auf ein Maximum von 40 % der geprüften Ärzte angestiegen, um in 2012 noch knapp 30 % der geprüften Ärzte zu betragen (überlappende Konfidenzintervalle), ohne dass es für diese Entwicklung eine abschließende Erklärung gibt, wobei allerdings in 19,5 % der geprüften Ärzte schwerwiegende Mängel zu verzeichnen waren.

Die 5-Jahres-Auswertung lässt bislang keine zufriedenstellende Entwicklung der Prüfergebnisse erkennen. Die Anteile erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen sind verhältnismäßig hoch. Wenngleich bei geringen Beanstandungen im betrachteten Zeitverlauf eine kontinuierliche Reduktion dieser Mängel zu beobachten ist.

Bei 200 beanstandeten Ärzten wurden folgende Maßnahmen durchgeführt: ein Genehmigungswiderruf, zehn Kolloquien, 66 Nichtvergütungen/Rückforderungen, 24 Beratungsgespräche, 230 schriftliche Empfehlungen und/oder Verpflichtungen zur Mängelbeseitigung. Bei den kriterienbezogenen Prüfungen ist festzustellen, dass die Zahl bundesweit kriterienbezogen geprüfter Ärzte (45) nicht mit der Zahl der Ärzte mit erheblichen und schwerwiegenden Mängeln (158) im Vorjahr korreliert, was allerdings auch nicht verpflichtend von der Richtlinie vorgegeben wird. Eine Zuordnung der ergriffenen Maßnahmen zu den vorliegenden Ergebnissen der einzelnen Jahre kann aufgrund der Festlegungen in der QP-RL nicht geleistet werden.

Bei kriterienbezogenen Prüfungen, die Wiederholungsprüfungen bei Ärzten mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen darstellten, wurden in den einzelnen Jahren wiederum 20 - 40 % mit der Beurteilung erheblicher und schwerwiegender Mängel ausgewiesen. Zu Wiederholungsprüfungen sollte eine Regelung für diese Fälle künftig in Bezug auf die Richtlinie diskutiert werden. Generell weisen die Prüfergebnisse im Bereich Arthroskopie über den Beobachtungszeitraum hinweg inakzeptabel hohe Quoten von Ärzten mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen auf. Die Prüfquoten der einzelnen KVen sind sehr heterogen und insgesamt trotz des Bedarfs an Qualitätsverbesserungen rückläufig.

Im Bereich Arthroskopie sollten dringend wirksame Qualitätsförderungsmaßnahmen initiiert werden. Ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk wird derzeit entwickelt.

Vor diesem Hintergrund ist unter anderem über eine Anpassung des Stichprobenumfangs auf die zu Beginn des Verfahrens 10% der abrechnenden Ärzte zu diskutieren.

Fakultative Stichprobenprüfungen

Die Darstellung der KV-spezifischen QS-Verfahren lässt eine übergreifende Beurteilung der Prüfergebnisse und der anzunehmenden Versorgungsqualität in den 11 Leistungsbereichen nicht zu; schon die summarischen Bundesergebnisse sind hochgradig heterogen. Die diesbezüglichen Prüfkriterien der KVen sind insgesamt stark rückläufig. Das Vorgehen bei Qualitätsprüfungen in Leistungsbereichen mit gleichzeitig geltenden QS-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bleibt unklar.