



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts vom aQua-Institut zur Evaluation der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung zur Veröffentlichung

Vom 16. Dezember 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 beschlossen, den Abschlussbericht des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) zur Evaluation der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V, Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in der Fassung vom 18. April 2006 gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des aQua-Instituts (www.aqua-institut.de/) freizugeben.

Der Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. Dezember 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand 18.11.2021

Evaluation der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL)

Abschlussbericht

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Evaluation der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL)

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Lesehinweise

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

Während der Laufzeit der Evaluation erschien eine neue Fassung der hier zu evaluierenden Richtlinie. Soweit nicht anders vermerkt oder wenn explizit auf die neue Fassung Bezug genommen wird, ist in diesem Bericht der sprachliche Aktualitätsbezug stets in Bezug auf die hier zu evaluierende, zum gegenwärtigen Zeitpunkt „alte“ Richtlinienfassung zu verstehen.

Anschrift des Herausgebers

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

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015
und ISO/IEC 27001:2013

Management Summary

Einleitung

Mit Datum vom 18. März 2019 wurde das aQua-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Evaluation der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V¹ (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) beauftragt.

Die Auftragsbearbeitung erfolgte bezugnehmend auf den Zeit- und Meilensteinplan des mit dem Auftraggeber abgestimmten Evaluationsplans. Die Kernarbeiten (Datenerhebung und Auswertung) erfolgten im Zeitraum vom 6. September 2019 bis 30. Oktober 2020.

Evaluationsdimensionen

Gemäß des hier anzuwendenden Evaluationsrahmenkonzepts wurde die Richtlinie auf zwei Ebenen evaluiert

1. Auf **Ebene der KVen** hinsichtlich der Zielvorgaben der QP-RL in Bezug auf die Umsetzung der Vorgaben durch die KVen, was sich insbesondere auf die Vorgaben zur Einheitlichkeit, Vergleichbarkeit und Transparenz der Darstellung der Ergebnisse bezieht (**Umsetzung der Richtlinie**)

Um die Umsetzung der QP-RL gemäß der Richtlinienvorgaben zu bewerten, wurde die folgenden Themenkomplexe adressiert:

- Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung
- Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen
- Einheitlichkeit der Maßnahmen
- *Vergleichbarkeit der berichteten Ergebnisse*

2. Auf **Ebene der Versorgung** hinsichtlich der Effektivität der aufgrund der Verfahrensvorgaben durchgeführten QS-Maßnahmen in Bezug auf die Ziele der Qualitätssicherung und Förderung vertragsärztlicher Leistungen (**Effektivität des Verfahrens**)

Um die Effektivität des Verfahrens zu bewerten, wurde die folgenden Themenkomplexe adressiert:

- Geeignetheit des Verfahrens zur Sicherstellung der Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards
- Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung
- Geeignetheit des Prüfinstruments hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks
- Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich des Qualitätsförderungszwecks
- *Aufwand-Nutzen*

Darüber hinaus sollten anhand von Routinedaten im Rahmen einer **Sonderauswertung für den Leistungsreich Arthroskopie** die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Gibt es Veränderungen der Ergebnisse/Outcomes vor und nach Richtlinienerhebung im Jahr 2010 sowie im zeitlichen Verlauf?
- Ist eine Korrelation zwischen den Ergebnissen der Berichte (z.B. hinsichtlich der Beanstandungsquoten) und den Ergebnissen der Routinedaten im zeitlichen Verlauf sowie im regionalen Vergleich vorhanden?
- Sind Qualitätspotenziale im Bereich der Knie-Arthroskopie vorhanden?

Datengrundlage

Die Evaluation erfolgte im Mixed-Method-Design auf Grundlage der folgenden Datenquellen:

- KV-Geschäftsstellen: Befragungsdaten von je einem (insgesamt 17) Verantwortlichen aller KV-Geschäftsstellen (Interview/telefonisch)
- QS-Kommissionsärzte: Befragungsdaten von insgesamt 92 QS-Kommissionsärzten (online/anonym)
- Fachärzte: Befragungsdaten von 325 Fachärzten der obligatorisch zu prüfenden Leistungsbereiche (online/anonym)

- KV-Berichtsdaten: Für die Evaluation der Richtlinie wurden die bundesweiten Auswertungen der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in den Jahresberichten der KBV von 2010 bis 2017, die 5-Jahres-Auswertung 2008 bis 2012 sowie die Kommentierungen der Qualitätsprüfungen des G-BA genutzt.
- Routinedaten (nur Arthroskopie): Zur Verfügung standen Daten zu den Abrechnungsjahren 2005 bis 2018 einer großen deutschen Krankenkasse (ca. 9 Millionen Versicherte).

Auswertungsstrategie

Die Auswertungsstrategie erfolgte unter Anlage der folgend dargestellten Kreuztabelle, in der die einzelnen Evaluationsdimensionen den jeweils geeigneten Datenquellen zugeordnet wurden.

Evaluationsdimension \ Datenquellen	KV-Geschäftsstellen	QS-Kommissi- onsärzte	Fachärzte	Berichtsdaten	Routinedaten (Arthroskopie)
Umsetzung des Verfahrens					
Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung	√			√	
Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen		√			
Einheitlichkeit der Maßnahmen	√			√	
Vergleichbarkeit der Ergebnisse	√	√	√	√	
Effektivität des Verfahrens					
Geeignetheit des Verfahrens zur Sicherstellung der Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards		√	√		
Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung	√	√	√		
Geeignetheit des Prüfinstruments hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks	√	√	√		√
Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich des Qualitätsförderungszwecks	√	√	√		
Aufwand/Nutzen	√	√	√	(√)	(√)

Hinsichtlich der Beurteilung der Effektivität des Verfahrens und der Maßnahmen existieren weder Evidenz zur Ableitung von quantitativen Zielgrößen noch verbindliche normative Vorgaben. Den Vorschlägen des Auftraggebers folgend wurden Bewertungen, wo möglich, in die Befragungen integriert und die Ergebnisse deskriptiv analysiert.

Um auf der Basis der deskriptiven Analysen zu Bewertungen zu gelangen, wurden die Ergebnisse aller Teilanalysen für themenspezifische Ergebnisworkshops aufbereitet. In den Ergebnisworkshops wurde auf allgemeine oder verfahrensspezifische Auffälligkeiten der Ergebnisse hingewiesen. Die Workshopteilnehmer wurden gebeten, diese Auffälligkeiten zu erläutern oder auch ggf. zu bewerten. Auf Grundlage dieses Prozesses basieren die zusammenfassenden leistungsbereichsübergreifenden Bewertungen.

Ergebnisse

Umsetzung der Richtlinie

Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung

Das Verfahren wird von allen KVen ähnlich gestaltet. Abweichungen und Uneinheitlichkeiten der Verfahrensgestaltung ergeben sich an Stellen, an denen die Richtlinie Ermessensspielräume enthält und die konkrete Organisation und Durchführung der Prüfung der regionalen Eigenverantwortlichkeit überlässt. Die Kriterien zur Auswahl der Kommissionsärzte sind ähnlich und je nachvollziehbar, aber nicht identisch. Kommissionärzte werden mit der richtigen Anwendung der Beurteilungskriterien unter Zuhilfenahme ähnlicher, aber nicht identischer Materialien vertraut gemacht. Die Dokumentationsvorgaben zur Ergebnisdarstellung werden von allen KVen umgesetzt.

Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen

Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien der drei hier zu evaluierenden Leistungsbereiche sowie die verfügbaren Bewertungsschemata dienen KV-übergreifend als einheitliche Grundlage der Qualitätsbeurteilung. Zumindest in den Befragungen ergaben sich zunächst keinerlei Hinweise darauf, dass davon hier in nennenswerter Weise abgewichen werden würde. In den Ergebnisworkshops wurde allerdings auf erhebliche Unterschiede aus der Berichtsdatenanalyse hingewiesen. Letztlich führte dies zur Vermutung, dass (prüfer-)individuelle Unterschiede in der Anwendung und Auslegung der Bewertungsgrundlagen dafür ursächlich sind.

Einheitlichkeit der Maßnahmen

Das Ergreifen qualitätsfördernder Maßnahmen unterliegt einem Ermessensspielraum der KVen. Zwar besteht eine Korrelation zwischen Beanstandungsschwere und den abgestuften Maßnahmen, die durch diesen Ermessensspielraum abgedeckt ist, festzuhalten ist dennoch, dass die Maßnahmen Praxisbegehung und Kolloquium in der Praxis äußerst selten und bei vielen KVen gar nicht zur Anwendung kommen. Umgekehrt verweisen KVen auf zahlreiche Maßnahmen, wie z.B. das kollegiale Gespräch, die nicht in der Richtlinie genannt werden und folglich auch nicht in der Berichterstattung enthalten sind.

Vergleichbarkeit der berichteten Ergebnisse

Obwohl die berichteten Ergebnisse auf Grundlage einheitlicher Vorgaben gewonnen werden, wird das intendierte Ziel der Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht erreicht. Dies liegt aber nur zum kleineren Teil in den dargestellten Unterschieden der regionalen Umsetzungsverantwortung und der Unterschiede im Bewertungsprozess. Schwerwiegender sind methodische Gründe, die nicht in der Umsetzungsverantwortung der KVen liegen: Kleine Fallzahlen, die zeitweilige Erhöhung von Prüfquoten und das temporäre Aussetzen der Prüfpflicht führt insgesamt zu nicht vergleichbaren Ergebnissen. Dies bezieht sich gleichermaßen auf den Vergleich von Trends und von Leistungsbereichen sowie auf den Vergleich von Ergebnissen und Maßnahmen zwischen den KVen. Auch hinsichtlich von Aussagen zu einem möglichen Trend der Qualitätsentwicklung lassen sich keine wirklich validen Aussagen treffen, einerseits weil das Stichprobenverfahren in weiten Teilen keine vergleichbare Datengrundlage bietet, andererseits, weil die Ergebnisse auf der Erhebung eines jährlich wechselnden Querschnitts basieren.

Effektivität des Verfahrens

Geeignetheit des Verfahrens zur Sicherstellung der Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards

Nach mehrheitlicher Ansicht aller Befragten entsprechen die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien dem aktuellen Stand der Wissenschaft. In den Workshops wurde allerdings die grundlegende Problematik benannt, dass die vorliegenden Richtlinien nicht dynamisch und damit wenig geeignet sind, auf substantziellen Änderungen der wissenschaftlichen Standards schnell zu reagieren.

Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung

In der Gesamtbewertung sehen fast alle umsetzungsbeteiligten Akteure das Verfahren als geeignet zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung an. KV-seitig wird die Dokumentation als (wichtiger) Teil der Fachlichkeit bewertet. Viele Ärzte sehen jedoch ihre tatsächliche Leistung nicht durch diesen Teil repräsentiert, was vor allem die Befragung der Fachärzte und der Ergebnisworkshop im Leistungsbereich Arthroskopie gezeigt hat.

Geeignetheit des Prüfinstruments hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks

Die umsetzungsbeteiligten Akteure sehen in der Qualitätsprüfung mehrheitlich ein effektives Instrument der Qualitätssicherung, allerdings bei gleichsam geringem Anteil „voller“ Zustimmung. Die geprüften Fachärzte sind auch hier deutlich skeptischer. Faktisch scheinen nicht alle Prüfinhalte relevant, um die Qualität zu beurteilen, die Mängel verteilen sich sehr ungleich über die Prüfbereiche und einige Befragte sehen Lücken bei den Prüfinhalten. Dennoch waren sich die Befragten weitgehend darin einig, dass die Prüfbereiche und ihre Gewichtung eine hohe, gleichwohl nur indirekte Relevanz für das Patientenwohl haben.

Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich des Qualitätsförderungszwecks

Hinsichtlich der Beurteilung der Geeignetheit der Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind die Unterschiede zwischen den umsetzungsbeteiligten Akteuren einerseits und den geprüften Fachärzten andererseits am deutlichsten. Während KV-seitig eine überwiegend (sehr) positive Bewertung der Maßnahmen im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung geäußert wurde, erachten die geprüften Fachärzte die Maßnahmen vergleichsweise deutlich häufiger als ungeeignet oder zum Teil auch als wirkungslos in Bezug auf das eigene Handeln.

Aufwand/Nutzen

Das Verfahren ist insgesamt und in der vergleichenden Betrachtung zu den Qualitätssicherungsanforderungen anderer Versorgungssektoren als aufwandsarm einzustufen. Da es keine objektiven Kriterien zur Bewertung des Nutzens des Verfahrens gibt, kann man dem Aufwand nur die Effektivität des Verfahrens hinsichtlich seiner Zielerreichung gegenüberstellen. Angesichts der in Teilen doch kritischen Sichtweisen, die vor allem die Fachärzte auf das Verfahren haben und die in den Ergebnisworkshops keineswegs alle als unbegründet eingeschätzt wurden, ergibt sich für das hier evaluierte Verfahren ein noch nicht ausgeschöpftes Nutzenpotenzial, das in der Summe am ehesten durch Fokussierungen auf Defizitbereiche sowie eine Stärkung versorgungsbezogener Prüfaspekte – unter Einbezug aller Beteiligten, d.h. auch der zu prüfenden Fachärzte – ausgeschöpft werden könnte.

Sonderauswertung Routinedaten

Die Sonderauswertung Routinedaten konnte für die Arthroskopie am Kniegelenk eine gute Ergebnisqualität und sinkende Eingriffszahlen bei degenerativen Erkrankungen belegen, sodass hier kein sonderlich hohes Qualitätspotenzial besteht. Die analysierten Routinedaten lassen aus methodischen Gründen¹ (der Dokumentation) keine Rückschlüsse auf einen möglichen Effekt der Einführung der QP-RL zu. (Regionale) Korrelationen zwischen der Ergebnisqualität und den Beanstandungszahlen lassen sich nicht feststellen.

Limitationen

Kleine Fallzahlen, Unterschiede im Bewertungsprozess und den Prüfumfängen sowie fehlende kausale und historische Bezüge der Berichtsdaten schränken die **Vergleichbarkeit der von den KVen berichteten Ergebnisse** der Qualitätsprüfungen, und damit die zulässige Interpretationsweite, erheblich ein.

Durch die insgesamt geringe sowie regional und verfahrensspezifisch sehr unterschiedliche Beteiligung der niedergelassenen Fachärzte an der standardisierten Befragung sind Verzerrungsrisiken nicht auszuschließen, weshalb die **Verallgemeinerbarkeit der Befragungsergebnisse** an vielen Stellen eingeschränkt ist. Hinsichtlich der unterschiedlichen regionalen Beteiligung gilt dies ebenso für die Befragungsergebnisse der Kommissionärzte. Bezüglich der Erläuterungen und Interpretationen auffälliger Ergebnisse in den Workshops durch die Teilnehmenden ist darauf hinzuweisen, dass diese fast ausschließlich durch Akteure erfolgte, die aktiv an der Umsetzung des Richtlinienverfahrens teilnehmen.

Korrelationen zwischen den unterschiedlichen Ergebnissen der (längsschnittlichen) Routinedatenauswertung (Knie-Arthroskopie) und den (querschnittlich erhobenen) Berichtsdaten (Knie- und Schultergelenk) sind aufgrund der substanziellen Unterschiede der Datenstruktur nur sehr eingeschränkt möglich.

¹ Die für die meisten Indikatoren des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie notwendige Seitenangabe der Operation, wird in den Routinedaten erst ab 2011, also nach Einführung der QP-RL, regelhaft dokumentiert, womit ein Vorher-Nachher-Vergleich nicht möglich ist.

Alle Ergebnisse, Bewertungen und Interpretationen, sind, insbesondere hinsichtlich des allgemeinen Richtlinienziels und der Auswirkungen der Richtlinie, unter dem Vorbehalt der **Nicht-Verfügbarkeit objektiver** (quantifizierbarer) **Zielgrößen und Referenzdaten** zu lesen.

Empfehlungen

Da sich diese Evaluation mit den Weiterentwicklungsoptionen auf Basis der bis Mitte Juli 2019 geltenden Richtlinie auseinandergesetzt hat, beschränken sich die folgenden leistungsbereichsübergreifenden Empfehlungen auf Optionen, die über die aktuelle Richtlinie hinausgehen.

Erhöhung der Repräsentativität des Verfahrens durch Zusammenlegung von Prüfregionen² bzw. alternativ eine regionenübergreifende Auswertung, die Verlängerung von Prüfzeiträumen und die Darstellung von gleitenden Durschnitten, um die Aussagekraft der Ergebnisdarstellung zu erhöhen.

Verbesserung der Effizienz des Verfahrens durch gezielte Stichproben, z.B. auf Grundlage datengestützter Auswahlverfahren, um qualitätsverbessernde Maßnahmen dort einzusetzen, wo ihre Wirkung am größten ist.

Obligatorische Prüfung weiterer/anderer Leistungsbereiche, z.B. im Wechsel und zeitlich begrenzt, um Deckeneffekten der Prüfung vorzubeugen und das Qualitätsverbesserungspotenzial des gesamten ambulanten Leistungsspektrums auszuschöpfen.

Etablierung eines KV-übergreifenden Erfahrungsaustausch, mit dem Ziel einer Homogenisierung nicht nur des Prüfgeschehens, sondern vor allem der Bewertung von Mängeln (unter der Prämisse, dass eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse angestrebt wird).

Stärkung des versorgungsbezogenen Verständnisses von Qualitätsförderung, durch Einbeziehung der patientenbezogenen Ergebnisqualität, um den Patientennutzen des Verfahrens und die Akzeptanz bei Fachärzten zu erhöhen.

² Derzeit bestehen aufgrund des Körperschaftsrechts und der föderalen Hoheitsrechte kaum überwindbare rechtliche Hürden, Prüfregionen „zusammenzulegen“.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	10
Abbildungsverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis.....	14
Glossar	15
1 Einleitung	17
2 Datengrundlagen und Auswertungsstrategie	22
2.1 Datengrundlagen	23
2.1.1 Berichtsdaten.....	23
2.1.2 Routinedaten Arthroskopie am Kniegelenk.....	23
2.1.3 Befragungsdaten.....	24
2.1.3.1 Befragung der Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	24
2.1.3.2 Befragung der QS-Kommissionsärzte	24
2.1.3.3 Befragung der Fachärzte	25
2.1.3.4 Umgang mit Befragungsdaten.....	27
2.1.4 Ergebnisworkshops.....	27
2.2 Auswertungsstrategie.....	28
3 Basisauswertung der Berichtsdaten.....	32
3.1 Leistungsbereich Arthroskopie	33
3.1.1 KV-Berichtsdaten	33
3.1.2 Sonderauswertung Routinedaten.....	40
3.1.2.1 Beschreibung der Untersuchungspopulation.....	41
3.1.2.2 Ergebnisse/Outcomes vor und nach Richtlinieneinführung.....	47
3.1.2.3 Korrelation zwischen den Ergebnissen der Berichts- und der Routinedaten.....	48
3.1.2.4 Qualitätspotenziale im Bereich der Knie-Arthroskopie.....	50
3.1.2.5 Fazit	51
3.2 Leistungsbereich Kernspintomographie	51
3.3 Leistungsbereich Radiologie	58
3.3.1 Konventionelle Röntgendiagnostik.....	58
3.3.2 Computertomographie	65
4 Umsetzung der Richtlinie	71
4.1 Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung	72
4.1.1 Kriterien zur Auswahl der Kommissionsärzte	72
4.1.2 Anwendung der Beurteilungskriterien	73
4.1.3 Anwendung der Dokumentationsvorgaben und Ergebnisdarstellung.....	73
4.2 Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen.....	74

4.3	Einheitlichkeit der Maßnahmen	77
4.4	Vergleichbarkeit der Ergebnisse	79
4.4.1	Repräsentativität der Ergebnisse.....	80
4.4.2	Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Leistungsbereichen	81
4.4.3	Fehlender Bezug zwischen den Berichtsdaten	82
5	Effektivität des Verfahrens.....	83
5.1	Geeignetheit des Verfahrens zur Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards	84
5.2	Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung.....	86
5.3	Geeignetheit des Prüfinstrumentes hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks	90
5.3.1	Gesamteinschätzung des Prüfverfahrens hinsichtlich der Qualitätssicherung.....	90
5.3.2	Relevanz der Prüfinhalte.....	91
5.3.3	Mängel in den Prüfbereichen	94
5.3.4	Auswirkungen auf das Patientenwohl	95
5.4	Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich der Qualitäts- verbesserung.....	97
5.4.1	Gesamteinschätzung des Prüfverfahrens hinsichtlich der Qualitäts- verbesserung	97
5.4.2	Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen bei Fachärzten.....	98
5.4.3	Beeinflussbarkeit der Mängel durch Maßnahmen	101
5.5	Aufwand/Nutzen.....	103
5.5.1	Aufwand.....	104
5.5.2	Nutzen.....	106
6	Gesamtbewertung	108
6.1	Umsetzung der Richtlinie.....	108
6.1.1	Umsetzung der Vorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens.....	108
6.1.2	Auswirkung auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse	109
6.2	Zielerreichung der Richtlinie.....	110
6.2.1	Spezifischer Richtlinienzweck	110
6.2.2	Allgemeines Richtlinienziel	111
6.3	Auswirkungen der Richtlinie	112
6.4	Umsetzungshindernisse.....	113
6.5	Kurzkommentar zu den Verbesserungen der aktuell geltenden Richtlinie(n).....	114
7	Limitationen	115
8	Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie	118
	Literaturverzeichnis	122

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl ausgefüllter Fragebögen von QS-Kommissionsärzten	25
Tabelle 2: Dauer der Tätigkeit als QS-Kommissionsarzt in Jahren	25
Tabelle 3: Anzahl ausgefüllter Fragebögen von Fachärzten	26
Tabelle 4: Dauer der Facharztstätigkeit in Jahren	26
Tabelle 5: Anzahl der Teilnehmer an den Ergebnisworkshops	27
Tabelle 6: Zuordnung von Evaluationsdimensionen zu den Datenquellen	28
Tabelle 7: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich Arthroskopie	33
Tabelle 8: Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt pro Jahr im Leistungsbereich Arthroskopie	35
Tabelle 9: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Leistungsbereich Arthroskopie ..	38
Tabelle 10: Methodik zur Bildung des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie	43
Tabelle 11: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich Kernspintomographie	52
Tabelle 12: Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt pro Jahr im Leistungsbereich Kernspintomographie	53
Tabelle 13: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Leistungsbereich Kernspintomographie	56
Tabelle 14: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik	59
Tabelle 15: Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik	60
Tabelle 16: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Teilleistungsbereich Konventionelle Röntgendiagnostik	63
Tabelle 17: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich Computertomographie	65
Tabelle 18: Anzahl der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt pro Jahr im Teilleistungsbereich Computertomographie	68
Tabelle 19: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Teilleistungsbereich Computer-tomographie	70
Tabelle 20: Unterstützung der KVen zur einheitlichen Anwendung der Kriterien der Beurteilungsrichtlinie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten	74
Tabelle 21: Fragen zur Einheitlichkeit der Maßnahmen an die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	79
Tabelle 22: Anzahl der abrechnenden Ärzte* in den Leistungsbereichen, auf die sich die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen beziehen	81
Tabelle 23: Aktueller Stand der Wissenschaft der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien aus Sicht von QS-Kommis-sionsärzten	84
Tabelle 24: Aktueller Stand der Wissenschaft der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien aus Sicht von Fachärzten.....	84

Tabelle 25: Kenntnis über Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei geprüften Fachärzten.....	86
Tabelle 26: Eignung der zu prüfenden Aspekte zur Beurteilung der fachlichen Qualität der ärztlichen Leistung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten.....	88
Tabelle 27: Eignung der angeforderten Prüfunterlagen zur Beurteilung der fachlichen Qualität aus Sicht von Fachärzten.....	89
Tabelle 28: Angaben der QS-Kommissionsärzte zu Prüfinhalten ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung.....	92
Tabelle 29: Meiste und wenigste Beanstandungen/Mängel im Leistungsbereich Arthroskopie	94
Tabelle 30: Meiste und wenigste Beanstandungen/Mängel im Leistungsbereich Kernspintomographie	94
Tabelle 31: Meiste und wenigste Beanstandungen/Mängel im Leistungsbereich Radiologie.....	95
Tabelle 32: Gewichtung der Prüfbereiche und ihre Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl aus Sicht von QS-Kommissionsärzten.....	96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des Evaluationsprozesses	31
Abbildung 2: Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich Arthroskopie im Verhältnis zur Anzahl der abrechnenden Ärzte	33
Abbildung 3: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Leistungsbereich Arthroskopie	34
Abbildung 4: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen zur Qualitätsförderung im Leistungsbereich Arthroskopie	37
Abbildung 5: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich Arthroskopie	40
Abbildung 6: Vorhandensein einer Seitenlokalisationskennzeichnung bei Knie-Arthroskopien	41
Abbildung 7: Knie-Arthroskopien nach Leistungserbringer von 2011 bis 2018 (KM-6 2018)	42
Abbildung 8: Knie-Arthroskopien nach Eingriffsart (KM-6 2018)	44
Abbildung 9: Primär degenerative Knie-Arthroskopien nach Alter der Versicherten (KM-6 2018)	45
Abbildung 10: Primär degenerative Knie-Arthroskopien nach Geschlecht der Versicherten (KM-6 2018)	46
Abbildung 11: Häufigkeit der Eingriffe bei primär degenerativen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht und Beobachtungszeitraum	46
Abbildung 12: Häufigkeit der Kreuzbändeingriffe nach Alter, Geschlecht und Beobachtungszeitraum	47
Abbildung 13: Ergebnisse des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie über die Zeit (KM-6 2018)	48
Abbildung 14: Zeitabhängige Kreuzkorrelation der Zeitreihen zur Beanstandungsquote QP-RL gegenüber dem Qualitätsindex Knie-Arthroskopie	49
Abbildung 15: Zeitreihenvergleich der Beanstandungsquote und dem Qualitätsindex Knie-Arthroskopie	50
Abbildung 16: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Leistungsbereich Kernspintomographie	53
Abbildung 17: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen zur Qualitätsförderung im Leistungsbereich Kernspintomographie	55
Abbildung 18: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie	57
Abbildung 19: Anzahl der geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik im Verhältnis zur Anzahl der abrechnenden Ärzte	58
Abbildung 20: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik	60
Abbildung 21: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik	62
Abbildung 22: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik	64
Abbildung 23: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Teilleistungsbereich Computertomographie	67
Abbildung 24: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen im Teilleistungsbereich Computertomographie	69
Abbildung 25: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Teilleistungsbereich Computertomographie	71

Abbildung 26: Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen für den Leistungsbereich Arthroskopie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten.....	75
Abbildung 27: Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen für den Leistungsbereich Kernspintomographie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten	75
Abbildung 28: Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen für den Leistungsbereich Radiologie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten	76
Abbildung 29: Gesamtraten der im Rahmen von Stichprobenprüfungen geprüften Fachärzte von 2010 bis 2017 in den verschiedenen (Teil-)Leistungsbereichen	80
Abbildung 30: Informationsquellen für die Qualitätsanforderungen aus Sicht von Fachärzten	87
Abbildung 31: Beitrag der Anforderungen der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien zur Verbesserung der Qualität der Behandlungen aus Sicht von Fachärzten	87
Abbildung 32: Verbesserungen der Dokumentationen durch die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien aus Sicht von Fachärzten.....	88
Abbildung 33: Nachvollziehbarkeit der Bewertungen im Falle von Beanstandungen aus Sicht geprüfter Fachärzte.....	90
Abbildung 34: Gesamtbewertung des Prüfsystems im Hinblick auf den Qualitätssicherungszweck aus Sicht von QS-Kommissionsärzten.....	91
Abbildung 35: Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten.....	92
Abbildung 36: Fehlende relevante Prüfinhalte zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten	93
Abbildung 37: Prüfbereiche in Bezug auf das Patientenwohl aus Sicht von QS-Kommissionsärzten.....	96
Abbildung 38: Gesamtbewertung des Prüfsystems im Hinblick auf Qualitätsverbesserung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten	97
Abbildung 39: Gesamtbewertung des Prüfverfahrens im Hinblick auf Qualitätssicherung und -verbesserung aus Sicht von Fachärzten.....	98
Abbildung 40: Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen im Leistungsbereich Arthroskopie aus Sicht von Fach-ärzten	99
Abbildung 41: Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie aus Sicht von Fachärzten	100
Abbildung 42: Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen im Leistungsbereich Radiologie aus Sicht von Fachärzten.....	101
Abbildung 43: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes aus Sicht von Geschäftsstellen.....	101
Abbildung 44: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes im Leistungsbereich Arthroskopie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten und Fachärzten	102
Abbildung 45: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes im Leistungsbereich Kernspintomographie aus Sicht QS-Kommissionsärzten und Fachärzten	102
Abbildung 46: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes im Leistungsbereich Radiologie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten und Fachärzten.....	103
Abbildung 47: Zeitaufwand zur Prüfung und Bewertung eines Arztes aus Sicht von QS-Kommissionsärzten .	105
Abbildung 48: Zeitaufwand für die Zusammenstellung der geforderten Dokumentationen aus Sicht von Fachärzten.....	106

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgemeinschaft
ASK-R	Abschlussbericht „Arthroskopie am Kniegelenk – Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen“
BÄK	Bundesärztekammer
BE	Berlin
BKK	Betriebskrankenkasse
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
CT	Computertomographie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EFS	Enterprise Feedback Suite
E-RK	Evaluations-Rahmenkonzept
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Hansestadt Bremen
HE	Hessen
HH	Hansestadt Hamburg
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KM 6	Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MRT	Magnetresonanztomographie
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NO	Nordrhein
O/E	Observed to Expected Ratio
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QBA-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
QBK-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie
QBR-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QM	Qualitätsmanagement
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
OP	Operation
OSG	Oberes Sprunggelenk
pAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
QP-RL	Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
QS	Qualitätssicherung
RP	Rheinland-Pfalz
RöV	Röntgenverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
WL	Westfalen-Lippe

Glossar

Begriff	Definition
Beanstandungen	Der Begriff „Beanstandungen“ wird, ebenso wie seine Differenzierungsgrade (keine, geringe, erhebliche, schwerwiegende) ausschließlich im Sinne des §6 QP-RL verwendet. Beanstandungen sind folglich ausschließlich auf Mängel bezogen, die sich aus der Prüfung der zur Verfügung gestellten ärztlichen Dokumentationen ergeben und nicht auf etwaige Behandlungsfehler hinweisen.
Berichtsdaten/Berichtsdatenanalyse	Der Begriff „Berichtsdaten“ bezieht sich grundsätzlich auf die im Rahmen der Berichtspflicht nach §135b Abs. 1 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jedes Kalenderjahr bis zum 30. April des Folgejahres an die KBV zu übermittelnden Ergebnisse ihrer Stichprobenprüfungen. Dementsprechend bezieht sich der Begriff „Berichtsdatenanalyse“ grundsätzlich auf Analysen der in diesen Berichten übermittelten Daten.
Bewertungsgrundlage	Der Begriff „Bewertungsgrundlage“ bezieht sich grundsätzlich auf die jeweiligen Vorgaben zur Qualitätsbeurteilung in den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien. Dieser Begrifflichkeit wurde dem sinngemäß richtigeren Begriff „Beurteilungsgrundlage“ vorgezogen, da er unmittelbar auf den von KVen häufig verwendeten Begriff „Bewertungsschema“ beziehbar ist und sprachlich besser verständlich ist. <i>[Im Pre-Test wurden die Fragen an die KVen mit dieser Begrifflichkeit verwendet und hinsichtlich ihrer Verständlichkeit nicht infrage gestellt].</i>
Bewertungsschema	Der Begriff „Bewertungsschema“ bezieht sich auf explizite Vorgaben (einzelner oder aller) KVen zur Bewertung der im Rahmen der Qualitätsprüfung zu prüfenden Prüfbereiche.
Ergebnisqualität	Der Begriff „Ergebnisqualität“ wird hier grundsätzlich im Sinne eines versorgungsbezogenen, d.h. patientenseitig (z.B. durch Verwendung von Abrechnungsdaten oder Patientenbefragungen) zu messenden Outcomes verwendet.
Evaluationsrahmenkonzept	Der Begriff „Evaluationsrahmenkonzept“ bezieht sich grundsätzlich auf das im Auftrag des G-BA erstellten „Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach §137b SGB V“ [Veit C; Lüken F; Bungard S; Trümner A; Tewes C; D, H (2013). <i>Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V. Düsseldorf: BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit</i>].
Geschäftsstellen	Die Begriffe „KV-Geschäftsstellen“ und „Geschäftsstellen der Qualitätssicherungs-Kommissionen“ werden synonym verwendet.
Indikationsqualität	Angemessenheit einer (medizinisch-therapeutisch-pflegerischen) Maßnahme, idealerweise leitliniengerecht begründetes Handeln
Kollegial/e/es Gespräch, Beratung, Austausch	Das Adjektiv „kollegial“ bezeichnet hier grundsätzlich einen unmittelbaren, hierarchiefreien und informellen Gesprächsrahmen unter ärztlichen Fachkollegen. Im Rahmen der Evaluation wurde dieser Sachverhalt unter Verwendung dieser Begrifflichkeit von zahlreichen Befragten (Interviews und Workshops) genannt. Er ist abzugrenzen von dem in §7 QP-RL genannten, formalen „kollegialen Fachgespräch“ zur Feststellung der fachlichen Befähigung des Arztes im Rahmen der dort geregelten Sanktionsmaßnahme des Kolloquiums.
Prozessqualität	Angemessenheit eines (medizinisch-therapeutisch-pflegerischen) Behandlungs- oder Versorgungsablaufs
Prüfbereiche	Der Begriff „Prüfbereiche“ bezieht sich auf die in einem Gesamturteil zu bewertenden, komplexen (aus einzelnen Prüfinhalten bestehenden) Prüfsachverhalte (z.B. Indikationsstellung, schriftliche Dokumentation der OP, technische Bilddokumentation usw.).
Prüfinhalte	Der Begriff „Prüfinhalte“ bezieht sich auf konkrete einzelne, im Rahmen der Qualitätsprüfung bzw. gemäß der jeweiligen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien zu prüfenden Sachverhalte.
QS-Kommission(en)	Der Begriff „QS-Kommission(en)“ wird ausschließlich im Sinne des §3 QP-RL, und in dieser Form als Kürzel für den Begriff Qualitätssicherungs-Kommissionen verwendet.
QS-Kommissionsarzt/-ärztin	Der Begriff bezeichnet die (ehrenamtlich) im Auftrag der KVen tätigen (Fach-)Ärzte, die in die jeweiligen Qualitätssicherungs-Kommissionen berufen sind und die Prüfung der Fachärzte in diesem Verfahren durchführen.

Begriff	Definition
Qualitätsbeurteilung	Der Begriff „Qualitätsbeurteilung“ wird ausschließlich in Bezug auf das gegenwärtige oder ein ggf. zu reformierendes, zukünftiges Regelwerk der Qualitätsprüfungen (QP-RL oder Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien) verwendet.
Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie(n)	Wenn und soweit nicht explizit anders vermerkt, sind hiermit grundsätzlich jene Richtlinienerfassungen adressiert, die in Bezug auf die hier zu evaluierenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien galten.
Qualitätspotenziale	Der Begriff „Qualitätspotenziale“ bezeichnet den tatsächlichen Möglichkeitsraum, Aspekte der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität durch umsetzbare Maßnahmen zu verbessern.
Qualitätsprüfungs-Richtlinie/ QP-RL	Wenn nicht explizit anders vermerkt, bezieht sich der Begriff „Qualitätsprüfungs-Richtlinie“ (QP-RL) grundsätzlich auf die hier zu evaluierende und bis Ende 2019 gültige <i>Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V („Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“)</i> vom 18. April 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 5141, in Kraft getreten am 1. Januar 2007.
Repräsentativität	Der Begriff „Repräsentativität“ (bzw. insbesondere „mangelnde“ Repräsentativität) wird im Kontext dieses Berichtes im Regelfall in Verbindung mit (zu kleinen) Fallzahlen verwendet, insoweit eben nicht von diesen auf die Grundgesamtheit zurückgeschlossen werden kann.
Stichprobenprüfung [Leistungsbereiche]	Wo nicht explizit als „fakultativ“ ausgewiesen, beziehen sich die Stichprobenprüfungen im Kontext von Leistungsbereichen grundsätzlich auf die obligaten Stichprobenprüfungen nach §1 Abs. 4 Satz 1 QP-RL.
Stichproben(prüfung) [Ziehungsverfahren]	Wo nicht explizit als „kriterienbezogen“ ausgewiesen, beziehen sich die Stichproben(prüfung) im Kontext des Ziehungsverfahrens auf das zufallsgesteuerte Ziehungsverfahren (vgl. 4 Nr. 2 und 3 QP-RL).
Strukturqualität	Angemessenheit der Rahmenbedingungen der (medizinisch-therapeutisch-pflegerischen) Versorgung, z.B. personelle Ressourcen, Qualifikation des Personals, technische Ausstattung
Verfahren/Verfahrensgestaltung	Der alleinstehende Begriff „Verfahren“ bezieht sich grundsätzlich auf das gemäß der QP-RL durchzuführende Qualitätsprüfungsverfahren der KVen. Dementsprechend bezieht sich der Begriff „Verfahrensgestaltung“ auf das durch die KVen im Einzelnen auszugestaltende Richtlinien-Verfahren der Qualitätsprüfung.

1 Einleitung

Mit Datum vom 18. März 2019 wurde das aQua-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Evaluation der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V³ (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) beauftragt. Beauftragt wurde die Evaluation der Fassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) vom 18. April 2006⁴ auf Basis des Rahmenkonzeptes „Evaluation“ des BQS-Instituts in der Version 1.1 vom 17. Juli 2013 (E-RK) (Veit C et al. 2013).

Der Auftraggeber formulierte folgende Evaluationsschwerpunkte:

- Allgemeine Ziele:
 - Überprüfung der Zielerreichung und der Umsetzung der Richtlinie
 - Wenn möglich Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie
 - Auswirkungen der Richtlinie
 - Eventuelle Umsetzungshindernisse der Richtlinie
 - Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie ggf. unter Bezugnahme auf zwischenzeitlich erfolgte Überarbeitungen dieser Richtlinie
- Spezifische (richtlinienbezogene) Ziele des Auftrags:
 - Geeignetheit der Vorgaben der Richtlinie, den Zweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 QP-RL zu erreichen
 - Geeignetheit der Vorgaben der jeweiligen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien, den Zweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 QP-RL zu erreichen
 - Prüfung, ob die Anwendung der Beurteilungskriterien gemäß §1 Absatz 4 Satz 1 QP-RL von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfolgt und ob sie [die Anwendung der Beurteilungskriterien] vergleichbar ist
 - Prüfung, ob die Dokumentation der Einzel- und der Gesamtbewertungen gemäß §6 Absatz 1 QP-RL einheitlich erfolgt, die Vorgaben dazu transparent sind und Vergleiche zulassen
 - (Ausgehend von der Berichterstattung gemäß §9 QP-RL:) Identifizierung weiterer Unterschiede und möglicher Ursachen hinsichtlich der von den KVen als Konsequenz der Prüfungen ergriffenen Maßnahmen gemäß §6 Absatz 3 QP-RL mit Fokus auf erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen

Der Auftragnehmer soll im Rahmen der Berichtspflichten bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse berücksichtigen, ob und gegebenenfalls welche unabhängig von der Richtlinie bestehenden Vorgaben die beabsichtigten Wirkungen der Richtlinie im Wesentlichen unterstützt oder behindert haben.

Regelungsbereich der Richtlinie

Die Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V⁵ (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) vom 18. April 2006 regelt, dass die von Vertragsärzten erbrachten medizinischen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu überprüfen sind, wodurch im Grundsatz ein Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität implementiert wird (Kluth 2017: 81). Nach dieser Richtlinie werden in Leistungsbereichen, für die der G-BA Kriterien zur Qualitätsbeurteilung vorgegeben hat, pro Jahr 4 % der Vertragsärzte stichprobenartig hinsichtlich der von ihnen erbrachten Leistung überprüft. Aktuell hat der G-BA Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung für die Leistungsbereiche Arthroskopie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie, QBA-RL), Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie, QBK-RL) und Radiologie⁶ (Qualitätsbeurteilungs-

³ Der ursprünglich in §136 Abs. 2 SGB V geregelte Sachverhalt ist mit Wirkung zum 01.01.2016 durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und der damit verbundenen Neustrukturierung der Qualitätssicherungsvorgaben im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung redaktionell überarbeitet und wortgleich in den §135b SGB V überführt worden. Die Evaluation bezieht sich ausdrücklich auf die bis zum 30.06.2019 geltende Fassung der Richtlinie.

⁴ Zum Zeitpunkt der Auftragsvergabe wurde der Auftragnehmer nicht darüber informiert, dass im zeitlichen Rahmen der durchzuführenden Evaluation (und damit vor der Abgabe dieses Evaluationsberichts) eine neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie verabschiedet wird.

⁵ Die ursprünglich in §36 Abs. 2 SGB V geregelte Vorschrift ist mit Wirkung zum 01.01.2016 durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und der damit verbundenen Neustrukturierung der Qualitätssicherungsvorgaben im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung redaktionell überarbeitet und in den §135b SGB V überführt worden.

⁶ In den Teilbereichen „konventionelle Röntgendiagnostik“ und „Computertomographie“

Richtlinie Radiologie, QBR-RL) in drei Richtlinien nach §92 Abs. 1 konkretisiert. Jede der drei Beurteilungsrichtlinien definiert spezifische, für die jeweilige Leistungserbringung einzuhaltende Qualitätsanforderungen, die wesentlich der Prozessqualität zuzuordnen sind. Dabei ist ersichtlich, dass das Qualitätsverständnis dieser Richtlinien im allgemeineren Sinne des §106 Abs. 2a Nr. 3 SGB V interpretiert ist, in dem Qualität als „Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung“ (Petzold et al. 2018), nicht aber als patientenseitige Ergebnisqualität, definiert ist.

Darüber hinaus lässt sich aus der QP-RL eine Konkretisierung hinsichtlich der nach dem Gesetzeswortlaut nur ausnahmsweise zulässigen Vollerhebung im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung entnehmen. So ist in §4 Abs. 3 der Richtlinie geregelt, wann neben der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfung auch eine kriterienbezogene Prüfung möglich ist. Die dort genannten Kriterien wie beispielsweise die Feststellung erheblicher oder schwerwiegender Mängel rechtfertigen im Ausnahmefall Vergrößerungen der Stichprobe oder die Vollerhebung der medizinischen Leistungen eines Leistungserbringers (Blöcher in: Schlegel/Voelzke, §135b SGB V; Rn 14).

In ihrem allgemeinen Regelungsgehalt ist QP-RL subsidiär zu den drei genannten Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien,⁷ weshalb der allgemeine Qualitätssicherungszweck der QP-RL immer im Zusammenhang mit den teilweise unterschiedlichen Zielsetzungen und Maßnahmen der einzelnen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien gesehen werden muss.

Zweck der Richtlinie

Laut §1 Abs. 1 der QP-RL besteht der Zweck der Richtlinie darin, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen dahingehend zu überprüfen, ob diese dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Mittel zum Zweck ist gemäß Absatz 2 die stichprobenartige Überprüfung schriftlicher und bildlicher Dokumentationen von diagnostischen und therapeutischen Leistungen bei zufällig ausgewählten Vertragsärzten, die die jeweiligen Leistungen abgerechnet haben. Die konkrete, retrospektive Überprüfung der Prozessqualität (in Teilen auch Anforderungen an Prozessergebnisse wie z.B. Befundung oder Bildqualität) anhand von ärztlichen Dokumentationen wird von, gemäß der Vorgaben dieser Richtlinie besetzten, Qualitätssicherungs-Kommissionen der KVen vorgenommen und findet anhand von jeweils 12 Akten von ebenfalls zufällig ausgewählten Patienten der zu überprüfenden Leistungserbringer statt. Die Beurteilung der Akten erfolgt sowohl für den Einzelfall als auch für die gesamte Stichprobe einheitlich anhand eines vorgegebenen Beurteilungsschemas („keine“, „geringe“, „erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Beanstandungen), wobei je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel geeignete Gegenmaßnahmen vom Beratungsgespräch bis zum Genehmigungsentzug ergriffen werden können (Blöcher in: Schlegel/Voelzke, §135b SGB V; Rn 11).

Umfeld der Qualitätssicherungsmaßnahme

Die QP-RL steht im allgemeinen Gesetzeskontext der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§§135 – 139d SGB V) sowie im spezifischen Kontext der in §135 b SGB V⁸ festgelegten grundsätzlichen Verpflichtung der KVen, im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung Maßnahmen zur Qualitätsförderung durchzuführen, deren Ergebnisse zu veröffentlichen und durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall zu bewerten (Blöcher in: Schlegel/Voelzke, §135b SGB V; Rn 4).⁹

Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien sind abzugrenzen von strukturellen Qualitätsanforderungen (z.B. Qualifikation, apparative Ausstattung) wie sie vornehmlich im Kontext der Qualitätssicherungsvereinbarungen/-maßnahmen §135 Abs. 2 SGB V gestellt werden. Bereits durch die Neufassung der QBR-RL von 2010 war

⁷ Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

⁸ Die ursprünglich in § 136 Abs. 2 SGB V geregelte Vorschrift ist mit Wirkung zum 01.01.2016 durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und der damit verbundenen Neustrukturierung der Qualitätssicherungsvorgaben im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung redaktionell überarbeitet und §135b SGB V überführt worden

⁹ Letztlich ist die QP-RL eine Konkretisierung des Absatz 2 Satz 1 dieses Paragraphen, der die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen, vorwiegend stichprobenartig, zu überprüfen.

erkennbar, dass die Prüfung struktureller Voraussetzungen nicht (mehr) Gegenstand der Qualitätsprüfung im Kontext der QP-RL sein sollen.

Die obligatorischen Qualitätsprüfungen gem. §135b SGB V für die genannten Leistungsbereiche können aufgrund des gesetzlichen Auftrags an die KVen gemäß ihres gesetzlichen Auftrages aus Abs. 2 Satz 1 von diesen auch in weiteren Leistungsbereichen als fakultative Stichprobenprüfungen durchgeführt werden. Anzulegen sind dann eigene Kriterien zur Qualitätsbeurteilung, die im Regelungskontext der QP-RL bzw. analog im Kontext der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV gemäß §75 Abs. 7 SGB V vom 22.12.2010) auszugestalten sind.

Im allgemeinen Kontext von Qualitätssicherung und -förderung werden die Stichprobenprüfungen nach §135b SGB V für die hier fokussierten Leistungsbereiche teilweise von den genannten qualitätssichernden Maßnahmen im Kontext des §135 Abs. 2 (und hier vor allem den Genehmigungsverfahren) sowie ggf. verpflichtenden Fortbildungsmaßnahmen überlagert. Faktisch ist hier auch die gesetzliche Verpflichtung zu einem internen Qualitätsmanagement (QM) zu nennen (§135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V): Auch hier erfolgt eine Stichprobenprüfung, in der gemäß §7 (Teil A) der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) 2,5 % der Vertragsärzte und Psychotherapeuten einzubeziehen sind. Für den Leistungsbereich der Kernspintomographie existiert zudem eine Mindestmengenregelung, die im Rahmen einer Frequenzregelung überprüft wird.

Als Maßnahme der externen Qualitätssicherung ist dieses Qualitätsprüfungsverfahren methodisch auch von den Qualitätssicherungsverfahren der externen Qualitätssicherung im stationären Bereich abzugrenzen, in dem bestimmte Indikationen und Eingriffe für alle Leistungserbringer als Vollerhebung durchzuführen sind. Im Kontext der externen ambulanten Qualitätssicherung ist die Qualität im Bereich der vertragsärztlichen Leistungen dagegen im Einzelfall und stichprobenhaft zu prüfen.¹⁰

Die QP-RL verfolgt demnach ein grundsätzlich anderes Wirkprinzip als die Qualitätssicherungsmaßnahmen der externen stationären Qualitätssicherung – was im Übrigen die Anwendung des E-RK erschwert, da dieses sichtlich das Wirkprinzip der QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung und damit in erster Linie die Leistungserbringer als Umsetzungsverantwortliche adressiert.

Adressaten der Richtlinie

Die hier zu evaluierende, bis Mitte 2019 gültige QP-RL adressiert nicht die Leistungserbringer, sondern die KVen als umsetzungsverantwortliche Instanzen,¹¹ die mittels dieser Richtlinie und entsprechend der weiteren Zweckperspektive des §135 b SGB V in die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung eingebunden sind (Blöcher in: Schlegel/Voelzke, §135b SGB V; Rn 5). Durch die stichprobenartige Überprüfung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen wirkt sich die Richtlinie auf alle an der jeweiligen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte aus: Einerseits soweit diese im Prüfungsfall die Fachlichkeit ihrer Leistung nachweisen und die entsprechenden Belegdokumente zur Verfügung stellen müssen, andererseits, da die betroffenen Ärzte im Fall von Mängeln bzw. formellen Beanstandungen angemessene Maßnahmen zur Mängelbeseitigung bzw. zur Qualitätsverbesserung ergreifen müssen.

Die Versorgungsebene der Patientinnen und Patienten wird von dieser Richtlinie qua definitionem nur indirekt berührt. Sie sind nur insoweit von der Wirkung der Richtlinie betroffen, als dass diese Regelungen allgemein dazu beitragen sollen, sicherzustellen, dass Vertragsärzte bestimmte Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbringen. Faktisch sind auch die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Berufsausübungsregelungen, die teilweise Patientenschutzinteressen berühren (Kluth 2017: 86f). Da die Leistungen i.d.R. stichprobenartig überprüft werden und die Ergebnisse nur in aggregierter und anonymisierter Form einsehbar sind, ergibt sich auch kein Informationsnutzen für Patienten. Überdies zielen die Kriterien der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien mehr oder weniger ausschließlich auf (die Dokumentation der) Prozesse der ärztlichen Leistungserbrin-

¹⁰ Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

¹¹ Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

gung, inkl. insbesondere der Indikationsstellung, und ihrer Ergebnisse (Befunde, Bilder usw.) nicht aber auf die Beurteilung der patientenseitigen (kurativen) Ergebnisqualität.

Faktisch wirkt sich die Richtlinie primär innerhalb der Systemebene aus, da die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen, i.e. die arztbezogen ausgefüllten Formulare, von den KVen in anonymisierter Form an die KBV zur bundesweiten Auswertung und Veröffentlichung übermittelt und die Ergebnisse intern bzw. zusammen mit den jeweiligen Qualitätssicherungs-Kommissionen auf Landesebene bewertet werden. Diese Auswertung wird auch an den G-BA übermittelt, der seinerseits die Ergebnisse bewerten und ggf. Handlungsempfehlungen daraus ableiten kann.

Evaluationsgegenstand

Der G-BA hat am 15. Dezember 2011 beschlossen, ein Rahmenkonzept zur Evaluation von Qualitätssicherungsverfahren nach §137b SGB V erarbeiten zu lassen. Das im Jahr 2013 veröffentlichte Evaluations-Rahmenkonzept (E-RK) der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) (Veit C et al 2013), sollte als methodischer Rahmen der vorliegenden Evaluation zur Anwendung kommen.

Gemäß E-RK ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen der Ebene der Versorger, die die QS-Maßnahme umsetzen, und der Ebene der Versorgung bzw. der Patienten, also der Zielebene, auf der die QS-Maßnahme eine Wirkung entfalten soll. Im hier vorliegenden Fall ist, wie bereits angemerkt, zu beachten, dass die Wirkebene der QS-Maßnahme hier die Versorger sind und die Umsetzung der Richtlinie hier den Verantwortlichen auf Systemebene (den KVen) zufällt. Eine Wirkung der Richtlinie auf die Qualität der Patientenversorgung erfolgt indirekt, da zugrunde gelegt werden kann, dass die Sicherstellung einer guten Prozessqualität (inklusive der Indikationsqualität sowie einer qualitativ hochwertigen Befundung) der Versorgung die Voraussetzung einer guten Patientenversorgung ist.

In diesem speziellen Kontext ist zu beachten, dass die QP-RL primär eine normativ gesetzte Verfahrensanweisung ist, die bestimmte Verwaltungsstrukturen adressiert und insofern keinen oder nur einen sehr abstrakten Bezug zur medizinischen Evidenz hat. So sind die Geeignetheit des Stichprobenverfahrens und die nachgewiesene Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahmen zum Zweck der Qualitätssicherung und -förderung explizit bereits in den tragenden Gründen zur Einführung der Richtlinie aufgeführt.¹² Mit dem Übergang der Regelungskompetenz für die bereits seit 1989 gesetzlich verankerten Stichprobenprüfungen von den KVen auf den G-BA hat der Gesetzgeber deswegen vor allem eine Vereinheitlichung der verfahrenstechnischen Vorgaben beabsichtigt.¹³ Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien zur Radiologie (1992), zur Kernspintomographie (2000) und zur Arthroskopie (2009), in denen die Anforderungen an die jeweiligen diagnostischen und therapeutischen Prozesse bzw. deren dokumentierte Ergebnisse konkretisiert sind, unterfallen in diesem Sinne ebenso zunächst der Logik der Vereinheitlichung und der damit einhergehenden Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Erst in zweiter Linie und auch nur indirekt kann ein Bezug zur Evidenz der QS-Maßnahmen auf Ebene der Versorger hergestellt werden, indem begründet vorausgesetzt werden muss, dass die in den Beurteilungsrichtlinien hinterlegten Kriterien zur Beurteilung der Prozessqualität sich letztlich auf Prozesse beziehen, deren Relevanz und Effektivität in medizinischen Leitlinien mit entsprechender Evidenz hinterlegt sind.

Die vorliegende Evaluation wurde dementsprechend, soweit sinnvoll anwendbar, entlang der Vorgaben des E-RK (Veit C et al. 2013) entworfen. Grundlage der Evaluation war der gemeinsam mit dem Auftraggeber konzentrierte Evaluationsplan, der am 6. September 2019 formell vom Auftraggeber abgenommen wurde. Entsprechend der Vorgaben des Evaluationsrahmenkonzepts und des Evaluationsplans wurde die Richtlinie auf zwei Ebenen evaluiert:

- Auf **Ebene der KVen** hinsichtlich der die Zielvorgaben der QP-RL in Bezug auf die Umsetzung der Vorgaben durch die KVen, was sich insbesondere auf die Vorgaben zur Einheitlichkeit, Vergleichbarkeit und Transparenz der Darstellung der Ergebnisse bezieht (**Umsetzung der Richtlinie**)

¹² Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

¹³ Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

- Auf **Ebene der Versorgung** hinsichtlich der Effektivität der aufgrund der Verfahrensvorgaben durchgeführten QS-Maßnahmen in Bezug auf die Ziele der Qualitätssicherung und Förderung vertragsärztlicher Leistungen (**Effektivität des Verfahrens**)

Die QP-RL entfaltet nur eine indirekte Wirkung auf der Patientenebene. Unter der Annahme, dass eine kontrollierte, gute Prozessqualität der Versorger sich in guten patientenseitigen Outcomes widerspiegelt, wurde für den Leistungsbereich Arthroskopie eine indikatorgestützte Analyse der Ergebnisqualität auf der Basis von Abrechnungsdaten einer Krankenkasse durchgeführt (siehe Anlage 2 des Evaluationsplans) und mit eigenen Fragestellungen untersucht.

Evaluationsdesign und Änderungen des Evaluationsplans

Die leitenden Fragestellungen der Evaluation wurden gemäß Evaluationsrahmenkonzept durch Unterfragen im Evaluationsplan konkretisiert und anschließend gemäß den richtlinienspezifischen Fragestellungen der Leistungsbeschreibung in Form von Evaluationshypothesen reformuliert und allgemeinen Bewertungskriterien zugeordnet.

Die „bürokratische“ Syntax der Evaluationshypothesen wurde im Zuge der Evaluation sukzessive durch konkrete und adressatengerechte Fragen ersetzt. Da es überdies im Zuge der Abstimmung des Evaluationsplans (bzw. konkret des Befragungsinstrumentes) mit dem Auftraggeber sowie auch im Zuge eines Pre-Tests mit Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und einigen KVen immer wieder zu Veränderungen des Befragungsinstrumentes kam (Umformulierungen, Ergänzungen, Streichen und Neuaufnahme von Fragen) wurde schließlich auch eine Restrukturierung des Evaluationsdesigns notwendig, da sonst in einigen Fällen keine nachvollziehbare Zuordnung der Fragen zu den Evaluationshypothesen möglich gewesen wäre. Die Zuordnung erfolgte mit Blick auf die Evaluationsziele, d.h. auf die zentralen mittels der vorliegenden Evaluation zu beantwortenden Leitfragen.

Hinsichtlich der **Umsetzung der Richtlinie** fokussieren die jeweils verwendeten Datenquellen die

- Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung
- Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen
- Einheitlichkeit der Maßnahmen
- Vergleichbarkeit der berichteten Ergebnisse

Hinsichtlich der **Effektivität des Verfahrens** fokussieren die jeweils verwendeten Datenquellen die/den

- Geeignetheit des Verfahrens zur Sicherstellung der Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards
- Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung
- Geeignetheit des Prüfinstrumentes hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks
- Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich des Qualitätsförderungszwecks
- Aufwand/Nutzen

Hinzu kommen die spezifischen Fragen für den Leistungsbereich Arthroskopie, die unter Zuhilfenahme von Routinedaten ausgewertet wurden:

- Gibt es Veränderungen der Ergebnisse/Outcomes vor und nach Richtlinieneinführung im Jahr 2010 sowie im zeitlichen Verlauf?
- Ist eine Korrelation zwischen den Ergebnissen der Berichte (z.B. hinsichtlich der Beanstandungsquoten) und den Ergebnissen der Routinedaten im zeitlichen Verlauf sowie im regionalen Vergleich vorhanden?
- Sind Qualitätspotenziale im Bereich der Knie-Arthroskopie vorhanden?

Zeit- und Meilensteinplan

Die Auftragsbearbeitung erfolgte bezugnehmend auf den Zeit- und Meilensteinplan des Evaluationsplans. Der Evaluationsplan wurde mit dem Auftraggeber, vertreten durch die „AG Evaluation QS“, mehrfach abgestimmt und Anfang September 2019 in seiner endgültigen Fassung konsentiert. Bis zu diesem Zeitpunkt sind folgende wichtige Eckdaten des Evaluationsprozesses zu nennen:

- 18. März 2019: Auftragserteilung
- 26. April 2019: Vorabsichtung verfügbarer Berichtsdaten (Recherchearbeiten)
- 09. Mai 2019: Expertenworkshop mit KBV und KV-Vertretern zur Entwicklung des Befragungsinstrumentes (Fragebogenentwicklung)
- 15. Mai 2019: Abgabe des ersten Entwurfs des Evaluationsplans beim G-BA (Abstimmung Evaluationsplan)
- 13. Juni 2019: Übermittlung der KBV-Berichtsdaten an das aQua-Institut
- 27. Juni 2019: Präsentation des Evaluationsplans beim G-BA (Abstimmung Evaluationsplan)
- 29. Juli 2019: Abgabe des überarbeiteten Evaluationsplans beim G-BA (Abstimmung Evaluationsplan)
- 15. August 2019: Präsentation des überarbeiteten Evaluationsplans beim G-BA (Abstimmung Evaluationsplan)
- 06. September 2019: Abnahme des Evaluationsplans

Die Bearbeitung des Auftrages im engeren Sinne (Datenerhebungen, Auswertungen und Berichterstellung) erfolgte im Zeitraum zwischen September 2019 und Mai 2021. Nachfolgend sind die in diesem Zeitrahmen abgeschlossenen Meilensteile chronologisch aufgelistet:

- 15.10.2019: Technische Umsetzung des Fragebogens abgeschlossen
- 12.12.2019: Interviews mit Geschäftsstellen der QS-Kommissionen abgeschlossen
- 15.01.2020: Onlinebefragung ist abgeschlossen
- 15.02.2020: Sichtung und Analyse der Berichtsdaten abgeschlossen
- 29.02.2020: Auswertung der Onlinebefragung liegt vor
- 15.08.2020: Analyseergebnisse der GKV-Routinedaten liegen vor
- 24.09.2020: Ergebnisworkshops sind abgeschlossen
- 31.10.2020: Zwischenbericht ist abgegeben
- 16.04.2021: Eingang der schriftlichen Stellungnahmen
- 31.05.2021: Abgabe des Abschlussberichts

In methodischer Hinsicht konnten mit einer Ausnahme alle Schritte der Evaluation so durchgeführt werden, wie in der konsentierten Fassung des Evaluationsplans in Kapitel 10 vorgesehen. Einzig die Durchführung der Ergebnisworkshops in Form von Präsenzveranstaltungen mussten aufgrund der Corona-Pandemie als virtuelle Workshops stattfinden.

In zeitlicher Hinsicht gab es aus organisatorischen Gründen kleinere Verschiebungen im Meilensteinplan, die zunächst zu einer Verlängerung des Gesamtzeitplans um insgesamt zwei Monate führten. Grund dafür war das verspätete Vorliegen von Ergebnissen der Routinedatenanalysen, die für den Ergebnisworkshop Arthroskopie benötigt wurden. Dies wurde im Rahmen der G-BA Sitzung am 05. März 2020 dargelegt und der zusätzliche Zeitbedarf für die Routinedatenanalyse Arthroskopie erläutert. Der Bitte, den Ergebnisworkshop Arthroskopie in den Spätsommer/Herbst verschieben zu können, gab der G-BA statt, was eine Verschiebung der nachfolgenden Meilensteine erforderte. Der Gesamtzeitrahmen des Evaluationsprozesses bis zur Abnahme des Abschlussberichts wurde auf Bitte des G-BA bis Ende August verlängert, was auch eine Verschiebung des Meilensteins zur Abgabe des Abschlussberichts zur Folge hatte.

2 Datengrundlagen und Auswertungsstrategie

Um den Evaluationszielen gerecht werden zu können, wurde geprüft, ob und in welcher Form Datenquellen verfügbar waren und auf welche Art und Weise die benötigten Informationen erhoben werden können. Im Ergebnis erwies sich ein Mixed-Method-Design, in dem quantitativ und qualitativ gewonnene Ergebnisse zusammengeführt werden sollen, als zielführend. Im folgenden Kapitel werden die Datengrundlage der Evaluation und die Auswertungsstrategie beschrieben.

2.1 Datengrundlagen

Folgend werden die Datengrundlagen der Auswertungen vorgestellt. Diese unterteilen sich in die Berichtsdaten, die Routinedaten, die Befragungsdaten (Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, QS-Kommissionsärzte, Fachärzte) und die Ergebnisworkshops.

2.1.1 Berichtsdaten

Für die Evaluation der Richtlinie wurden die bundesweiten Auswertungen der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in den Jahresberichten der KBV von 2010 bis 2017, die 5-Jahres-Auswertung 2008 bis 2012 sowie die Kommentierungen der Qualitätsprüfungen der KBV und des G-BA genutzt. Die Berichtsdaten wurden dem aQua-Institut am 13. Juni 2019 von der KBV im Excel-Format übermittelt. Sie enthielten die folgenden Informationen für die Leistungsbereiche Arthroskopie, Kernspintomographie und Radiologie (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie) jeweils auf Ebene der KVen:

- Prüfumfang
 - Anzahl der abrechnenden Ärzte
 - Anzahl der geprüften Ärzte
 - Begründung, falls Mindestprüfumfang nicht erreicht wurde
- Prüfergebnisse
 - Prüfergebnisse der Stichprobenprüfungen
 - Prüfergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen
- Maßnahmen der Qualitätsförderung
 - Anzahl der Empfehlungen und Verpflichtungen zur Beseitigung von Mängeln
 - Anzahl der Beratungsgespräche
 - Anzahl der Nichtvergütungen und Rückforderungen bereits geleisteter Vergütungen
 - Anzahl und Ergebnisse der Kolloquien
 - Anzahl der Genehmigungswiderrufe
 - Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen
 - Anzahl und Ergebnisse der Praxisbegehungen

2.1.2 Routinedaten Arthroskopie am Kniegelenk

Als Auswertungsgrundlage dienen pseudonymisierte Routinedaten der BARMER, auf die über das wissenschaftliche Data-Warehouse Zugriff gewährt wurde. Die BARMER versichert laut eigenen Angaben etwa 9 Millionen¹⁴ der 73,4 Millionen gesetzlich Versicherten¹⁵ (etwa 12,3 %).

Ausgeschlossen wurden bei den Analysen alle Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK, die erst mit Wirkung zum 1. Januar 2017 mit der Barmer GEK zur BARMER fusionierte, da deren historische Daten nicht im wissenschaftlichen Data-Warehouse verfügbar sind. Grundlage waren Datenbestände, die den gesetzlichen Krankenkassen gemäß §§115b, 284, 295, 301 sowie 302 SGB V übermittelt werden. Diese Daten umfassen Informationen zu den versicherten Personen (Alter, Geschlecht, Versicherungszeiten, Versicherungsstatus, etc.), den vertragsärztlichen und Krankenhausleistungen sowie zu Heil- und Hilfsmitteln. Zur Verfügung standen Daten zu den Abrechnungsjahren 2005 bis 2018.

Um regionale Auswertungen über die KV-Regionen durchführen zu können, sind die Patienten der KV-Region zugeordnet worden, in der ihr Wohnort im jeweiligen Betrachtungsjahr vorwiegend lag. Diese Zuordnung kann sich von der KV-Region der Betriebsstätte bzw. des Krankenhausstandorts, an dem die Knie-Arthroskopie durchgeführt worden ist, in einzelnen Fällen unterscheiden.

¹⁴ Quelle: <https://www.barmer.de/ueberuns/barmer/organisation/unternehmen-234490> (abgerufen am 06.10.2020)

¹⁵ Quelle: Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli 2020)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>

Um Unterschiede in der BARMER-Untersuchungspopulation gegenüber der GKV-Gesamtpopulation hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur sowie der Verteilung auf einzelne KV-Regionen auszugleichen, wurden die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und KV-Region direkt standardisiert. Als Standardpopulation wurde für alle Beobachtungsjahre die GKV-Gesamtpopulation gemäß Versichertenstatistik¹⁶ (KM 6-Statistik) mit dem Stichtag 1. Juli 2018 verwendet. Damit werden Veränderungen von Indikatoren und anderen Ergebnissen über die Jahre sichtbar, die sich unabhängig von den ggf. vorhandenen demografischen Veränderungen hinsichtlich der genannten Strukturmerkmale ereignet haben. Diese direkt standardisierten Daten sind im Folgenden mit dem Kürzel „KM-6 2018“ gekennzeichnet.

2.1.3 Befragungsdaten

Adressaten der Befragungen im Rahmen der Evaluation waren die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen (KV-Geschäftsstellen), die QS-Kommissionsärzte sowie Fachärzte, die in den letzten beiden obligatorischen Prüfjahren ihres jeweiligen Leistungsbereichs einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden. Die dafür entwickelten Erhebungsinstrumente (vgl. Anhang A.1, B.1 und C.1) entstanden im Rahmen eines iterativen Abstimmungsprozesses mit den KVen und dem G-BA im Laufe der Erstellung des Evaluationsplans.

2.1.3.1 Befragung der Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

Mit den 17 Geschäftsstellen der QS-Kommissionen erfolgten im Zeitraum vom 28.10.–12.12.2019 teilstandardisierte Leitfadeninterviews mit überwiegend offenen Fragen (vgl. Anhang A.1) mit jeweils einem Vertreter jeder KV-Region. Die jeweiligen Ansprechpartner bzw. die telefonischen Kontaktdaten der KV-Mitarbeiter wurden von der KBV zur Verfügung gestellt. Die Terminabsprache erfolgte direkt zwischen dem Mitarbeiter des aQua-Instituts und dem Mitarbeiter der Geschäftsstelle.

Jeder Gesprächspartner wurde schriftlich und mündlich über den Umgang mit seinen Daten aufgeklärt und musste ein jederzeit auch ohne Grund widerrufbares Einverständnis zur Verwendung der protokollierten Daten geben. Die Interviews wurden telefonisch anhand des Leitfadens geführt, tonaufgezeichnet, im Anschluss analysiert und in Form eines strukturierten Ergebnisprotokolls schriftlich zusammengefasst. Die Ergebnisprotokolle wurden den Gesprächsteilnehmern zur Kenntnisnahme und Bestätigung vorgelegt.

2.1.3.2 Befragung der QS-Kommissionsärzte

An der Onlinebefragung der QS-Kommissionsärzte gab es insgesamt 92 Teilnehmer, davon 31 für den Leistungsbereich Arthroskopie, 18 für den Leistungsbereich Kernspintomographie und 43 für den Leistungsbereich Radiologie (konventionelle Röntgendiagnostik/CT). Laut Evaluationsplan war vorgesehen, dass für jede KV-Region und für jeden Leistungsbereich jeweils drei offizielle Kommissionsärzte an der Befragung teilnehmen. Dabei sollten die Teilleistungsbereiche „konventionelle Röntgendiagnostik“ und „CT“ als ein Leistungsbereich betrachtet werden. Dieses Vorgehen hätte einer Teilnahme von potenziell 153 Kommissionsärzten entsprochen. Zwei KVen haben jedoch nicht drei, sondern alle Kommissionsärzte gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Hintergrund war zum einen das Bestreben, die geforderte Anzahl an Fragebögen zu erreichen sowie allen Kommissionsmitgliedern eine Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen, zum anderen bestand vermutlich Ungewissheit, welche Kommissionsmitglieder teilnehmen würden. In einer weiteren KV haben zwei Kommissionsmitglieder den Fragebögen für die Teilleistungsbereiche „konventionelle Röntgendiagnostik“ und „CT“ separat ausgefüllt. Andere KVen haben zunächst drei Kommissionsärzte je Leistungsbereich angeschrieben und ggf. weitere Kommissionsärzte bzgl. der Evaluation angesprochen, um die Response zu erhöhen. Aufgrund des unterschiedlichen Vorgehens der KVen bei der Ansprache der Kommissionsärzte, war es nicht möglich, eine Rücklaufquote für diese Befragung zu berechnen. Wie jedoch aus den vorhergehenden Ausführungen ersichtlich ist, sind je KV mindestens drei Kommissionsärzte gebeten worden, an der Befragung teilzunehmen. Nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der von den QS-Kommissionsärzten ausgefüllten Fragebögen differenziert nach Leistungsbereichen.

16 Quelle: Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli 2018)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>

Tabelle 1: Anzahl ausgefüllter Fragebögen von QS-Kommissionsärzten

	Anzahl ausgefüllter Fragebögen			
	Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie	gesamt
	n=31	n=18	n=43	n=92
KV Baden-Württemberg	6	2	2	10
KV Bayerns	3	2	3	8
KV Berlin	0	1	2	3
KV Brandenburg	0	0	0	0
KV Bremen	2	1	2	5
KV Hamburg	2	0	5	7
KV Hessen	2	1	4	7
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	1	1	3
KV Niedersachsen	0	2	4	6
KV Nordrhein	2	2	1	5
KV Rheinland-Pfalz	2	2	7	11
KV Saarland	1	1	1	3
KV Sachsen	1	1	2	4
KV Sachsen-Anhalt	3	1	0	4
KV Schleswig-Holstein	1	0	3	4
KV Thüringen	2	1	3	6
KV Westfalen-Lippe	3	0	3	6
gesamt	31	18	43	92

Die an der Befragung teilnehmenden QS-Kommissionsärzte waren im Mittel in allen drei Leistungsbereichen bereits 9 Jahre als QS-Kommissionsarzt tätig.

Tabelle 2: Dauer der Tätigkeit als QS-Kommissionsarzt in Jahren

	Wie lange sind Sie schon als QS-Kommissionsarzt für diesen Leistungsbereich tätig (in Jahren)?			
	gesamt	Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie
	n=92	n=31	n=18	n=43
Minimum	1	2	3	1
Mittelwert	9	9	9	9
Median	8	8	10	7
Maximum	25	20	20	25

2.1.3.3 Befragung der Fachärzte

Insgesamt haben 325 Fachärzte an der Onlinebefragung teilgenommen, davon 91 Fachärzte für den Leistungsbereich Arthroskopie, 38 für den Leistungsbereich Kernspintomographie und 196 für den Leistungsbereich Radiologie. Es wurden 2.668 Befragungslinks über alle Leistungsbereiche hinweg versendet, was einer Gesamtrücklaufquote von 12,2 % entspricht. Die Spannweite der Rücklaufquoten reicht bei den einzelnen KVen von 0 % bis zu 33,3 %. Die Rücklaufquoten für die einzelnen Leistungsbereiche sind:

- Arthroskopie: 12,9 % (bei insgesamt 704 versendeten Befragungslinks)
- Kernspintomographie: 10,0 % (bei insgesamt 379 versendeten Befragungslinks)
- Radiologie: 12,4 % (bei insgesamt 1.585 versendeten Befragungslinks)

Tabelle 3: Anzahl ausgefüllter Fragebögen von Fachärzten

	Anzahl ausgefüllter Fragebögen				Rücklaufquote (%)
	Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie	gesamt	
	n=91	n=38	n=196	n=325	
KV Baden-Württemberg	36	27	93	156	33,3%
KV Bayerns	5	0	15	20	5,1%
KV Berlin	1	0	12	13	11,0%
KV Brandenburg	4	0	0	4	9,5%
KV Bremen	0	0	0	0	0,0%
KV Hamburg	1	1	3	5	5,3%
KV Hessen	8	1	11	20	12,5%
KV Mecklenburg-Vorpommern	3	1	2	6	12,2%
KV Niedersachsen	9	1	4	14	6,3%
KV Nordrhein	12	0	1	13	5,7%
KV Rheinland-Pfalz	0	1	10	11	7,6%
KV Saarland	3	1	0	4	20,0%
KV Sachsen	5	0	9	14	11,3%
KV Sachsen-Anhalt	0	1	4	5	11,6%
KV Schleswig-Holstein	0	0	6	6	8,0%
KV Thüringen	3	1	2	6	9,2%
KV Westfalen-Lippe	1	3	24	28	7,2%
gesamt	91	38	196	325	12,2%

Die Fachärzte, die an der Befragung teilgenommen haben, waren in den Leistungsbereichen Arthroskopie und Kernspintomographie im Mittel bereits 17 Jahre als Facharzt tätig und im Leistungsbereich Radiologie 18 Jahre.

Tabelle 4: Dauer der Facharztstätigkeit in Jahren

	Wie lange sind Sie schon als Facharzt in diesem Leistungsbereich tätig (in Jahren)?			
	gesamt	Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie
	n=325	n=91	n=38	n=196
Minimum	3	3	8	4
Mittelwert	17	17	17	18
Median	18	17	17	19
Maximum	45	45	32	43

Für Arthroskopie und Radiologie wurden die Fachärzte der letzten beiden obligatorischen Prüffahre 2016 und 2017 gebeten, an der Befragung teilzunehmen. 23,0 % der Befragungsteilnehmer wurden im Jahr 2016 geprüft, 40,8 % im Jahr 2017 und 30,0 % in beiden Prüffahren. 6,3 % machten bei dieser Frage keine Angaben. Im Leistungsbereich Kernspintomographie wurden 18,4 % der Befragungsteilnehmer im Jahr 2014 geprüft, 40,8 % im Jahr 2015 und 30,0 % in beiden Prüffahren. 5,3 % der Teilnehmer machten bei dieser Frage keine Angaben.

2.1.3.4 Umgang mit Befragungsdaten

Für die Online-Befragung wurde die browserbasierte Befragungssoftware EFS (Enterprise Feedback Suite) verwendet. Die in der Software verwendeten Datenverarbeitungsprozesse entsprechen den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Nach Abschluss der Befragung wurden die erhobenen Daten für die Auswertung exportiert und auf einem sicherheitszertifizierten Dateiserver lokal abgespeichert und anschließend ausgewertet. Mit Abnahme des Projektes durch den Auftragnehmer werden die Befragungsdaten auf einen Back-up-Server verschoben und nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist automatisch gelöscht.

Das aQua-Institut hat zu keinem Zeitpunkt personenbezogene Daten von QS-Kommissionsärzten und Fachärzten erhoben. Die Befragung der QS-Kommissionsärzte sowie der Fachärzte der letzten beiden obligatorischen Prüfjahre (Arthroskopie und Radiologie 2016 und 2017, Kernspintomographie 2014 und 2015) erfolgte im Zeitraum von Mitte Oktober 2019 bis Mitte Januar 2020 anonym mittels standardisiertem Online-Fragebogen. Die Links zur Onlinebefragung des aQua-Instituts wurden über die KBV an die KVen weitergeleitet, die diese per E-Mail oder postalisch versendet haben. Auch das Verschicken eines Reminders ca. 4 Wochen vor Befragungsende erfolgte über diesen Weg.

Die Teilnehmer wurden vor Beginn der Befragung über den Umgang mit ihren Daten gemäß DSGVO aufgeklärt. Mit der Teilnahme an der Onlinebefragung bzw. mit der Übersendung der Daten erfolgte das Einverständnis zur Auswertung der Daten und zur aggregierten Darstellung der Daten durch das aQua-Institut. Eine Abfrage möglicher Interessenkonflikte der befragten Fachärzte, inkl. der für die QS-Kommissionen prüfenden Fachärzte, wurde nicht durchgeführt. Zum einen handelte es sich nicht um ein Auswahlverfahren, da unterschiedslos alle (geprüften) Fachärzte an der Befragung teilnehmen konnten. Zum anderen spielen mögliche professionell bedingte Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dem hier auf die subjektiven Erfahrungen mit der Qualitätsprüfung gerichteten Erkenntnisinteresse keine erkennbare Rolle.

2.1.4 Ergebnisworkshops

Mit dem Ziel, die Diskussion der Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse, der Interviews und Befragungen sowie der Routinedatenauswertung im Bereich der Knie-Arthroskopie zu vertiefen, wurde für jeden Leistungsbe- reich ein Ergebnisworkshop durchgeführt. Die Zusammensetzung der Teilnehmer der Ergebnisworkshops wurde zuvor mit dem G-BA abgestimmt. Neben Mitarbeitern des aQua-Instituts haben Vertreter der KBV und der KVen, QS-Kommissionsärzte und geprüfte Fachärzte an den Workshops teilgenommen. Bei der Rekrutierung der Teilnehmer für die Ergebnisworkshops wurde das aQua-Institut von der KBV, die bei verschiedenen KVen nach potenziellen Teilnehmern für die Workshops angefragt hat, unterstützt. Die Workshops wurden in Form von Online-Meetings via Zoom an folgenden Terminen durchgeführt:

- Ergebnisworkshop Arthroskopie: 24.08.2020
- Ergebnisworkshop Radiologie: 16.09.2020
- Ergebnisworkshop Kernspintomographie: 24.09.2020

An allen Ergebnisworkshops haben Vertreter von mindestens drei unterschiedlichen KVen teilgenommen. Die Teilnehmer sind den zu allen Ergebnisworkshops erstellten Ergebnisprotokollen in Anhang D zu entnehmen. Tabelle 5 weist die Anzahl der Teilnehmer an den drei Ergebnisworkshops aus.

Tabelle 5: Anzahl der Teilnehmer an den Ergebnisworkshops

	Ergebnisworkshop Arthroskopie	Ergebnisworkshop Radiologie	Ergebnisworkshop Kernspintomographie
KBV	2 Teilnehmer	2 Teilnehmer	1 Teilnehmer
KV Geschäftsstellen	3 Teilnehmer	3 Teilnehmer	3 Teilnehmer
QS-Kommissionsärzte	3 Teilnehmer	3 Teilnehmer	3 Teilnehmer
geprüfte Fachärzte	2 Teilnehmer	2 Teilnehmer	1 Teilnehmer

Nach Durchführung der Ergebnisworkshops wurden die Protokolle allen Teilnehmern zur Kenntnis und mit der Möglichkeit zur Korrektur vorgelegt.

2.2 Auswertungsstrategie

Das aQua-Institut hat im Evaluationsplan ausgeführt, dass insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der Effektivität des Verfahrens und der Maßnahmen weder Evidenz zur Ableitung von quantitativen Zielgrößen noch verbindliche normative Vorgaben existieren. Dies gilt analog für die vom Auftraggeber explizit formulierten Zielgrößen der „Einheitlichkeit“, der „Vergleichbarkeit“, der „Transparenz“ und der „Geeignetheit“, die sowohl hinsichtlich der Umsetzung als auch der Effektivität des Verfahrens bewertet werden sollten.

Den Vorschlägen des Auftraggebers folgend, hat das aQua-Institut entsprechende Bewertungen hinsichtlich der Erfüllung der genannten Zielgrößen, wo möglich und sinnvoll, in die Befragungen der unterschiedlichen Zielgruppen integriert und die Ergebnisse deskriptiv analysiert. Bezüglich der Effektivität des Verfahrens und insbesondere der rein subjektiv zu bewertenden Zielgröße der „Geeignetheit“ (zur Erfüllung zentraler Richtlinienzwecke) konnten ausschließlich Befragungen genutzt werden. Analog wurde auch für die Datenquelle der Berichtsdaten (sowie im Fall der Arthroskopie auch der Routedaten) geprüft, ob und inwieweit hieraus Rückschlüsse auf die Erfüllung oder das Ausmaß der Erfüllung der genannten Zielgrößen gewonnen werden können. Hier erwiesen sich die Berichtsdaten als geeignete (ergänzende) Quelle zur Auffindung von statistischen Auffälligkeiten (z.B. unterschiedliche Häufigkeiten) hinsichtlich der Zielgrößen Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit im Kontext der richtliniengemäßen Umsetzung des Verfahrens. Soweit sich bei diesen Zielgrößen entsprechende Auffälligkeiten ergaben (und diese nicht allein durch kleine Fallzahlen hinreichend erklärt werden konnten) wurden diese, ebenso wie auffällige Ergebnisse aus den Befragungen in den Ergebnisworkshops vorgestellt und hinsichtlich möglicher Ursachen diskutiert.¹⁷

Die Auswertung der Datenquellen erfolgte unter Anlage der folgend dargestellten Kreuztabelle (vgl. Tabelle 6), in der die einzelnen Evaluationsdimensionen den jeweils geeigneten Datenquellen zugeordnet wurden.

Tabelle 6: Zuordnung von Evaluationsdimensionen zu den Datenquellen

Evaluationsdimension	Datenquellen				
	GS/QS ¹⁸	QS-Ärzte ¹⁹	Fachärzte ²⁰	Berichtsdaten	Routedaten (Arthroskopie)
Umsetzung des Verfahrens					
Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung	√			√	
Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen		√			
Einheitlichkeit der Maßnahmen	√			√	
Vergleichbarkeit der Ergebnisse	√	√	√	√	
Effektivität des Verfahrens					
Geeignetheit des Verfahrens zur Sicherstellung der Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards		√	√		
Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung	√	√	√		

¹⁷ Die detaillierte Operationalisierung ist den Anhängen zu diesem Bericht zu entnehmen.

¹⁸ Geschäftsstellen der Qualitätssicherungs-Kommissionen

¹⁹ QS-Kommissionsärzte

²⁰ Fachärzte der drei Leistungsbereiche Arthroskopie, Radiologie und Kernspintomographie

Geeignetheit des Prüfinstrumentes hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks	√	√	√		√
Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich des Qualitätsförderungszwecks	√	√	√		
Aufwand/Nutzen	√	√	√	(v)	(v)

Berichtsdaten

Die Berichtsdaten der KBV der Jahre 2010 bis 2017 wurden für die vier (Teil-)Leistungsbereiche getrennt aufbereitet und deskriptiv ausgewertet. Da die Daten auf Ebene der KVen erfasst und übermittelt werden, wurden die Daten jeder KV analysiert und, wenn möglich, auch zusammenfassend auf Bundesebene dargestellt. Ziel der Berichtsdatenanalyse waren vor allem die Beurteilung der Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Dafür wurden sowohl Häufigkeiten (zusammengefasst und) dargestellt sowie verglichen als auch allgemeine Entwicklungen der Ergebnisse veranschaulicht. Die Daten der Jahre 2008 und 2009 wurden nach intensiver Prüfung der Daten und im Hinblick auf das Auswertungsziel der Vergleichbarkeit aus den Analysen ausgeschlossen. Dies hatte folgende Gründe: Zum einen wurden die Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Arthroskopie in den Jahren 2008 und 2009 fakultativ auf regionaler Ebene durchgeführt, weshalb die Ergebnisse dieser Jahre nur bedingt mit den Ergebnissen der Jahre 2010 bis 2017 vergleichbar sind. Ebenso erfolgte für die Teilleistungsbereiche Computertomographie und konventionelle Röntgendiagnostik in den Jahren 2008 und 2009 eine gemeinsame Durchführung der Stichprobenprüfungen, weshalb auch diese Ergebnisse nicht mit den Ergebnissen der Folgejahre zu vergleichen sind.

Eine Zusammenfassung der Daten aller Leistungsbereiche erfolgte aufgrund einer fehlenden Vergleichbarkeit, z.B. durch die Aussetzung der Prüfverpflichtung in den (Teil-)Leistungsbereichen Kernspintomographie und Computertomographie, große Unterschiede in der Anzahl der geprüften Ärzte (aufgrund der unterschiedlichen „Größe“ der Leistungsbereiche) und unterschiedlicher Mindestprüfumfänge, nicht (vgl. Abschnitt 4.4.2).

Routinedaten

Für den Leistungsbereich Arthroskopie wurde die Berichtsdatenanalyse durch die Routinedatenauswertung ergänzt. Da die Auswertungsstrategie hier unter Anlage einer komplexen Spezifikation erfolgte, die ihrerseits die fragenspezifische Strategie abbildet, finden sich die diesbezüglichen Informationen im Sonderauswertungsteil dieser Evaluation in Abschnitt 3.1.2.

Befragungen

Im Zuge der Evaluation wurden drei unterschiedliche Akteursgruppen befragt. Jede Gruppe ist mit unterschiedlichen Aufgaben oder Rollen an diesem Verfahren beteiligt, weshalb jede Gruppe unterschiedliche, d.h. je spezifisch geeignete Fragen beantworten sollte. Befragt wurden:

- KVen bzw. Geschäftsstellen der QS-Kommissionen als verantwortliche Akteure für die Ausgestaltung und die organisatorische Umsetzung des Verfahrens (Interviews/persönlich)
- QS-Kommissionsärzte, die die Prüfung der Stichprobe bzw. der Dokumentationen der Fachärzte vornehmen (online/anonym)
- Fachärzte der hier adressierten Leistungsbereiche, die in den letzten beiden obligatorischen Prüfjahren einer Prüfung unterzogen wurden (online/anonym)

Es wurden in den Befragungen überwiegend wertende Aussagen über Sachverhalte formuliert, denen die Teilnehmer auf einer vierstufigen Antwortskala „Trifft voll und ganz zu“, „Trifft eher“, „Trifft eher nicht zu“ und „Trifft überhaupt nicht zu“ zustimmen konnte. Es wurde bewusst eine gerade (vierstufige), semantische und unipolar beschriftete Skala mit zwei Richtungen ohne Mitteldimension ausgewählt. Eine semantische Skalierung wurde gegenüber einer numerischen Skalierung bevorzugt, da diese allgemein als reliabler betrachtet wird (Franzen 2019: 849). Auf die Mitteldimension wurde bewusst verzichtet, um sogenannte „Fluchtkategorien“ (Porst 2011: 81) zu vermeiden und somit eher eindeutige Bewertungstendenzen zu erhalten. Die

unipolare Beschriftung der Skalen verbessert überdies die Möglichkeit, die je zwei Richtungsaussagen auch sprachlogisch korrekt in „zustimmende“ und „nicht zustimmende“ Antworten zusammenzufassen.

Ergänzend wurde in den Interviews eine vierstufige Häufigkeitsskala „(Fast) immer“, „Oft“, „Manchmal“ und „(Fast) nie“ verwendet. Darüber hinaus wurde bei jeder Aussage die Kategorie „Keine Beurteilung möglich“ angeboten, um unbegründete Urteile so weit wie möglich zu vermeiden.

Die Auswertung der Interviews mit den Geschäftsstellen der QS-Dimensionen erfolgte deskriptiv und beziehend auf die entsprechenden Evaluationsdimensionen (vgl. Tabelle 6). Aus den Antworten zu den überwiegend offenen Fragen wurden zunächst Antwortkategorien gebildet, die dann, wie auch die geschlossenen Fragen, als Häufigkeiten dargestellt wurden. In Anhang A.2 ist die gesamte Auswertung der Ergebnisse der Interviews zu finden.

Die Ergebnisse der Onlinebefragung der QS-Kommissionsärzte sowie der Fachärzte, die überwiegend aus geschlossenen Fragen bestand, wurden ebenfalls deskriptiv analysiert, wobei sowohl leistungsbereichsübergreifende als auch leistungsbereichsspezifische Auswertungen vorgenommen wurden. Die Ergebnisdarstellung erfolgte überwiegend tabellarisch sowie in graphischer Form. Die Rohdaten der Onlinebefragung der QS-Kommissionsärzte sind in Anhang B.2 und die der Fachärzte in Anhang C.2 zu finden.

Die Befragungsdaten aller teilnehmenden Kommissionsärzte wurden ungeachtet der laut Evaluationsplan abweichenden Anzahl der zu befragenden QS-Kommissionsärzte gleichberechtigt ausgewertet. Durch den teils sehr geringen Rücklauf war ohnehin keine Gewichtung der Ergebnisse möglich. Ein regionaler Bias ist somit faktisch vorhanden, aber ein solcher wäre letztlich auch anhängig für jene KVen, aus denen weniger als die 3 gewünschten Ärzte teilgenommen haben. Mit Blick auf den Gegenstand der Befragung ist dieser regionale Bias von geringerer Bedeutung, weil sich die Fragen überwiegend auf individuelle Erfahrungen mit der Umsetzung der gleichen, überregionalen Vorgaben (der Richtlinien) beziehen.

Durch die teils sehr geringe Rücklaufquote einzelner KVen bei der Befragung der Fachärzte (vgl. Tabelle 3: Anzahl ausgefüllter Fragebögen von Fachärzten) war ein regionaler Vergleich der Befragungsergebnisse nicht möglich.

Ergebnisworkshops

Gemäß des Ablaufschemas des Evaluationsplans (vgl. Abbildung 1) wurden die deskriptiv analysierten Ergebnisse für leistungsbereichsspezifische Workshops aufbereitet. Die schematische Übersicht zeigt, aus welchen Datenquellen welche Informationen sukzessive gewonnen wurden, wie die Ergebnisse zusammengetragen und in welchem Rahmen die Bewertungen vorgenommen wurden.

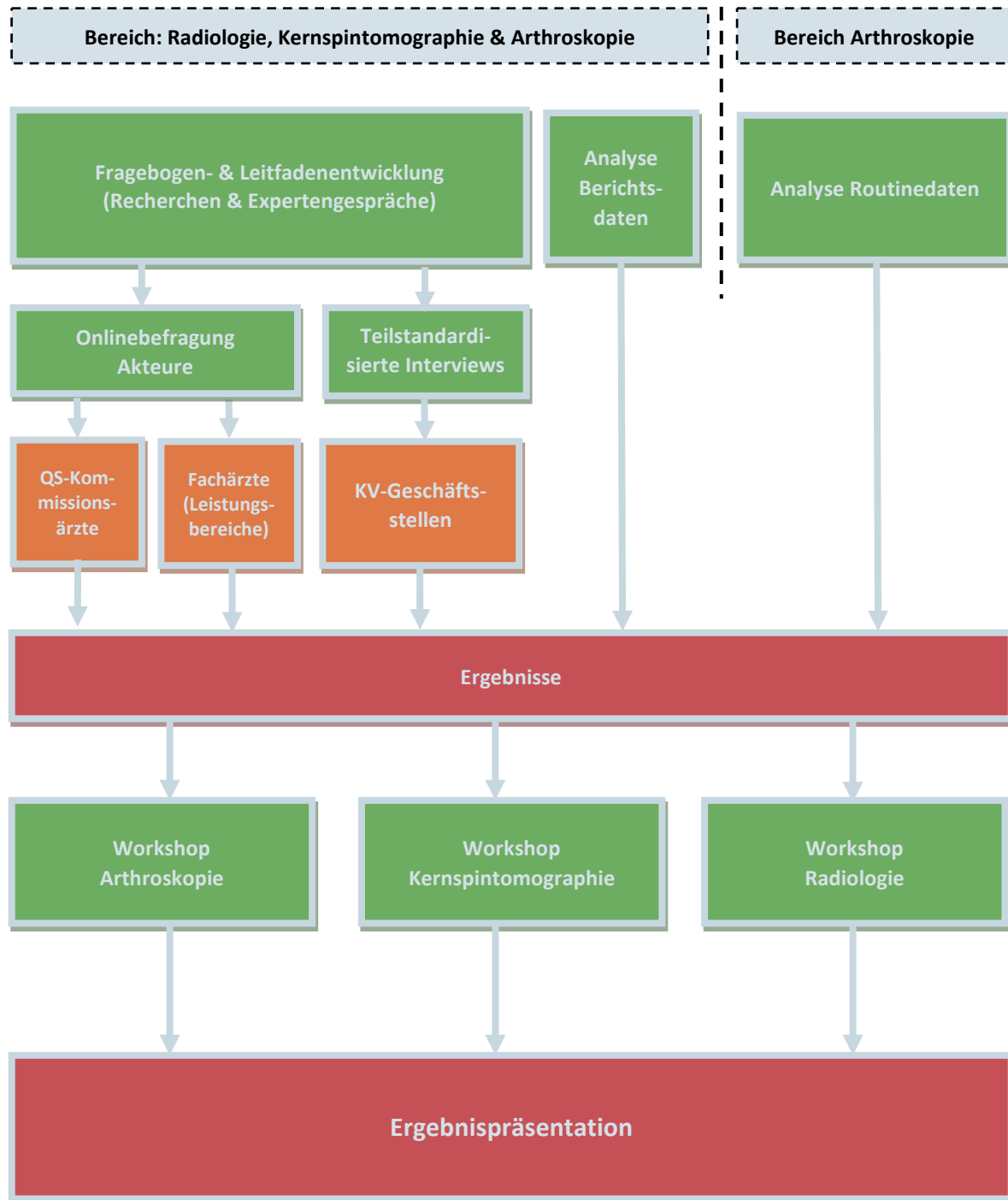


Abbildung 1: Ablauf des Evaluationsprozesses

In den Ergebnisworkshops hat das aQua-Institut ausdrücklich sowohl auf allgemeine als auch auf verfahrensspezifische Auffälligkeiten der Ergebnisse hingewiesen und die Workshopteilnehmer gebeten, diese Auffälligkeiten zu erläutern bzw. zu bewerten. Auf Grundlage dieses Prozesses basieren die zusammenfassenden Bewertungen des aQua-Instituts, die unter die vier allgemeinen Fragestellungen der Leistungsbeschreibung zum Evaluationsauftrag subsummiert wurden und die mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung abschließen.

3 Basisauswertung der Berichtsdaten

Im folgenden Kapitel werden die von den KVen im Zuge der Berichtspflicht der QP-RL übermittelten Daten zusammenfassend für die Jahre 2010 bis 2017 dargestellt und ausgewertet. Die Basisauswertung ist auftragsgemäß auf die obligatorisch zu prüfenden Leistungsbereiche Arthroskopie, Kernspintomographie und Radiologie (aufgeteilt in die Teilleistungsbereiche Konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie) beschränkt. Für den Leistungsbereich Arthroskopie werden zudem die Ergebnisse der Sonderauswertung der Routedaten vorgestellt und beschrieben.

Die Berichtsdatenanalyse erfolgte mit dem Ziel einer aggregierten Darstellung der Ergebnisse und damit der Entwicklung der Qualitätssicherungs- und fördermaßnahmen der Leistungsbereiche, um im späteren Verlauf auf Grundlage dieser Auswertungen Rückschlüsse auf die leitenden Fragestellungen ziehen zu können. Für die Auswertung wurden gezielt und beispielhaft Daten im Hinblick auf die dem Bericht zugrundeliegenden Fragestellungen analysiert. Eine detaillierte, reine Auswertung und Darstellung der Berichtsdaten ist in den jährlichen Berichten der KBV zu finden.

Folgende Datenquellen wurden im Rahmen der Berichtsdatenauswertung verwendet:

- Vorgaben der QP-RL
- Berichtsdaten der KVen
 - Umfang der Stichprobenprüfungen
 - Ergebnisse der Stichprobenprüfungen bzw. Anzahl der Beanstandungen
 - Maßnahmen zur Qualitätsförderung als Konsequenz der Stichprobenprüfungen
 - Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen
 - Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen
- Ergebnisse der Workshops
- Auswertungen und jährliche Qualitätsberichte der KBV
- Kommentierungen des G-BA der Qualitätsberichte

3.1 Leistungsbereich Arthroskopie

3.1.1 KV-Berichtsdaten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse für den Leistungsbereich Arthroskopie dargestellt.

Umfang der Stichprobenprüfungen

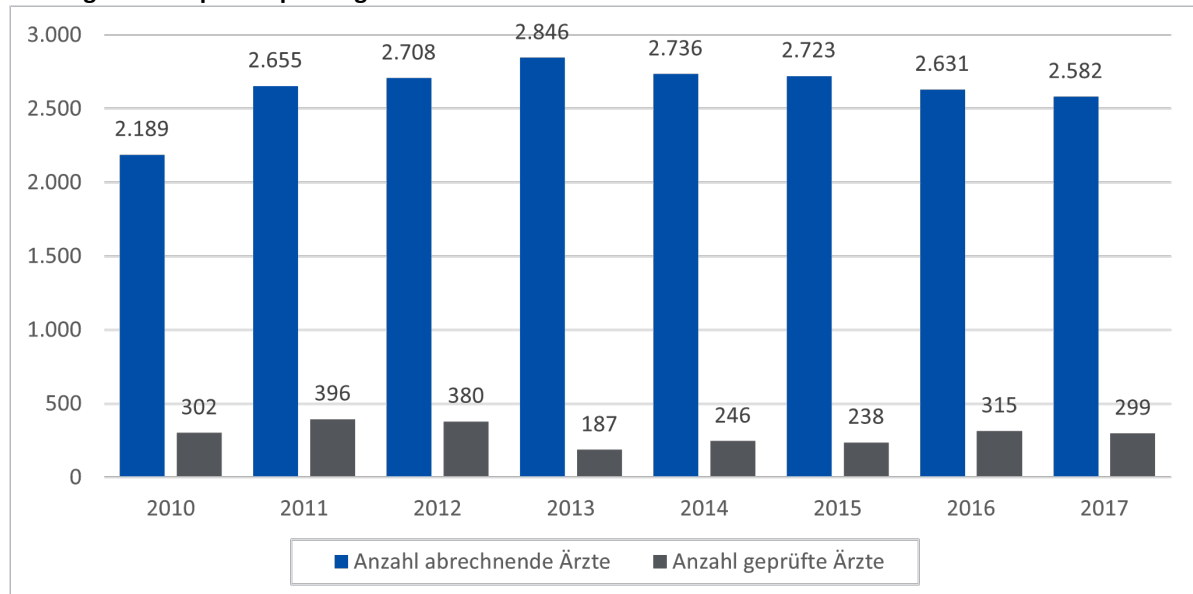


Abbildung 2: Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich Arthroskopie im Verhältnis zur Anzahl der abrechnenden Ärzte

Bundesweit wurden seit Inkrafttreten der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL) im Jahr 2010 jährlich zwischen 6,6 % (187 Ärzte im Jahr 2013) und 14,9 % (396 Ärzte im Jahr 2011) der abrechnenden Ärzte hinsichtlich der Qualität arthroskopischer Leistungen im Rahmen von Stichprobenprüfungen geprüft (vgl. Abbildung 2). In den Berichtsjahren 2008 und 2009 fand die Überprüfung fakultativ auf regionaler Ebene statt, weshalb die Ergebnisse der Prüfungen aus diesen beiden Jahren nur bedingt mit den Ergebnissen der anderen Jahre vergleichbar sind. Gemäß QP-RL sind jährlich 4 % der abrechnenden Ärzte eines Leistungsbereiches durch entsprechende Stichprobenprüfungen zu prüfen, im Leistungsbereich der Arthroskopie wurde der Mindestprüfumfang jedoch für die Jahre 2010 und 2011 laut QBA-RL auf 10 % erhöht. Von 2012 bis einschließlich 2015 wurde der Mindestprüfumfang auf die regulären 4 % gesenkt, für die Jahre 2016 und 2017 erneut auf 10 % angehoben. Welcher Anteil der abrechnenden Ärzte in den einzelnen KVen geprüft wurden, ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich Arthroskopie²¹

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	12,7%	14,7%	12,1%	6,7%	11,4%	10,4%	7,1%	10,8%
BY	19,7%	30,7%	21,8%	0,3%	7,0%	6,5%	12,4%	10,1%
BE	16,1%	5,4%	10,0%	10,1%	13,3%	13,3%	12,0%	13,6%
BB	19,5%	13,7%	17,0%	11,5%	11,1%	8,2%	12,1%	12,5%
HB	23,5%	54,5%	30,6%	20,0%	26,5%	33,3%	17,2%	11,8%

²¹ Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der geprüften Ärzte pro KV wurde in allen Leistungsbereichen verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
HH	10,5%	15,2%	7,7%	12,5%	9,3%	9,6%	14,3%	12,8%
HE	10,0%	---	10,1%	4,0%	4,5%	4,4%	10,8%	10,8%
MV	17,6%	5,7%	13,5%	16,1%	9,5%	7,9%	10,5%	10,0%
NI	---	13,6%	13,7%	4,2%	6,6%	6,9%	16,1%	10,2%
NO	9,7%	12,4%	13,5%	14,8%	9,5%	9,8%	12,5%	13,3%
RP	---	9,9%	4,7%	4,1%	7,5%	4,1%	9,8%	10,1%
SL	14,6%	11,9%	10,7%	9,8%	7,5%	8,9%	11,5%	15,6%
SN	---	11,5%	13,0%	6,3%	5,6%	6,2%	15,5%	16,5%
ST	18,4%	9,8%	7,9%	10,0%	4,7%	6,3%	10,4%	11,1%
SH	14,1%	6,3%	18,7%	8,5%	16,7%	12,8%	16,7%	16,9%
TH	---	15,1%	12,4%	13,3%	14,3%	17,6%	23,0%	18,5%
WL	5,9%	9,0%	9,9%	9,8%	9,2%	9,9%	9,8%	9,1%
Gesamtrate*	13,8%	14,9%	14,0%	6,6%	9,0%	8,7%	12,0%	11,6%
Anzahl geprüfte Ärzte**	302	396	380	187	246	238	315	299

* Bezogen auf alle KVen die geprüft haben

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

--- Keine Stichprobenprüfungen durchgeführt

Da aufgrund der Einführung der QBA-RL einige organisatorische Veränderungen auf die KVen zukamen, konnten im ersten Jahr nach Inkraftsetzung bei vier KVen keine Stichprobenprüfungen durchgeführt werden. Aus dem gleichen Grund führte auch die KV Hessen im Jahr 2011 keine Stichprobenprüfungen durch. Seit 2012 wurde der Mindestprüfumfang von 4 % bzw. 10 % von allen KVen eingehalten. Zwei deutliche Ausnahmen (KV Bayerns im Jahr 2013 und KV Baden-Württemberg im Jahr 2016) wurden von den betreffenden KVen mit hohen Prüfquoten in den Vorjahren begründet. Von einigen KVen (z.B. KV Bremen) wurde der Mindestprüfumfang deutlich übererfüllt, viele KVen prüften auch in den Jahren, in denen der Mindestprüfumfang bei 4 % lag, deutlich mehr Ärzte als vorgegeben.

Ergebnisse der Gesamtbewertungen

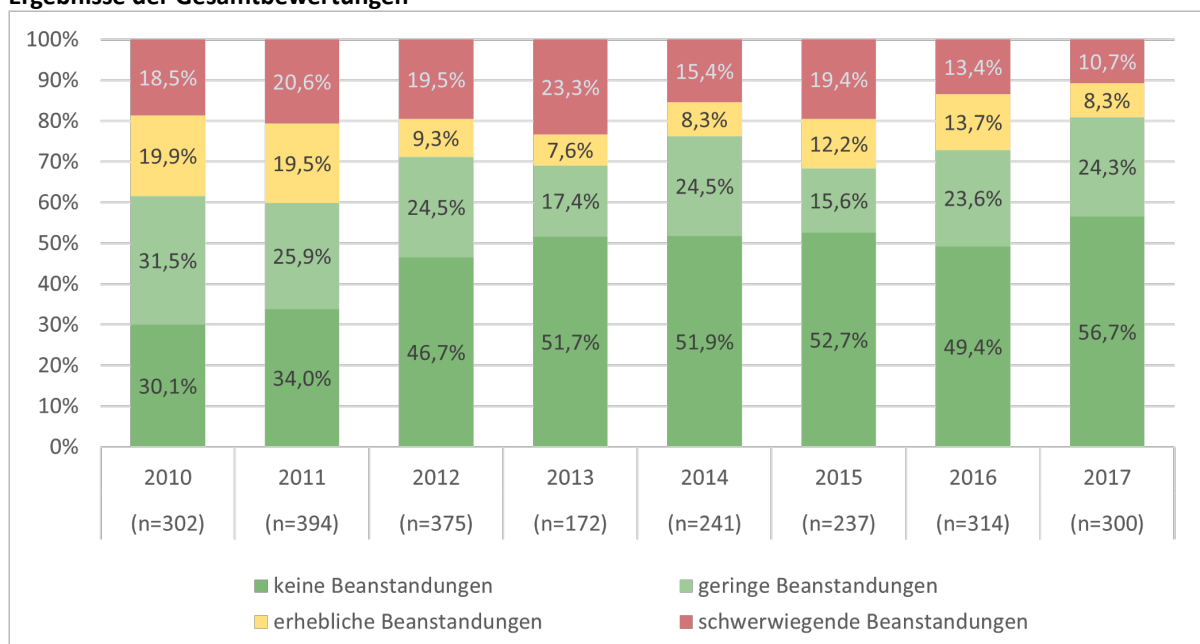


Abbildung 3: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Leistungsbereich Arthroskopie

Die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen sind Abbildung 3 dargestellt. Durchschnittlich wiesen ca. 30 % der geprüften Ärzte im Rahmen der Stichprobenprüfung erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen auf. Insgesamt ist für diese beiden Kategorien zusammengefasst ein leicht rückläufiger Trend (von 38,4 % im Jahr 2010 auf 19 % im Jahr 2017) und dementsprechend für die Kategorien „keine“ oder „geringe“ Beanstandungen ein leicht positiver, steigender Trend erkennbar. Mit 19 % zeigt das Berichtsjahr 2017 den vergleichsweise geringsten Anteil der erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen seit Einführung der QP-RL. Auf KV-Ebene verteilten sich die erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen wie folgt:

Tabelle 8: Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt pro Jahr im Leistungsbereich Arthroskopie²²

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt pro KV*
BW	64,6%	76,8%	72,9%	66,7%	43,2%	63,4%	59,3%	32,5%	60,7%
BY	45,9%	34,7%	16,0%	0,0%	7,1%	30,8%	24,3%	10,5%	27,2%
BE	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	21,1%	5,0%	5,7%
BB	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	28,6%	5,6%
HB	0,0%	44,4%	27,3%	28,6%	55,6%	30,0%	40,0%	25,0%	33,3%
HH	0,0%	50,0%	25,0%	20,0%	0,0%	20,0%	16,7%	40,0%	24,0%
HE	30,4%	---	39,1%	60,0%	80,0%	55,6%	37,5%	40,0%	42,9%
MV	33,3%	0,0%	40,0%	20,0%	25,0%	66,7%	33,3%	40,0%	33,3%
NI	---	33,3%	57,7%	0,0%	60,0%	6,7%	42,9%	22,7%	32,1%
NO	25,0%	27,6%	20,0%	26,3%	20,0%	23,1%	8,8%	11,1%	20,0%
RP	---	27,3%	0,0%	40,0%	11,1%	60,0%	0,0%	16,7%	17,7%
SL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	14,3%	4,1%
SN	---	41,7%	15,4%	14,3%	0,0%	28,6%	31,3%	12,5%	22,1%
ST	0,0%	0,0%	33,3%	25,0%	0,0%	33,3%	60,0%	40,0%	24,2%
SH	72,7%	40,0%	14,3%	0,0%	7,7%	0,0%	7,7%	0,0%	16,3%
TH	---	0,0%	33,3%	62,5%	7,7%	37,5%	42,9%	10,0%	28,4%
WL	83,3%	72,2%	35,0%	30,0%	22,2%	36,8%	11,1%	18,8%	36,9%
Jahres-durchschnitt	38,4%	40,1%	28,8%	30,8%	23,7%	31,6%	27,1%	19,0%	
Anzahl geprüfte Ärzte**²³	302	396	380	187	246	238	315	299	

--- keine Stichprobenprüfungen durchgeführt

* Es wurden nur diejenigen Jahre in den Durchschnitt einbezogenen, in denen Stichprobenprüfungen durchgeführt wurden.

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

Die graue Farbfüllung 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 beeinträchtigen.

Tabelle 8 zeigt ein heterogenes Bild bezüglich der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen als Ergebnis der Gesamtbewertung der Stichprobenprüfungen. Im Durchschnitt wiesen zwischen 4,1 % (KV Saarland) und 60,7 % (KV Baden-Württemberg) der geprüften Ärzte erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen auf. Im Jahr 2017 wies zum ersten Mal keine der KVEn erhebliche oder schwerwiegende

²² Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen wurde verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

²³ Leichte Zahlendifferenzen zu den Ergebnissen der Gesamtbewertungen können sich in allen Leistungsbereichen durch Prüfungen ergeben, die über das Kalenderjahr hinausgehen.

Beanstandungen über 50 % auf, das Maximum lag in diesem Berichtsjahr bei 40 % (KV Hamburg, KV Hessen, KV Mecklenburg-Vorpommern und KV Sachsen-Anhalt).

Wie bereits im Bericht der KBV aus dem Jahr 2014 beschrieben, kann die große Spannweite der erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen zwischen den KVen zum Teil auf regionale Gegebenheiten zurückzuführen sein (KBV 2014). Da die große Spannweite schon in den ersten Berichtsjahren zu erkennen war, wurde von der KBV und den KVen ein Bewertungsschema für den Leistungsbereich der Arthroskopie entwickelt, das die einheitliche Umsetzung der QBA-RL fördern soll. Dieses Bewertungsschema wurde bereits eingesetzt und gilt seit dem Jahr 2020 laut neuer QP-RL verpflichtend für alle KVen.

Die Heterogenität der Ergebnisse lässt sich ferner auf teilweise sehr kleine Fallzahlen zurückführen. Wie in Tabelle 8 zu sehen, war die Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte nur in wenigen (grau unterlegten) KVen größer als 20. Aus diesem Grund kann es zu unterschiedlichen Ergebnissen zwischen den KVen kommen, die aufgrund der geringen Repräsentativität der Stichprobe nicht unbedingt Rückschlüsse auf die Qualität der ärztlichen Versorgung im Leistungsbereich Arthroskopie erlauben (KBV 2014).

Generell lässt sich im Vergleich der KVen kein eindeutig positiver oder negativer Trend bezüglich der erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen erkennen. Während einige KVen im zeitlichen Verlauf eine sinkende Rate erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen aufwiesen, stieg diese in anderen KVen im zeitlichen Verlauf an. Die KV Brandenburg und die KV Saarland wiesen mit jeweils 6 Jahren die meisten Jahre ohne erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen im Rahmen der Stichprobenprüfungen auf.

Die beschriebenen Ergebnisse wurden im Rahmen des Ergebnisworkshops Arthroskopie präsentiert und zur Diskussion gestellt. Bezüglich der sehr heterogenen Ergebnisse zwischen den KVen merkten die Workshopteilnehmer an, dass die Bewertungen letztlich individuell erfolgen und deswegen auch nicht unabhängig vom prüfenden Arzt bzw. der prüfenden Kommission zu sehen sind. Dadurch ließe sich die Streuung der Ergebnisse erklären. Eine unterschiedliche Bewertungspraxis einzelner QS-Kommissionen wurde auch vom G-BA sowohl im Leistungsbereich Arthroskopie als auch in den anderen Leistungsbereichen als ursächlich für die Heterogenität der Ergebnisse gesehen (G-BA 2015).

Zu dem hohen Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen erklärten die Teilnehmer, dass aufgrund der Bewertungsvorgaben oft bereits kleineren und wenig patientenrelevanten Versäumnissen erhebliche oder schwerwiegende Mängel attestiert werden müssen (z.B. fehlende Patienten-ID), was den hohen Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen in diesem Leistungsbereich erklären könnte.

Insgesamt sehen die Teilnehmer des Ergebnisworkshops die Entwicklung der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen positiv. Nach Aussage der Teilnehmer hat das Prüfinstrumentarium als lernendes System zu einer Glättung der Ergebnisse über die KVen hinweg beigetragen. Durch Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Einheitlichkeit (Bewertungsgrundlagen wurden angepasst) und eine Verbesserung der Informationsweitergabe an die Ärzte bezüglich der einzureichenden Unterlagen würden in den Prüfungen nun bessere Ergebnisse erzielt.

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

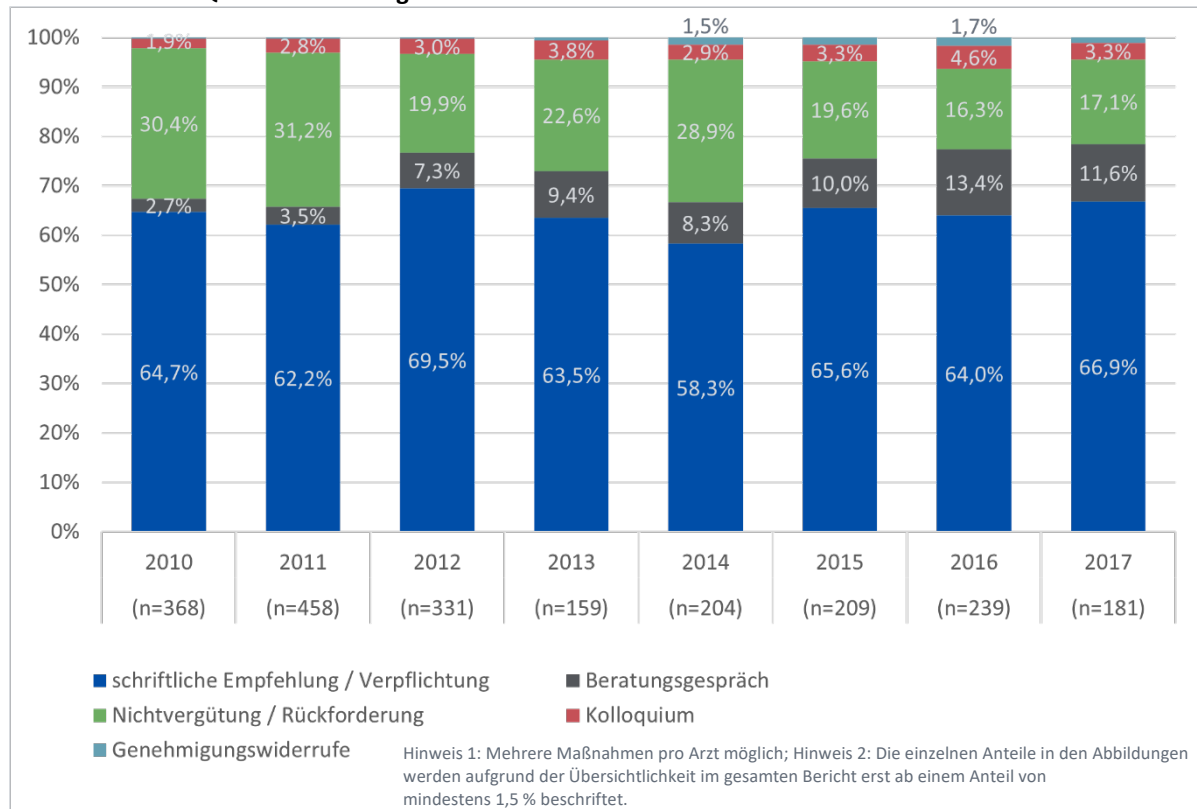


Abbildung 4: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen zur Qualitätsförderung im Leistungsbereich Arthroskopie

In Abhängigkeit der Ergebnisse der Stichprobenprüfungen wird in der QP-RL eine Auswahl an abgestuften Maßnahmen aufgeführt, die zur Förderung der Qualität der geprüften Ärzte eingesetzt werden können. Die Auswahl der geeigneten Maßnahme wird hierbei von der QS-Kommission bestimmt und kann auf Fallbesonderheiten Einfluss nehmen. Die häufigste Maßnahme, die im Leistungsbereich Arthroskopie genutzt wurde, ist die schriftliche Empfehlung / Verpflichtung. Durchschnittlich hatte diese Maßnahme einen Anteil von 64,3 % an allen in diesem Leistungsbereich durchgeführten Maßnahmen. Dies lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass schriftliche Empfehlungen / Verpflichtungen sowohl bei geringen als auch bei erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen als Maßnahme der Qualitätsförderung genutzt werden. Zudem, das bestätigten auch die Teilnehmer des Ergebnisworkshops, würde in den Berichtsdaten nicht zwischen einer schriftlichen Empfehlung und einer schriftlichen Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel unterschieden, obwohl zwischen diesen ein (großer) Unterschied bestehe, da die schriftliche Verpflichtung eine Maßnahme für Prüfungen mit mindestens erheblichen Mängeln darstelle.

Praxisbegehungen allerdings, die laut QP-RL bei Ärzten mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen durchgeführt werden können, wurden im Leistungsbereich der Arthroskopie in den betrachteten Jahren von keiner der KVen als Maßnahme zur Qualitätsförderung genutzt. Kolloquien und Genehmigungswiderrufe wurden nur sehr selten als Maßnahme zur Qualitätsförderung angewendet, 7 bzw. 11 KVen nutzten auch diese Maßnahmen gar nicht. So wurden bundesweit jährlich durchschnittlich ca. 8 Kolloquien durchgeführt, von denen im Durchschnitt über 80 % bestanden wurden. Die meisten Genehmigungswiderrufe gab es im Jahr 2016 (4 Genehmigungswiderrufe), in allen anderen Berichtsjahren lag die Anzahl der Genehmigungswiderrufe zwischen 1 und 3.

Hinsichtlich der nicht in Anspruch genommenen Maßnahme der Praxisbegehung betonten die Teilnehmer des Ergebnisworkshops, dass diese Maßnahme von den geprüften Praxen weniger als Qualitätsförderung, sondern als Maßnahme des Misstrauens gesehen werde. Weiterhin wurde angemerkt, dass es bei der

Stichprobenprüfung nicht um die praktischen Abläufe, sondern um die Dokumentation des Prozesses gehe und eine Praxisbegehung aus diesem Grund nicht angemessen sei. Hinzu komme, dass aufgezeigte, auch erhebliche oder schwerwiegende Mängel in den Dokumentationsprüfungen häufig nicht patientengefährdend seien und in einem schriftlichen Bescheid alle Mängel hinreichend adressiert werden können, sodass keine Praxisbegehung notwendig sei. Die Maßnahme bedeute zudem einen (unangemessen) hohen Verwaltungs- und Zeitaufwand, da es Widerspruchsverfahren begünstige, und das Verfahren auf ehrenamtlicher Arbeit der QS-Kommissionsärzte basiere, für die bei einer Praxisbegehung entsprechender Mehraufwand anfalle.

Wie in der Abbildung 4 zu sehen, wurden bis zum Berichtsjahr 2012 insgesamt deutlich mehr Maßnahmen zur Qualitätsförderung durchgeführt. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass der Mindestprüfumfang in den Jahren 2010 und 2011 bei 10 % lag und somit eine größere Anzahl von Ärzten geprüft wurde als in den darauffolgenden Jahren. Allerdings mussten in den Berichtsjahren 2016 und 2017 ebenfalls mindestens 10 % der abrechnenden Ärzte geprüft werden, die Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind in diesen Jahren jedoch im Vergleich zu den Vorjahren nicht maßgeblich angestiegen.

Von den Workshopteilnehmern wurde in Bezug auf die Maßnahmen zur Qualitätsförderung außerdem angemerkt, dass persönliche Gespräche zwischen geprüftem Facharzt und der QS-Kommission sehr oft stattfinden und als sehr effektive Maßnahme der Qualitätsförderung angesehen werden, die Berichtsdaten dies allerdings nicht erfassen. Das sei auch ein Grund für die teils geringe Anzahl an Kolloquien in den KVEn, da direkte und persönliche Gespräche dem formalen Kolloquium vorgezogen würden, das seinerseits nur vereinzelt bei sehr schwerwiegenden Beanstandungen genutzt werde.

Kriterienbezogene Prüfungen

Im Leistungsbereich Arthroskopie wurden außerdem kriterienbezogene Prüfungen entsprechend den Vorgaben der QP-RL durchgeführt. Diese Prüfungen wurden aus zwei Gründen durchgeführt: Zum einen wurden Ärzte erneut geprüft, bei denen im Rahmen der zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden. Zum anderen wurden auch die Ärzte im Rahmen einer kriterienbezogenen Prüfung geprüft, bei denen zwischen der Bestätigung der fachlichen Qualifikation und der Erteilung einer Genehmigung ein Zeitraum von mindestens zwei Jahren lag (nur im Jahr 2011). Nach einem Maximum im Jahr 2013 mit insgesamt 76 kriterienbezogenen Prüfungen lässt sich hinsichtlich der Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen ein leicht rückläufiger Trend mit einem Minimum von 40 kriterienbezogenen Prüfungen im Jahr 2017 erkennen.

Tabelle 9: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Leistungsbereich Arthroskopie

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	4	2	1	20	10	5	11	12
BY	31	39	20	24	20	15	4	---
BE	---	---	---	---	1	1	---	---
BB	---	---	---	---	---	---	---	---
HB	---	---	---	---	---	---	1	---
HH	---	---	2	---	---	1	---	1
HE	---	---	---	---	3	8	7	4
MV	3	1	---	---	2	2	3	1
NI	---	---	4	15	---	---	2	3
NO	---	---	---	---	12	14	6	5
RP	---	---	2	2	---	1	1	1
SL	---	---	---	---	---	1	1	---
SN	---	---	2	3	1	---	2	3

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ST	---	---	---	---	2	---	1	5
SH	3	8	2	6	---	2	---	1
TH	---	---	---	---	1	---	---	---
WL	---	---	12	6	3	5	4	4
gesamt	41	50	45	76	55	55	43	40

--- keine kriterienbezogenen Prüfungen durchgeführt

Im Vergleich der KVen hinsichtlich der kriterienbezogenen Prüfungen zeigt sich, dass einige KVen nur sehr selten entsprechende Prüfungen durchführen, andere hingegen vergleichsweise viele. Auf Ebene der einzelnen KVen variiert die Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen über die Berichtsjahre teils sehr deutlich. Mit Ausnahme von der KV Brandenburg haben alle KVen im Leistungsbereich Arthroskopie kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt, wobei die absoluten Zahlen in den einzelnen KVen teils sehr gering sind. So führten die KV Bremen und die KV Thüringen jeweils lediglich eine kriterienbezogene Prüfung in den Berichtsjahren von 2010 bis 2017 durch, die KV Berlin und die KV Saarland kamen auf jeweils 2 kriterienbezogene Prüfungen im Berichtszeitraum. Mit durchschnittlich 19 Prüfungen jährlich führte die KV Bayerns die zahlenmäßig meisten kriterienbezogenen Prüfungen durch.

Eine Problematik bei der Auswertung der Daten zu den kriterienbezogenen Prüfungen besteht darin, dass aus den Berichtsdaten nicht ersichtlich wird, welche Ärzte (mit welchen Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen) im Rahmen einer kriterienbezogenen Prüfung (erneut) geprüft wurden und bei welchen Ärzten dies nicht notwendig war. Für das Jahr 2010 wurde beispielsweise von allen KVen als Grund für die kriterienbezogenen Prüfungen angegeben, dass diejenigen Ärzte erneut geprüft wurden, bei denen im Rahmen der Stichprobenprüfung erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden. Während z.B. in der KV Baden-Württemberg in den Stichprobenprüfungen bei insgesamt 31 Ärzten erhebliche (5 Ärzte) oder schwerwiegende (26 Ärzte) Beanstandungen festgestellt wurden, wurden in diesem Jahr laut Berichtsdaten nur insgesamt 4 kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt. Dies zeigt sich in vielen KVen und Berichtsjahren auf die gleiche Weise. Zum Teil wurden beispielsweise trotz schwerwiegender Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen einzelner KVen überhaupt keine kriterienbezogenen Prüfungen durchgeführt. Ein anderer beispielhafter Fall der KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2017 führt ebenso zu Unstimmigkeiten der Daten. So wurden in der KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2017 bei 2 Ärzten (erhebliche oder) schwerwiegende Mängel festgestellt, in diesem Jahr berichtete die KV allerdings von insgesamt 5 kriterienbezogenen Prüfungen, die aufgrund erheblicher oder schwerwiegender Mängel in den Stichprobenprüfungen durchgeführt wurden. Auch dieser Fall tauchte in weiteren KVen und Berichtsjahren auf.

Im Rahmen des Ergebnisworkshops wurde die beschriebene Diskrepanz zwischen der Anzahl der tatsächlich durchgeführten kriterienbezogenen Prüfungen und der Anzahl der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen angesprochen und diskutiert, jedoch konnten die dargestellten Verhältnisse nicht nachvollzogen werden, da kriterienbezogene Prüfungen nach Auskunft der Teilnehmer grundsätzlich bei erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen durchgeführt werden. Als mögliche Gründe für das Nichtstattfinden von kriterienbezogenen Prüfungen im Einzelfall wurden genannt, dass während des Prüfprozesses die Vertragsarztstätigkeit beendet wurde oder arthroskopische Leistungen nicht mehr abgerechnet wurden. Ebenso könnte die Diskrepanz dadurch zu erklären sein, dass im Bereich der kriterienbezogenen Prüfungen bei relevanten Beanstandungen oftmals komplexe, auch rechtliche, Verfahren in Gang gesetzt werden. Legen Ärzte z.B. einen Widerspruch bei der KV ein, wird dieser in einem zuständigen Gremium beraten. Sollte es zu keiner Klärung kommen, besteht für Ärzte die Möglichkeit einer Klage vor dem Sozialgericht. Da dieser Prozess eine aufschiebende Wirkung hat, können die Ergebnisse nicht 1:1 das Prüfgeschehen in den KVen abbilden. Im Falle eines laufenden Widerspruchsverfahrens könnte von der Durchführung einer kriterienbezogenen Prüfung abgesehen worden sein. Hinzu kommt, dass sich der Bericht der KVen am Kalenderjahr orientiert. Kriterienbezogene Prüfungen können sich jedoch über ein Kalenderjahr hinaus erstrecken und werden deshalb erst im folgenden Jahr berichtet. Auch dies kann zu der beschriebenen Diskrepanz beitragen.

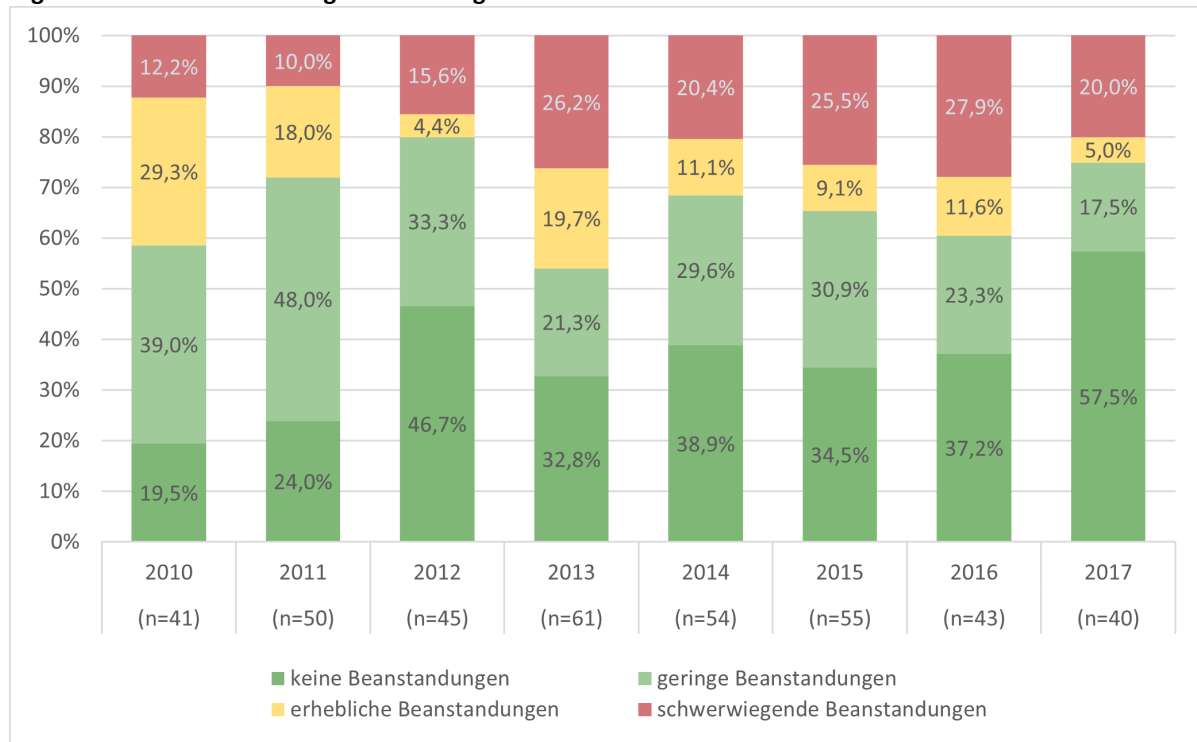
Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen

Abbildung 5: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich Arthroskopie

Durchschnittlich zeigten 66,8 % der geprüften Ärzte im Rahmen der kriterienbezogenen Prüfungen keine oder nur geringe Beanstandungen. Dennoch lag der Anteil der Ärzte, die (weiterhin) erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen aufwiesen in den Jahren 2010 und 2013 bei über 40 %, auch im Jahr 2016 wiesen weiterhin 17 von 43 geprüften Ärzten (39,5 %) erhebliche oder schwerwiegende Mängel auf. Welche Konsequenzen die kriterienbezogenen Prüfungen insbesondere für die Ärzte haben, deren Leistungen (weiterhin) erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen zeigen, geht aus den Berichtsdaten nicht hervor.

3.1.2 Sonderauswertung Routinedaten

Für den Bereich der Knie-Arthroskopie soll im Rahmen des Auftrags geprüft werden, ob sich im Hinblick auf Indikatoren, die in dem vom G-BA im Jahr 2016 abgenommenen Abschlussbericht „Arthroskopie am Kniegelenk – Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen“ (ASK-R) (AQUA (2016) beschrieben sind, Auswirkungen der Einführung der QP-RL zeigen lassen. Es sollen dabei die auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen basierenden Indikatoren genutzt werden. Basierend auf den Daten der BARMER sind dabei folgende Fragestellungen zu untersuchen:

- Gibt es Veränderungen der Ergebnisse/Outcomes vor und nach Richtlinieneinführung im Jahr 2010 sowie im zeitlichen Verlauf? (vgl. Abschnitt 3.1.2.2)
- Ist eine Korrelation zwischen den Ergebnissen der Berichte (z.B. hinsichtlich der Beanstandungsquoten) und den Ergebnissen der Routinedaten im zeitlichen Verlauf sowie im regionalen Vergleich zu beobachten? (vgl. Abschnitt 3.1.2.3)
- Sind Qualitätspotenziale im Bereich der Knie-Arthroskopie vorhanden? (vgl. Abschnitt 3.1.2.4)

Grundlage der Auswertungen sind die im Bericht ASK-R aufgeführten OPS-Schlüssel zu Zieleingriffen, die als Einschlusskriterien der Indikatoren dienen. Diese OPS-Schlüssel beziehen sich laut Bericht auf die im Jahr 2016 gültigen Klassifizierungen. Um Veränderungen der Kodierung über die Zeit zu berücksichtigen, wurden die Kodierungen gemäß den sogenannten Überleitungstabellen der OPS-Klassifikation des DIMDI für die im Rahmen der Auswertungen betrachteten Jahre ergänzt. Folgende Eingriffe werden im Verfahren eingeschlossen:

- Arthroskopische Biopsie am Kniegelenk
- Diagnostische Knie-Arthroskopie
- Arthroskopische Gelenkrevision
- Arthroskopische Operation an der Synovialis
- Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
- Andere arthroskopische Operationen
- Primäre Kreuzbandplastik

Die Datensätze der Versicherten, bei denen in den untersuchten Jahren mindestens einer der genannten Eingriffe durchgeführt wurde, wurden um weitere Daten ergänzt, die gemäß Bericht ASK-R für die Überprüfung weiterer Kriterien zu Indikatoren, potenziellen Risikofaktoren sowie Ereignissen im Sinne des Zählers der Indikatoren benötigt wurden.

Bei ersten Auswertungen der Daten zeigte sich, dass das Vorhandensein einer Seitenlokalisierung des OPS-Schlüssels erst ab dem Jahr 2011 hinreichend dokumentiert wird (vgl. Abbildung 6). Da acht von zehn Indikatoren einen Zusammenhang zwischen dem im Nenner des Indikators aufgeführten Eingriff und dem im Zähler untersuchten Ereignis auch über die Seitenangabe herstellen, ist eine Analyse erst ab dem Jahr 2011 sinnvoll.

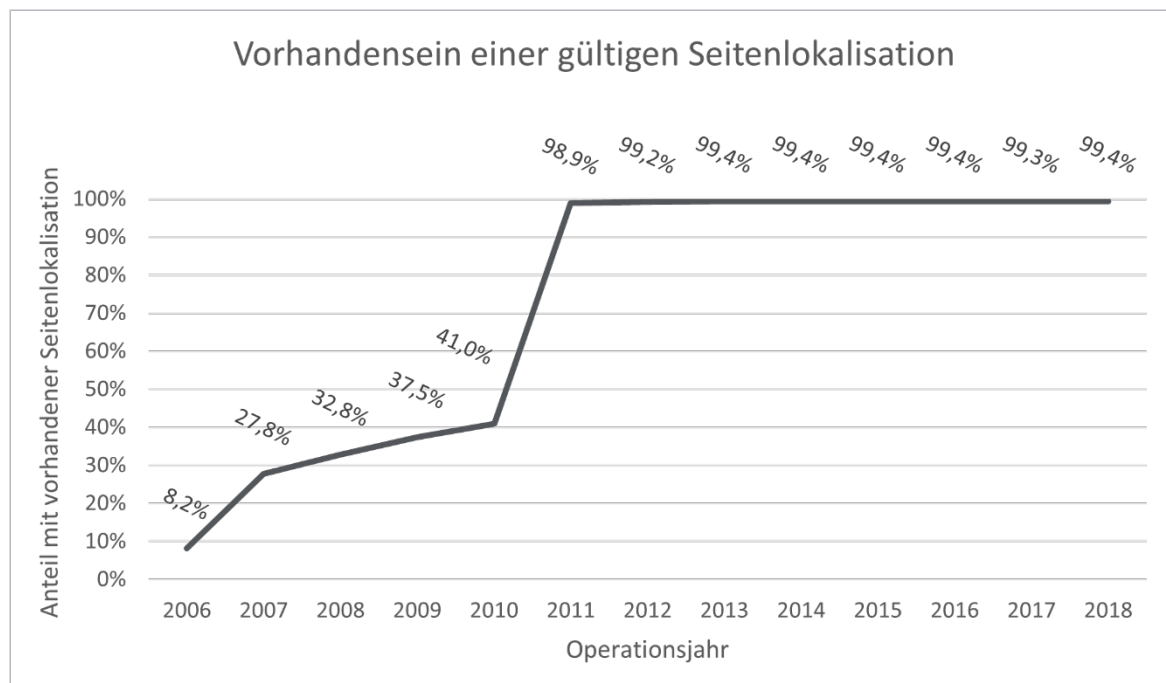


Abbildung 6: Vorhandensein einer Seitenlokalisationskennzeichnung bei Knie-Arthroskopen

3.1.2.1 Beschreibung der Untersuchungspopulation

Im ersten Schritt ist für die Jahre 2011 bis 2018 ermittelt worden, wie sich die Anzahl der durchgeführten Knie-Arthroskopen über alle Sektoren und Jahre hinweg entwickelt hat²⁴. Es zeigt sich, dass die Gesamtzahl der Eingriffe über die Zeit deutlich sinkt (vgl. Abbildung 7): So sind im Jahr 2011 noch 7,65 Eingriffe je 1.000 Versicherte (KM-6 2018) durchgeführt worden, 2018 hingegen nur noch 5,58 Eingriffe je 1.000 Versicherte, was einer Reduktion von etwa 27 % entspricht. Die Reduktion zeigt sich in ähnlichem Umfang über alle beteiligten Sektoren (vertrags-/belegärztlich: -25 %; ambulant im KH: -26 %; stationär: -30 %).

²⁴ Weitere Darstellungen nach einzelnen KV-Regionen finden sich im Anhang E.

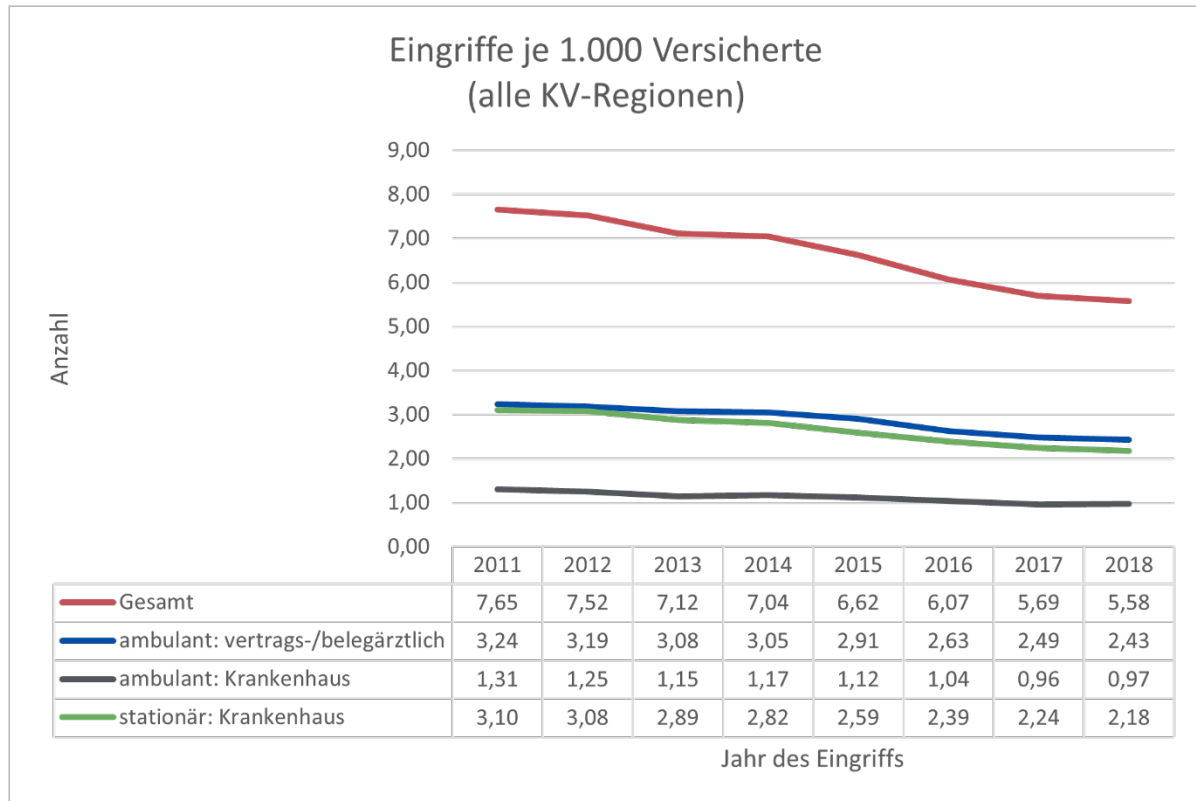


Abbildung 7: Knie-Arthroscopien nach Leistungserbringer von 2011 bis 2018 (KM-6 2018)

Operationalisierung der Indikatoren

Als Grundlage für die weitere Beurteilung dienten die zuvor entwickelten zehn Indikatoren des ASK-R, welche sich mit Routinedaten operationalisieren lassen. Die für die Auswertung herangezogenen Indikatoren sind:

- Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroscopie (QI-ID: 03_a)
- Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroscopie (QI-ID: 06)
- Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroscopie (QI-ID: 08_b)
- Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroscopie (QI-ID: 09_a)
- Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroscopie (QI-ID: 12b)
- Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik (QI-ID: 29)
- Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik (QI-ID: 04_A)
- Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Kreuzbandplastik/-eingriff (QI-ID: 10_b)
- Resektion von Bandanteilen/-resten oder diagnostische Arthroscopie innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik (QI-ID: 30_a)
- Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff (QI-ID: 14_A)

Die Operationalisierung der Indikatoren erfolgte gemäß dem ASK-R²⁵. Um Verzerrungen einzelner Ergebnisse aufgrund von Ein- und Austritten von Versicherten zu vermeiden, sind nur solche Versicherten berücksichtigt worden, die in allen Quartalen des jeweiligen Betrachtungsjahres mindestens einen Tag bei der BARMER versichert waren. Auch sind nur solche Personen berücksichtigt worden, deren Versicherungszeiten in entsprechender Form auch den vollständigen Beobachtungszeitraum sowohl vor als auch nach der Operation abdeckten. Dies führte in folgenden Fällen zum Ausschluss des Patienten:

²⁵ Einzelbetrachtungen der Indikatoren mit Definition des Nenners, Zählers sowie der Ausschlusskriterien finden sich im Anhang E.

- Keine vollständigen Versicherungszeiten im risikoadjustierungsrelevanten Zeitraum vor der Operation vorhanden (diagnosebasierte Risikofaktoren: 1 Jahr; OPS-basierte Risikofaktoren 6 Monate, insgesamt etwa 1,78 % der Eingriffe)
- Keine vollständigen Versicherungszeiten im Nachbeobachtungszeitraum des Indikators (14 Tage bis maximal 1 Jahr, je nach Indikator, insgesamt etwa 0,77% der Eingriffe)

Aufgrund der bei Knie-Arthroskopien zu erwartenden geringen Fallzahlen hinsichtlich einzelner Indikatoren – es handelt sich insgesamt um eine risikoarme Operation – ist im ASK-R auch die Bildung eines Indikator-übergreifenden Qualitätsindex vorgesehen. Die Auffälligkeiten der einzelnen Indikatoren werden hierbei zu einer Maßzahl zusammengefasst. Es wird der Quotient aus den beobachteten (observed = O) zu den erwarteten (expected = E) Ereignissen gebildet (beispielhafte Darstellung in Tabelle 10). Die Schätzung der erwarteten Ereignisse wird dabei mit Hilfe von Regressionsmodellen errechnet, was den unterschiedlichen Risiken der Patienten bezüglich vorhandener Vorerkrankungen und Voroperationen im Sinne einer Risikoadjustierung Rechnung trägt. Die Risikoadjustierung ist dabei nach den Modellen aus dem ASK-R nachvollzogen worden. Zwei nicht-risikoadjustierte Indikatoren gehen in den übergreifenden Qualitätsindex mit ihrem Gesamtmittelwert als Erwartungswert in die Berechnung ein, um die gleiche Metrik wie bei adjustierten Indikatoren zu verwenden.

Tabelle 10: Methodik zur Bildung des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie

Indikator	Fall	O-Wert	E-Wert	O/E
Indikator 1	Fall 1	0	0,20	
	Fall 2	0	0,15	
	Fall 3	0	0,21	
	Fall 4	0	0,03	
	Fall 5	1	0,07	
Indikator 2	Fall 1	0	0,01	
	Fall 2	0	0,02	
	Fall 4	0	0,05	
	Fall 7	0	0,10	
	Fall 8	1	0,02	
	Fall 9	0	0,04	
	Fall 10	1	0,06	
Vorläufiger Qualitätsindex	Summe O-Werte/Summe E-Werte	3	0,96	3 : 0,96 = 3,13

Für die Risikoadjustierung werden Diagnosen aus dem Jahr vor der Indexarthroskopie und bei einigen Indikatoren auch eventuell vorhandene Voroperationen innerhalb eines halben Jahres vor der Indexarthroskopie genutzt. Dabei werden die Diagnosen unter folgenden Bedingungen berücksichtigt:

- Vertragsärztlich: Gesicherte Diagnose in mindestens zwei Quartalen vor der Indexarthroskopie
- Ambulante Operation im Krankenhaus: Berücksichtigung der Behandlungsdiagnosen im Rechnungssegment
- Stationäre Krankenhausdiagnosen: Haupt- oder Nebendiagnosen im Entlass-Segment

Weiterhin werden bei den Indikatoren das Alter (zum Zeitpunkt des Eingriffs) sowie das Geschlecht einbezogen. Im Falle des Indikators mit der QI-ID 12b ist weiterhin berücksichtigt worden, ob der Patient innerhalb eines halben Jahres vor der Knie-Arthroskopie einen stationären Krankenhausaufenthalt hatte. Die Operationalisierung der Risikofaktoren ist im Bericht ASK-R detailliert beschrieben.

Die Modellierung der Risikoadjustierungsmodelle wurde mit Daten einer zufällig gewählten Stichprobe von Eingriffen aus den Jahren 2012 bis 2017 durchgeführt. Dabei wurden zur Validierung die Daten zu Eingriffen verwendet, die im Umfang etwa der Zahl der Eingriffe innerhalb eines Jahres (16,7 %) entsprechen.

Zu den weiteren Auswertungen sind ausschließlich Ergebnisse zu solchen Fällen dargestellt, die vertrags- oder belegärztlich durchgeführte Arthroskopien abbilden, da nur diese im Geltungsbereich der QP-RL liegen. Weiterhin beziehen sich die Ergebnisse auf alle Knie-Arthroskopien, die im Nenner mindestens eines Indikators gezählt werden. Da die Indikatoren zwischen Eingriffen bei primär degenerativen Erkrankungen und Kreuzbandeingriffen unterscheiden, sind diese zwei Eingriffsarten zumeist getrennt betrachtet worden. Die Zuordnung erfolgte dabei anhand der OPS-Schlüssel, die im Indikator definiert sind. In geringem Maße (etwa 0,1 % der Eingriffe) war keine eindeutige Zuordnung möglich, da die Daten zum Eingriff sowohl OPS-Kodes im Sinne eines Kreuzbandeingriffs als auch eines Eingriffs bei primär degenerativen Erkrankungen aufwiesen. Diese Fälle wurden ausgeschlossen.

Vertrags-/belegärztliche Knie-Arthroskopien

In Abbildung 8 sind die vertrags-/belegärztlich durchgeführten Knie-Arthroskopien je 1.000 Versicherte (KM-6 2018) dargestellt²⁶. Es zeigt sich ein Rückgang der Eingriffe im vertrags-/belegärztlichen Bereich analog zu der Gesamtdarstellung in Abbildung 7. Im Wesentlichen sind die Eingriffe bei primär degenerativen Erkrankungen rückläufig (von 2,98 Eingriffen je 1.000 Versicherte im Jahr 2012 auf 2,11 Eingriffe im Jahr 2018), während die Anzahl der Kreuzbandeingriffe nahezu unverändert bleibt (bei etwa 0,22 Eingriffen je 1.000 Versicherte). Der Rückgang der Eingriffe bei den primär degenerativen Erkrankungen liegt bei ca. 29 %.

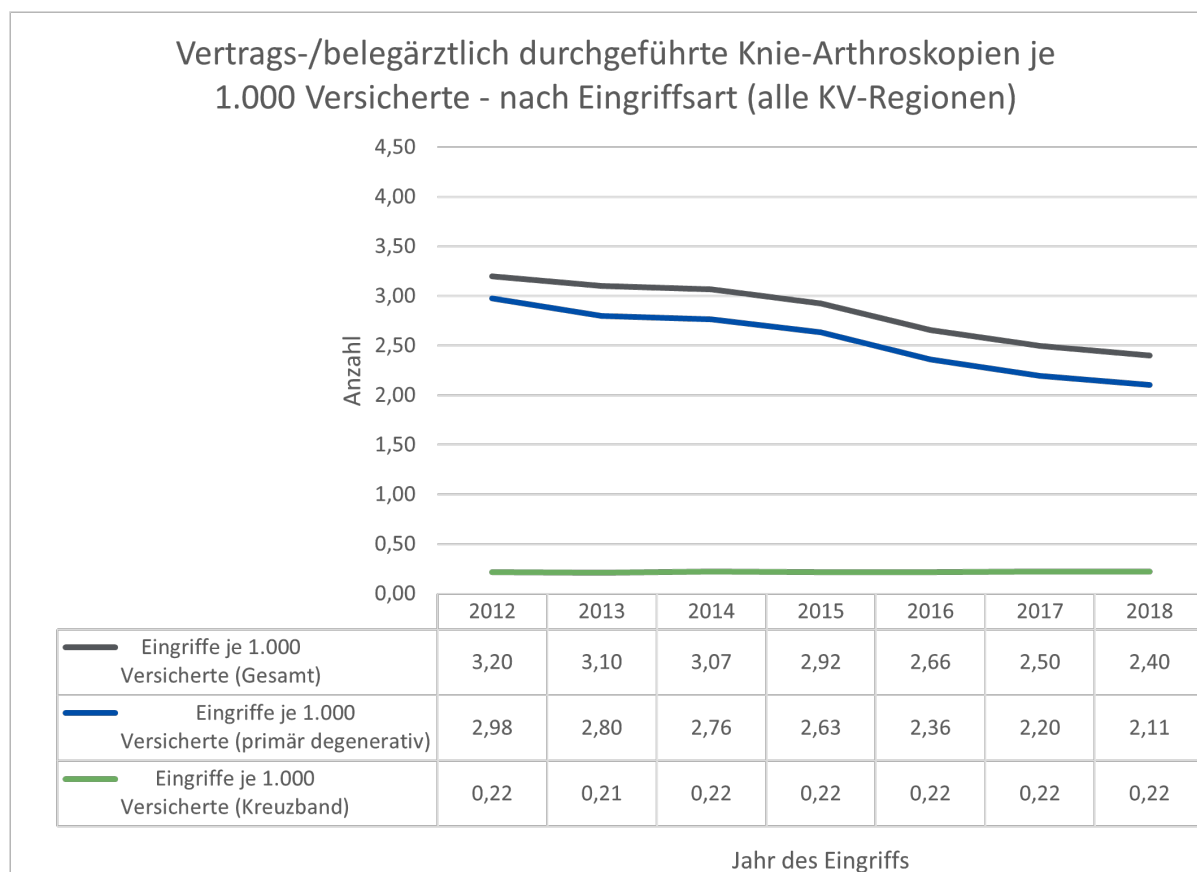


Abbildung 8: Knie-Arthroskopien nach Eingriffsart (KM-6 2018)

²⁶ Darstellungen zu einzelnen KV-Regionen sind im Anhang E zu finden.

Um zu analysieren, ob der Rückgang bei den Eingriffen zu primär degenerativen Erkrankungen bestimmten Subgruppen von Patienten zuzuordnen ist, ist im Folgenden nach Altersgruppe bzw. Geschlecht differenziert worden. Die in Abbildung 9 gezeigte Darstellung der primär degenerativen Eingriffe unterteilt nach Patientenunter bzw. ab 55 Jahren zeigt, dass es einen generellen Trend zu weniger Eingriffen gibt, der aber bei den ab 55-Jährigen und insbesondere nach 2015 deutlicher zu sein scheint (32,4 % gegenüber 25,5 % Reduktion). Eine mögliche Erklärung für die zusätzliche Verringerung der Anzahl der Eingriffe nach 2015 könnte die ab 2016 gültige Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung: Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose“²⁷ sein, in der die Abrechnungsfähigkeit von bestimmten Knie-Arthroskopen bei Gonarthrose ausgeschlossen wurde, was sicherlich eher Eingriffe bei älteren Patienten betrifft.

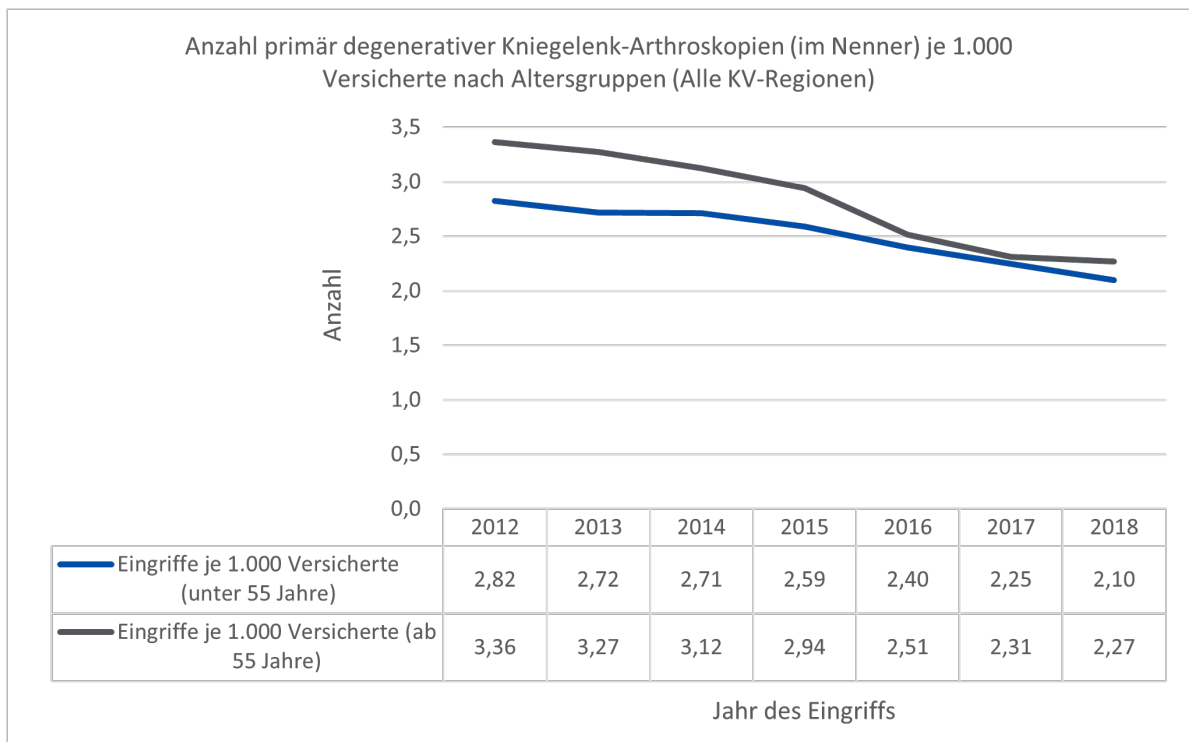


Abbildung 9: Primär degenerative Knie-Arthroskopen nach Alter der Versicherten (KM-6 2018)

Unterteilt man die Eingriffe nach Geschlecht der Patienten, so zeigt sich, abgesehen vom unterschiedlichen Grundniveau, bei den primär degenerativen Knie-Arthroskopen kein Unterschied bei der Reduktion der Eingriffe zwischen den Geschlechtern (vgl. Abbildung 10).

²⁷ Methoden vertragsärztliche Versorgung: Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose (G-BA); Beschlussdatum: 27.11.2015, Inkrafttreten: 01.04.2016, Beschluss veröffentlicht: BAnz AT 15.02.2016 B3

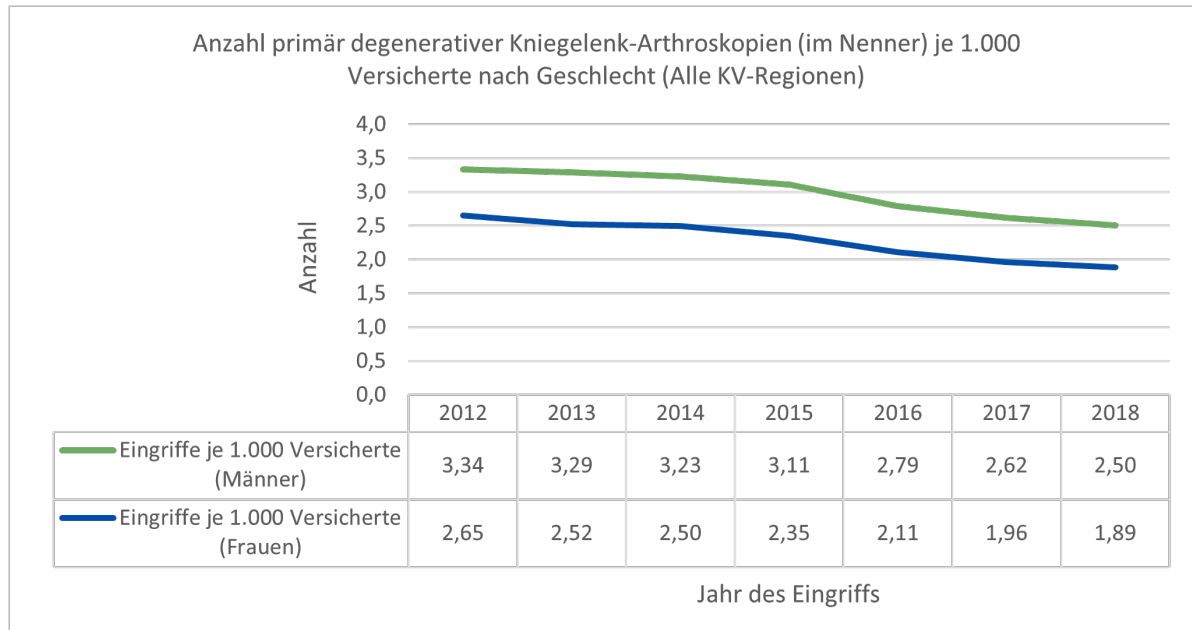


Abbildung 10: Primär degenerative Knie-Arthroskopien nach Geschlecht der Versicherten (KM-6 2018)

Die in Abbildung 11 nach Alter und Geschlecht differenziert dargestellte Häufigkeit der Eingriffe bei primär degenerativen Erkrankungen zeigt zu Beginn (2012) ein deutlich höheres Niveau als zum Ende (2017) des Betrachtungszeitraumes, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Auffällig ist, dass die höchste Anzahl an Eingriffen bei den Männern um etwa 10 Jahre früher eintritt und länger etwa auf diesem Niveau verbleibt als bei den Frauen.

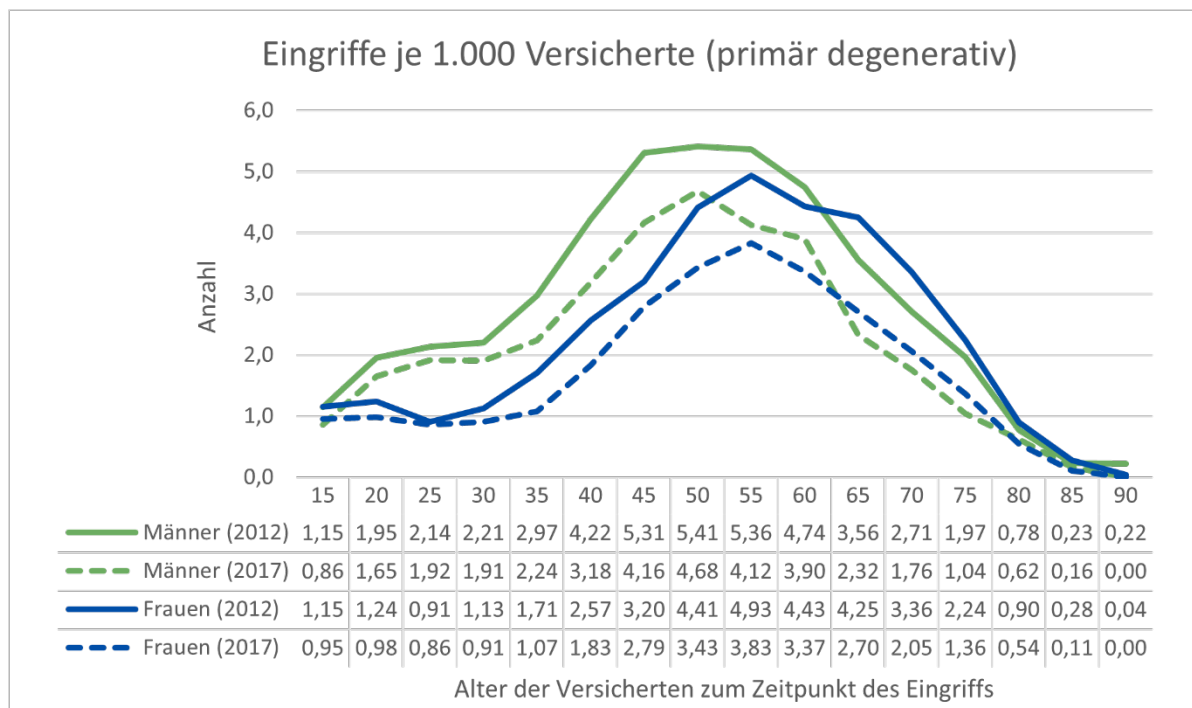


Abbildung 11: Häufigkeit der Eingriffe bei primär degenerativen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht und Beobachtungszeitraum

Vergleicht man hingegen die Kreuzband-Eingriffe zu Beginn und Ende des Betrachtungszeitraumes (vgl. Abbildung 12) so kann man keinen deutlichen Unterschied in der Anzahl der Eingriffe je 1.000 Versicherte

erkennen. Hier zeigt sich lediglich die deutlich höhere Anzahl an Eingriffen bei jungen Männern gegenüber der Anzahl an Eingriffen bei Frauen in der gleichen Altersgruppe, die sich wahrscheinlich durch eine erhöhte Risikobereitschaft und der Beteiligung an verletzungssträchtigeren Sportarten bei jungen Männern erklären lässt.

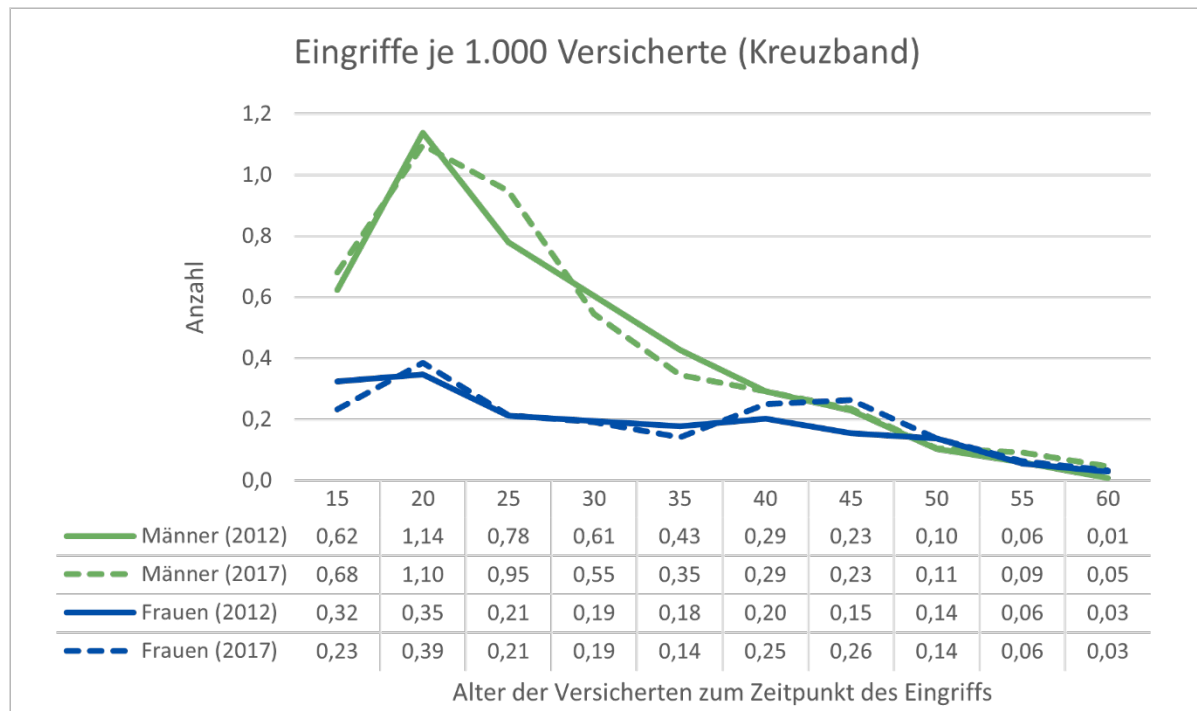


Abbildung 12: Häufigkeit der Kreuzbändeingriffe nach Alter, Geschlecht und Beobachtungszeitraum

3.1.2.2 Ergebnisse/Outcomes vor und nach Richtlinieneinführung

Für eine Veränderung der Ergebnisse/Outcomes nach Richtlinieneinführung können folgende Hypothesenaufgestellt werden:

- Die Einführung der Richtlinie verursacht als mögliche Wirkung eine Diskontinuität der Ergebnisse zum Qualitätsindex (Sprung), die sich mit Hilfe von Methoden im Sinne einer „Interrupted-Time-Series“ (Penfold et al. (2013) untersuchen lassen.
- Es findet ab dem Zeitpunkt der Richtlinieneinführung als mögliche Auswirkung eine kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisse/Outcomes statt, welche sich mit geeigneten Regressionsmodellen bestätigen lassen.

Da die Richtlinie 2010 eingeführt wurde, ist die erstgenannte Hypothese mit den vorhandenen Daten aufgrund der weiter oben beschriebenen Einschränkungen hinsichtlich der Vollständigkeit der Angaben zur Seitenlokalisierung nicht direkt überprüfbar.

Geht man, wie in der zweiten Hypothese postuliert, davon aus, dass die Einführung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie kontinuierlich zu einer Verbesserung der Qualität bei den Patientenoutcomes führt, sollte sich dies als Trend über die Zeit darstellen. Zur Überprüfung der Hypothese ist die Veränderung des Ergebnisses des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie über die Zeit untersucht worden.

Die in Abbildung 13 dargestellten Ergebnisse des Qualitätsindex, beschränkt auf ausschließlich vertrags-/belegärztlich durchgeführte Knie-Arthroskopien im Zeitraum 2012 bis 2017, zeigen sowohl eine leicht abfallende Tendenz der O/E-Ratio im Bereich des Gesamtindex als auch bei den primär degenerativen Knie-Arthroskopien. Demgegenüber bleibt der O/E-Ratio bei Kreuzbändeingriffen nahezu konstant. Mit Hilfe einer Poisson-Regressionsanalyse²⁸, in der die Zeit als unabhängige Variable aufgenommen wurde, zeigt die Veränderung

²⁸ Es handelt sich um wiederholbare Eingriffe beim selben Patienten, weswegen die Annahme Poisson-Verteilung der Daten besser geeignet ist als eine Binomialverteilung (Logistische Regression).

der O/E-Ratio (Gesamt) von etwa 3,5 % pro Jahr eine schwach signifikante Tendenz für die Zeit als Einflussfaktor ($p = 0.023$)²⁹. Über die Zeit betrachtet ist es also zu einer Verbesserung der patientenbezogenen Outcomes gekommen, was möglicherweise auf die Wirkung der QP-RL zurückzuführen ist. Hier wären weitere Untersuchungen notwendig, um mögliche andere Einflussfaktoren, wie z.B. den weiter oben genannten Rückgang der Knie-Arthroskopien im Bereich der Patienten mit primär degenerativen Erkrankungen, Einflüsse durch geänderte Richtlinien (vgl. Abschnitt 3.1.2.1), durch Einführung/Veränderung von Leitlinien oder durch andere Faktoren auszuschließen.

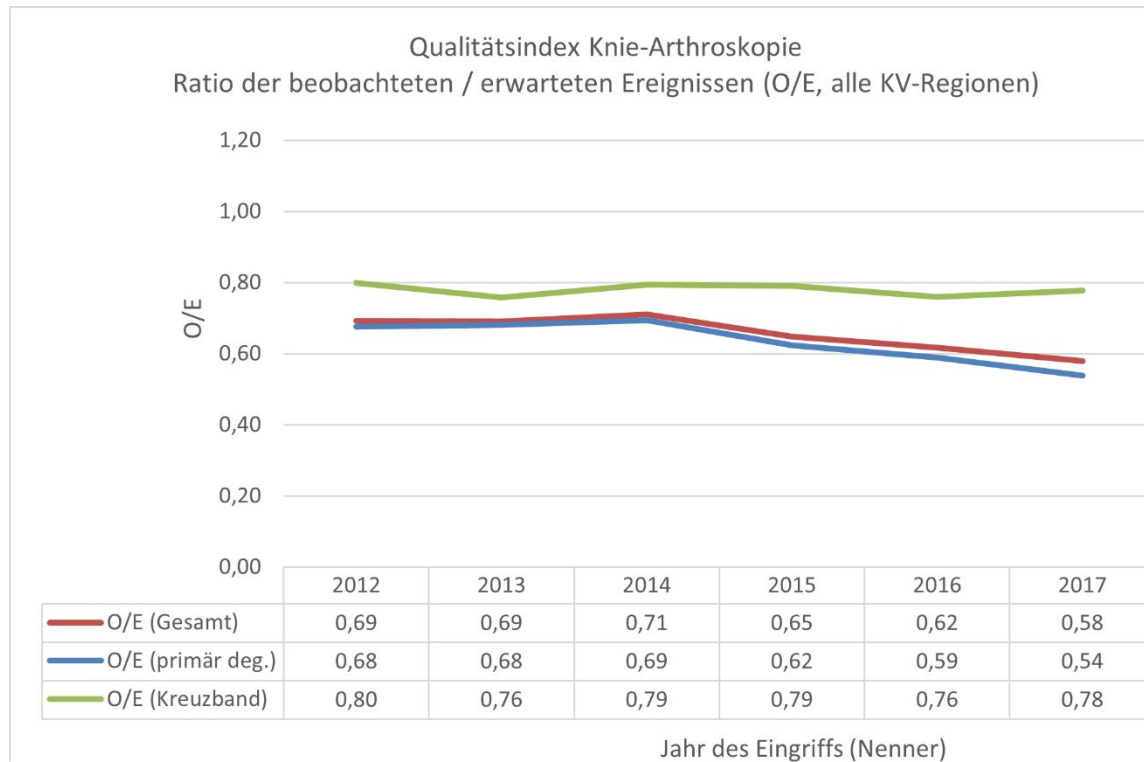


Abbildung 13: Ergebnisse des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie über die Zeit (KM-6 2018)

3.1.2.3 Korrelation zwischen den Ergebnissen der Berichts- und der Routinedaten

Um die Hypothese zu prüfen, ob die Beanstandungsquoten der KV-Regionen mit den Ergebnissen des Qualitätsindex korrelieren und damit, ob die durchgeführten Maßnahmen der QP-RL eine Wirkung, auch über die geprüften Ärzte hinaus, auf die Qualität der Patientenversorgung im Sinne einer Verringerung negativer patientenbezogener Outcomes (des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie) hat, ist diese Hypothese mit Hilfe einer Zeitreihenanalyse untersucht worden. Dabei wurden die erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen ins Verhältnis zur Anzahl der geprüften Ärzte gesetzt und somit eine Beanstandungsquote ermittelt.

Einschränkend ist dabei zu beachten, dass die QP-RL i.V.m. der QBA-RL sowohl Knie- als auch Schulter-Arthroskopien umfasst, wobei deren jeweiliger Anteil an den Prüfungen nicht differenziert ausgewiesen wird. Da jedoch der Anteil an Knie-Arthroskopien in der Zahl deutlich überwiegt (etwa 219.000 Eingriffe im Jahr 2011 und etwa 161.000 Eingriffe im Jahr 2018 gegenüber etwa 44.000 Schulter-Arthroskopien im Jahr 2011 und etwa 53.000 Schulter-Arthroskopien im Jahr 2018³⁰), ist davon auszugehen, dass die Beeinflussung der ermittelten Beanstandungsquote durch Beanstandungen bei Schulter-Arthroskopien eher gering ausfällt.

Die Hypothese zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Beanstandungsquote nach den Berichtsdaten der QP-RL i.V.m. der QBA-RL und dem Qualitätsindex Knie-Arthroskopie lautet: Eine höhere Zahl an Beanstandungen führt in der Folge zu einer höheren Anzahl an Auffälligkeiten im Qualitätsindex Knie-

²⁹ Darstellungen zu einzelnen KV-Regionen sind im Anhang E zu finden.

³⁰ Eigene Hochrechnungen, basierend auf BARMER-Daten und einheitlicher Standardisierung nach KM-6 2018

Arthroskopie und umgekehrt. Es sollte sich also eine gewisse Synchronizität der beiden Zeitreihen (Korrelation) zeigen lassen. Da davon auszugehen ist, dass die Beanstandungsquoten einen verzögerten Effekt auf den Qualitätsindex ausüben, sich also eine Erhöhung/Verringerung der Beanstandungsquoten erst im Folgezeitraum im Qualitätsindex niederschlägt, ist eine mögliche Korrelation auch verzögert (als sogenannte Kreuzkorrelation) geprüft worden. Hierzu wird nicht nur die Korrelation zwischen den Werten des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie und den Beanstandungsquoten der QP-RL zum gleichen Zeitpunkt, sondern auch jeweils nach Jahren vor- und nach der Beanstandung geprüft. Zur Vermeidung von Scheinkorrelationen durch gleich- oder gegenläufige Trends ist eine Trendbereinigung durchgeführt worden. Hierzu wird vom Ergebnis für den Zeitpunkt t_x das Ergebnis für den Zeitpunkt t_{x-1} subtrahiert (Differenzbildung). Saisonale Effekte (also wiederkehrende Schwankungen im Jahresverlauf) waren durch die Struktur der Daten mit lediglich jährlich ermittelte Ergebnissen nicht zu erwarten und sind daher nicht berücksichtigt worden.

Die trendbereinigte Kreuzkorrelation zwischen der Beanstandungsquote und dem O/E-Wert des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie über das Spektrum der möglichen Verzögerungen zwischen beiden Zeitreihen in Jahren wird in Abbildung 14 dargestellt. Die gestrichelten Linien kennzeichnen dabei die Schwelle, ab der sich eine signifikante Korrelation zeigen ließe (bei einem kritischen Wert der Normalverteilung für ein zweiseitiges Signifikanzniveau von 5 %). Da diese bei etwa $\pm 0,71$ liegt (in einem möglichen Spektrum von 0 = keine Korrelation, bis ± 1 = maximale positive bzw. negative Korrelation), kann mit den vorliegenden Daten kein signifikanter Einfluss gezeigt werden. Der hohe Schwellenwert, ab dem eine Kreuzkorrelation gezeigt werden kann, ist dabei sicherlich maßgeblich durch die geringe Frequenz der Zeitreihe begründet, welche sich zwangsläufig bei nur jährlich zusammengefassten Berichten zu Beanstandungen ergibt, während der Qualitätsindex Knie-Arthroskopie tagesgenau berechnet werden könnte. Das Maximum der Korrelation liegt bei einer einjährigen Verzögerung mit einer Korrelation von $\rho = 0,54$ vor, bei der allerdings das Signifikanzniveau von 5 % nicht erreicht wird ($p = 0,22$). Mit den vorliegenden Daten muss also die Hypothese, dass eine höhere Zahl an Beanstandungen in der Folge zu einer höheren Anzahl an Auffälligkeiten im Qualitätsindex Knie-Arthroskopie (und umgekehrt) führt, verworfen werden.

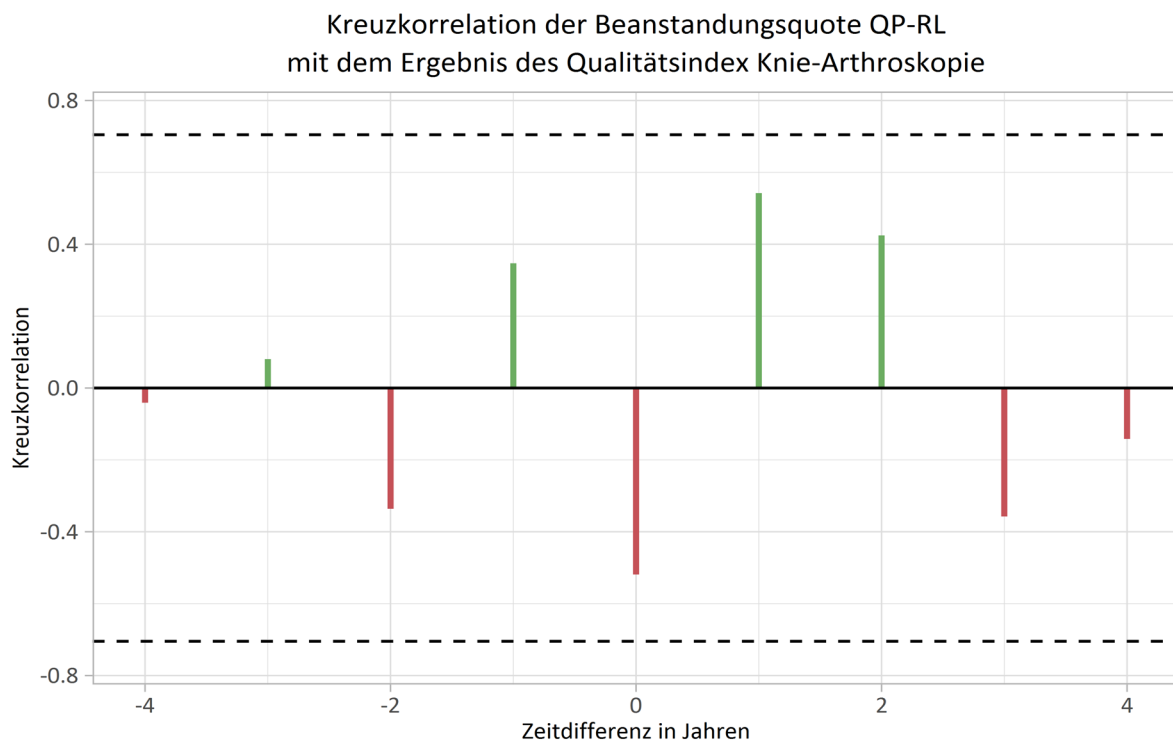


Abbildung 14: Zeitabhängige Kreuzkorrelation der Zeitreihen zur Beanstandungsquote QP-RL gegenüber dem Qualitätsindex Knie-Arthroskopie

Stellt man die beiden Zeitreihen trotz dieser Einschränkungen graphisch dar und verschiebt die Zeitreihe des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie um ein Jahr nach vorn, so kann eine schwache Synchronizität der beiden Zeitreihen festgestellt werden (vgl. Abbildung 15).

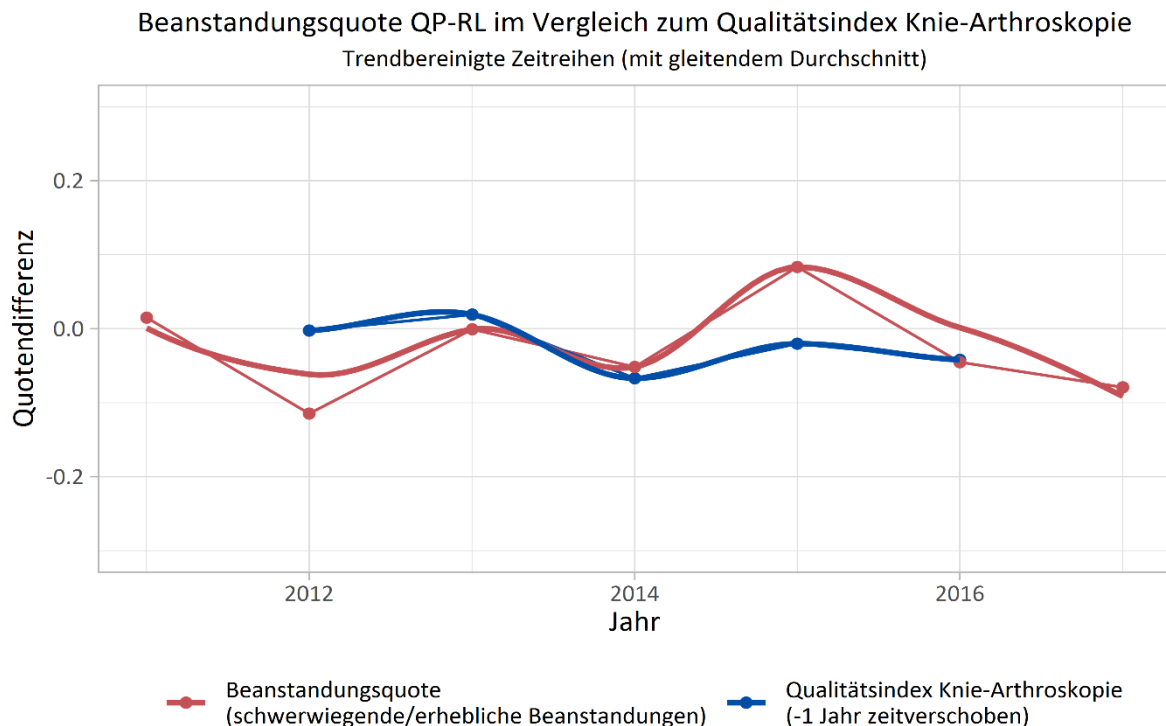


Abbildung 15: Zeitreihenvergleich der Beanstandungsquote und dem Qualitätsindex Knie-Arthroskopie

3.1.2.4 Qualitätspotenziale im Bereich der Knie-Arthroskopie

Um die möglichen Auswirkungen der Richtlinie bezogen auf die in den Routinedaten verfügbaren Ereignisse und Outcomes beurteilen zu können, ist es notwendig, die Überschneidung der beiden Bereiche zu betrachten.

Dabei stellt man fest, dass die in den Routinedaten verfügbaren Hinweise auf potenzielle Qualitätsmängel sich auf nach der Operation auftretende Ereignisse und Wiederholungsarthroskopien sowie (im Falle des Indikators zur Physiotherapieversorgung) auf bestimmte Prozessschritte nach der Operation beziehen. Nicht oder nur unzureichend durch die Indikatoren abgedeckt wird hingegen die korrekte Indikationsstellung der Knie-Arthroskopie.

Demgegenüber werden bei der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie die korrekte und nachvollziehbare Dokumentation der Operation und in gewissen Grenzen auch die Indikationsstellung geprüft. Es lässt sich also feststellen, dass die beiden Quellen zur Qualitätsbeurteilung nur eine geringe Überschneidung aufweisen.

Vor diesem Hintergrund kann das Qualitätspotenzial der QP-RL durch die Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten nur insofern beurteilt werden, als dass sie Effekte im Sinne von Einflüssen auf potenziell vermeidbare Ereignisse beziffern und ein mögliches Ziel in diesem Bereich definiert werden könnte.

Die Indikatoren des Qualitätsindex bilden in der überwiegenden Zahl Ereignisse ab, die für den Patienten einen erneuten Eingriff am Kniegelenk bedeuten. So sind sieben der zehn Indikatoren mit einem erneuten Eingriff verbunden. Neben den Indikatoren, die den erneuten Eingriff schon in der Bezeichnung haben (vgl. Operationalisierung der Indikatoren: QI-IDs: 03_a, 04_A, 06, 29, 30_a), sind dies auch Indikatoren zu Hämarthros (QI-ID: 08_b) und postoperativen Wundinfektionen (QI-ID: 09_a und 10_b), da hier im Zähler nicht allein die Diagnose eines Hämarthros bzw. einer Wundinfektion als Aufgreifbedingung ausreicht, sondern dieses

Ereignis auch von einem erneuten Eingriff begleitet sein muss (aseptische bzw. septische Gelenkspülung, offen chirurgisch oder arthroskopisch ausgeführt).

Betrachtet man diese für den Patienten sicherlich belastenden zweiten Eingriffe, so ergibt sich aus der Hochrechnung der sieben genannten Indikatoren und basierend auf dem Jahr 2017 eine Gesamtzahl von hochgerechnet ca. 3.740 potenziell vermeidbaren Re-Operationen im vertrags-/belegärztlichen Bereich (KM-6 2018) bezogen auf alle ca. 166.000 im selben Jahr durchgeführten vertrags-/belegärztlich Knie-Arthroskopie (etwa 2,3 %).

Ein weiterer Indikator (QI-ID: 12b) bildet die Anzahl thromboembolischer Ereignisse ab, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit einer Knie-Arthroskopie stehen, jedoch auch andere patientenseitige Ursachen haben können. Für diesen Indikator ergibt sich aus der Hochrechnung eine Gesamtzahl von hochgerechnet etwa 2.540 Ereignissen (KM-6 2018), in deren Zusammenhang entweder eine Lungenembolie, Thrombose, Phlebitis oder Thrombophlebitis innerhalb von 90 Tagen nach der Knie-Arthroskopie diagnostiziert wurde (etwa 1,5 % von 166.000 Eingriffen).

Der Indikator „Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff“ (QI-ID: 14_A) bildet den weiteren Prozess nach der erfolgten Knie-Arthroskopie ab. Hierbei ist zu beachten, dass lediglich die abgerechnete Physiotherapiemaßnahme in den Abrechnungsdaten vorhanden ist: wenn also der Patient eine möglicherweise vorhandene Verordnung nicht wahrnimmt oder aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht wahrnehmen kann, ist dies nicht von einer Nicht-Verordnung zu unterscheiden. Die Hochrechnung dieses Indikators ergibt eine Gesamtzahl von hochgerechnet etwa 1.030 Eingriffen (KM-6 2018), bei denen keine physiotherapeutische Maßnahme abgerechnet wurde (bei hochgerechnet etwa 14.150 vertrags-/belegärztlichen Eingriffen am Kreuzband pro Jahr bei gesetzlich Versicherten, also bei etwa 7,3 % der Eingriffe).

3.1.2.5 Fazit

Mit den untersuchten Routinedaten konnte aufgrund von Einschränkungen bezüglich der Verfügbarkeit der Seitenlokalisierung in den Daten erst ab 2011, also bereits nach Einführung der QP-RL im Jahr 2010, eine sinnhafte Auswertung vorgenommen werden. Dies hat zur Folge, dass kein Vorher-/Nachher-Vergleich über die Auswirkungen der Einführung der QP-RL auf die im Qualitätsindex Knie-Arthroskopie abgebildeten Ereignisse möglich war. Im zeitlichen Verlauf nach Einführung der QP-RL weisen die Ergebnisse des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie einen leicht positiven Trend auf, der auch statistisch signifikant ist. Einschränkend für dieses Ergebnis ist der im gleichen Zeitraum aufgetretene erhebliche Rückgang der Knie-Arthroskopie-Eingriffe, insbesondere bei älteren Patienten mit primär degenerativen Erkrankungen, die Einführung einer neuen Richtlinie des G-BA, die das Versorgungsgeschehen beeinflusst haben könnte, mögliche Änderungen an Leitlinien und sonstigen Einflussfaktoren, die sich in Routinedaten nicht abbilden lassen.

Die Hypothese einer möglichen Korrelation zwischen den erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen der QP-RL i.V.m. der QBA-RL und den Ergebnissen des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie über den Zeitraum zwischen 2012 und 2017 musste verworfen werden, da zwar die Beanstandungsquoten mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung mit den Ergebnissen des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie korrelieren, diese Korrelation aber nicht signifikant nachgewiesen werden konnte.

Die Beurteilung der Frage nach dem Qualitätspotenzial im Bereich der Knie-Arthroskopien kann nur insofern beantwortet werden, dass zwar ein wünschenswertes Potenzial zur Reduktion der Ereignisse nach einer Knie-Arthroskopie vorhanden ist, dieses wahrscheinlich aber lediglich in geringem Maße von der QP-RL i.V.m. der QBA-RL zu beeinflussen ist, da lediglich eine geringe Überschneidung der beiden Instrumente zur Qualitätsförderung vorhanden ist.

3.2 Leistungsbereich Kernspintomographie

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse für den Leistungsbereich Kernspintomographie dargestellt.

Umfang der Stichprobenprüfungen

In den Berichtsjahren von 2010 bis 2015 wurden in allen KVen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie durchgeführt. Dabei wurde der Mindestprüfumfang von 4 % nur selten unterschritten (vgl. Tabelle 11). Angegebene Gründe für eine Unterschreitung des Mindestprüfumfanges waren dabei „unvorhersehbare organisatorische Veränderungen“ (KV Baden-Württemberg, 2012), „Prüfumfang im Vorjahr übererfüllt“ (KV Bayerns, 2014) oder eine „interne Überarbeitung der Prozesse“ (KV Niedersachsen, 2011). In vier Fällen wurde der Mindestprüfumfang nur knapp verfehlt (Prüfquote zwischen 3,6 % und 3,9 %). Hierfür wurde in der Regel kein Grund in den Berichtsdaten genannt. Für die Berichtsjahre 2016 und 2017 wurde die Prüfverpflichtung aufgrund guter Ergebnisse der Prüfungen in den Vorjahren gemäß G-BA-Beschluss für den Leistungsbereich Kernspintomographie ausgesetzt. Nichtsdestotrotz führten im Jahr 2016 5 KVen weiterhin Stichprobenprüfungen durch, im Jahr 2017 waren es ebenfalls 4 KVen. Bundesweit ist der durchschnittliche Prüfumfang im Laufe der Berichtsjahre kontinuierlich zurückgegangen. So wurden im Jahr 2010 bundesweit insgesamt 16,4 % der abrechnenden Ärzte durch die KVen im Rahmen der Stichprobenprüfungen geprüft, im Jahr 2015, in dem die Prüfverpflichtung noch bestand, lag der Anteil der geprüften Ärzte bei durchschnittlich 5,9 %. Für die Jahre 2016 und 2017 ist die Gesamtrate der geprüften Ärzte nicht geeignet für bundesweite Aussagen, da sich die Rate nur auf diejenigen KVen bezieht, die in dem jeweiligen Jahr geprüft haben, was in genannten Jahren nur 5 bzw. 4 KVen taten.

Tabelle 11: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Leistungsbereich Kernspintomographie³¹

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	15,9%	6,3%	---	13,2%	8,0%	8,9%	8,1%	5,2%
BY	48,8%	59,7%	22,7%	5,1%	3,7%	3,3%	#	#
BE	5,6%	6,5%	6,2%	6,1%	5,8%	5,2%	#	#
BB	10,0%	5,6%	5,2%	4,8%	4,3%	3,9%	#	#
HB	25,0%	15,2%	12,5%	12,5%	15,4%	9,3%	#	#
HH	8,9%	4,1%	8,0%	5,5%	5,0%	4,9%	#	#
HE	6,4%	5,6%	6,5%	4,5%	7,4%	4,2%	#	#
MV	5,7%	5,9%	6,7%	6,5%	6,6%	6,3%	#	#
NI	13,7%	---	7,7%	5,3%	4,2%	4,4%	#	#
NO	7,3%	4,8%	5,3%	5,0%	5,2%	5,4%	3,9%	#
RP	12,2%	6,1%	4,1%	5,4%	4,5%	4,2%	2,7%	2,1%
SL	10,5%	5,0%	4,4%	3,9%	3,7%	5,8%	6,3%	5,8%
SN	4,9%	3,6%	4,2%	4,0%	3,8%	4,4%	#	#
ST	4,0%	3,5%	5,2%	7,4%	6,2%	5,7%	6,4%	5,1%
SH	7,7%	4,9%	5,6%	5,5%	5,2%	6,4%	#	#
TH	4,5%	4,2%	4,2%	4,1%	4,0%	5,4%	#	#
WL	11,4%	13,0%	10,5%	11,9%	11,6%	11,9%	#	#
Gesamtrate*	16,4%	16,1%	8,5%	6,9%	6,0%	5,9%	5,5%	4,5%
Anzahl geprüfte Ärzte**	414	399	237	209	185	195	66	34

* Bezogen auf alle KVen, die geprüft haben

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

--- Keine Stichprobenprüfungen durchgeführt

Aussetzung der Prüfung gemäß G-BA-Beschluss

³¹ Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der geprüften Ärzte pro KV wurde in allen Leistungsbereichen verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

Ergebnisse der Gesamtbewertungen

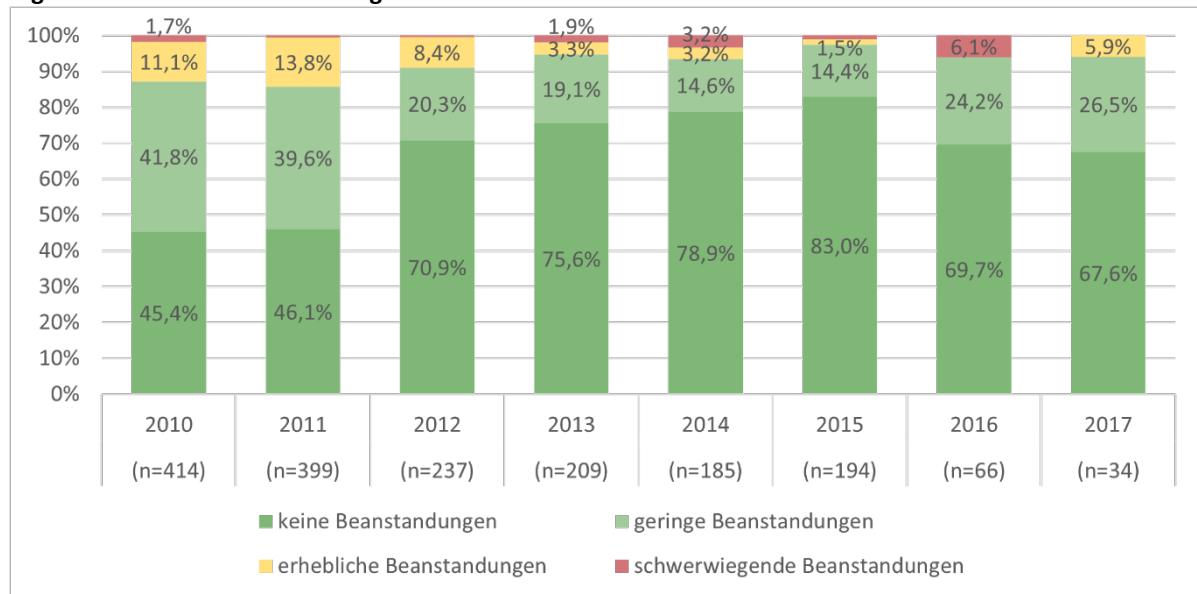


Abbildung 16: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Leistungsbereich Kernspintomographie

Abbildung 16 zeigt, dass die Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie größtenteils mit gutem Ergebnis abgeschlossen wurden. So sind die Anteile erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen als Ergebnis der Stichprobenprüfungen in allen Berichtsjahren sehr gering: Meist lag der Anteil dieser unter 10 %, durchschnittlich schlossen 92,4 % der geprüften Ärzte die Prüfungen ohne oder mit nur geringen Beanstandungen ab. Im Jahr 2011 war der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen mit 14,3 % am höchsten, danach sank er kontinuierlich bis auf 2,6 % im Berichtsjahr 2015. Mit 6,1 % im Jahr 2016 und 5,9 % im Jahr 2017 war der Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen wieder etwas höher, was vor allem dadurch zu erklären ist, dass die Stichprobenprüfung in diesen Jahren fakultativ waren und somit nur von wenigen KVen durchgeführt wurden.

Der Anteil der Prüfungen ohne Beanstandungen ist im zeitlichen Verlauf von 2010 bis 2015 zunächst um über 30 % gestiegen. Dieser Anteil sank in den Jahren 2016 und 2017 allerdings wieder, was vermutlich durch die Aussetzung der obligatorischen Prüfpflicht in diesen Jahren und der damit einhergehenden deutlich kleineren Grundgesamtheit geprüfter Ärzte zu erklären ist. Während im Berichtsjahr 2015 noch alle 17 KVen Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie durchführten, so waren es im Jahr 2016 und 2017 nur noch 5 respektive 4 KVen, die entsprechende Qualitätsprüfungen durchführten.

Tabelle 12: Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt pro Jahr im Leistungsbereich Kernspintomographie³²

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt pro KV*
BW	20,4%	20,0%	---	6,0%	18,8%	8,1%	5,7%	4,3%	11,8%
BY	12,4%	15,2%	11,3%	8,0%	0,0%	11,8%	#	#	12,8%
BE	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	4,2%
BB	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	0,0%
HB	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	0,0%
HH	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	2,7%

³² Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen wurde verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt pro KV*
HE	0,0%	8,3%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	2,7%
MV	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	4,5%
NI	13,0%	---	21,4%	20,0%	16,7%	0,0%	#	#	14,1%
NO	7,7%	5,6%	4,8%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	4,1%
RP	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
SL	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%
SN	20,0%	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	10,0%
ST	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	75,0%	0,0%	40,0%	25,0%	24,1%
SH	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	0,0%
TH	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#	#	0,0%
WL	28,6%	21,9%	6,9%	0,0%	2,9%	0,0%	#	#	9,3%
Jahresdurchschnitt	12,6%	12,9%	8,0%	5,1%	5,8%	2,4%	5,2%	5,6%	
Anzahl geprüfte Ärzte**³³	414	399	237	209	185	195	66	34	

freiwillige Aussetzung der Prüfung

--- Keine Stichprobenprüfungen durchgeführt

* Es wurden nur diejenigen Jahre in den Durchschnitt einbezogen, in denen Stichprobenprüfungen durchgeführt wurden

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

Die graue Farbfüllung 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 beeinträchtigen.

Der Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen auf Ebene der einzelnen KVen ist für die Jahre 2010 bis 2017 auf einem niedrigen Niveau. In 5 der KVen wurden in keinem der Berichtsjahre erhebliche oder schwerwiegende Mängel im Rahmen der Stichprobenprüfungen festgestellt. Durchschnittlich lag die Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen in den KVen zwischen 0 % und maximal 24,1 %. Im Hinblick auf den teils erhöhten Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen, wie z.B. bei der KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2014 (75 %) gilt zu beachten, dass ein Großteil der KVen absolut gesehen eine kleine Fallzahl von Ärzten geprüft hat (vgl. Farbfüllung in Tabelle 12), weshalb entsprechende Ergebnisse nicht sehr aussagekräftig sind. Im genannten Beispiel der KV Sachsen-Anhalt im Berichtsjahr 2014 wurden beispielsweise 4 Ärzte überprüft. Insgesamt haben 9 KVen in den Berichtsjahren jeweils maximal 10 Ärzte im Rahmen der Stichprobenprüfungen überprüft.

Von den Workshopteilnehmern wurden die vorgestellten Ergebnisse der Gesamtbewertungen und die Raten der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen als „nicht auffällig“ eingeschätzt.

³³ Leichte Zahlendifferenzen zu den Ergebnissen der Gesamtbewertungen können sich in allen Leistungsbereichen durch Prüfungen ergeben, die über das Kalenderjahr hinausgehen.

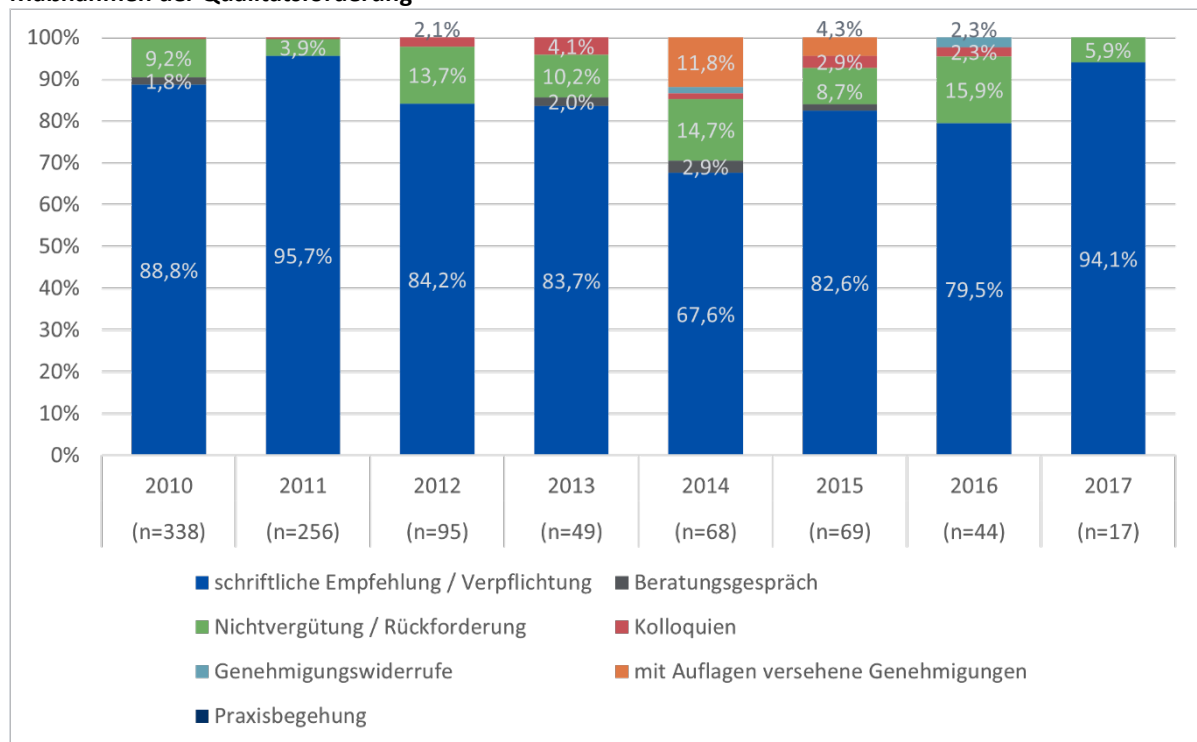
Maßnahmen der Qualitätsförderung

Abbildung 17: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen zur Qualitätsförderung im Leistungsbereich Kernspintomographie

Die bundesweit häufigste Maßnahme zur Qualitätsförderung im Leistungsbereich Kernspintomographie war über alle Berichtsjahre hinweg die schriftliche Empfehlung / Verpflichtung mit einem Anteil von jährlich über 65 %. Als zweithäufigste Maßnahme wurde in den meisten Fällen die Nichtvergütung bzw. Rückforderung von erbrachten Leistungen angewendet, mit einem Anteil zwischen 3,9 % (2011) und 15,9 % (2016). Auch die Maßnahme der mit Auflagen versehenen Genehmigung wurde im Jahr 2014 mit 11,8 % (n=8) verhältnismäßig häufig zur Qualitätsförderung genutzt, während in den anderen Berichtsjahren, mit Ausnahme von 2015 (n=3), von dieser Maßnahme kein Gebrauch gemacht wurde. Auch die anderen Maßnahmen (Beratungsgespräch, Kolloquium, Genehmigungswiderruf) nutzten die KVen selten, die Möglichkeit der Praxisbegehung wurde als Maßnahme zur Förderung der Qualität im Leistungsbereich Kernspintomographie überhaupt nicht angewendet.

Maßnahmennutzung in den einzelnen KVen:

Betrachtet man die Umsetzung der abgestuften Maßnahmen zur Qualitätsförderung auf Ebene der KVen fällt auf, dass nur die KV Baden-Württemberg außer der Praxisbegehung alle Maßnahmen zur Qualitätsförderung nutzte. Insgesamt 8 KVen wendete ausschließlich die schriftliche Empfehlung als Maßnahme der Qualitätsförderung im betrachteten Leistungsbereich an. 4 dieser KVen gehören allerdings auch zu jenen KVen, die in keinem der Berichtsjahre erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen als Ergebnis der Stichprobenprüfungen berichteten. Auch die anderen 4 KVen hatten einen sehr geringen Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen im Rahmen der Prüfungen, weshalb davon auszugehen ist, dass in diesen Fällen keine anderen Maßnahmen als die der schriftlichen Empfehlung notwendig waren.

Im Ergebnisworkshop diskutierten die Teilnehmer über die Nichtnutzung der Praxisbegehung im Leistungsbereich und sahen dafür vor allem die überwiegend gute Versorgungsqualität als ursächlich, die Praxisbegehungen nicht notwendig machte. Ebenso sei individuell die Angemessenheit einer Maßnahme, die von den QS-Kommissionen grundsätzlich je nach Fall und dessen möglichen Besonderheiten ausgewählt wird, zu berücksichtigen und Praxisbegehungen als Maßnahme bei schwerwiegenden Beanstandungen entsprechend nur bei systematischen Fehlern anzuwenden sei. Zudem wurde auch hier – wie auch im Workshop Arthroskopie –

angemerkt, dass eine Praxisbegehung einen sehr hohen Aufwand vor allem für die QS-Kommissionen bedeutet und von den geprüften Ärzten als hohes „Strafmaß“ empfunden wird.

Die insgesamt sehr homogene, gute Qualität in diesem Leistungsbereich ist laut Workshopteilnehmer auch der Grund für den hohen Anteil schriftlicher Empfehlung als Maßnahme der Qualitätsförderung, da dies eine Maßnahme sei, die bereits bei geringen Beanstandungen genutzt würde und somit häufig zum Einsatz komme. Zudem erwähnten die Teilnehmer des Workshops, dass sich aufgrund der homogenen Qualität im verhältnismäßig „kleinen“ Leistungsbereich positive Synergieeffekte zeigen.

Als Maßnahme, die nicht in den Berichtsdaten erfasst, aber dennoch regelmäßig genutzt wird, nannten die Teilnehmer „Wiederholungsprüfungen“, die im Anschluss an eine schriftliche Empfehlung stattfinden, um zu prüfen, ob die jeweiligen Empfehlungen umgesetzt wurden.

Kriterienbezogene Prüfungen

Im Leistungsbereich Kernspintomographie wurden kriterienbezogene Prüfungen aus folgenden Gründen durchgeführt:

- Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt (Jahre 2010, 2012–2017).
- Zwischen der Bestätigung der fachlichen Qualifikation und der Erteilung einer Genehmigung liegt ein Zeitraum von mindestens zwei Jahren (Jahr 2011).
- Es liegen begründete, ggf. datengestützte Hinweise auf eine unzureichende Qualität im betreffenden Leistungsbereich vor (Jahr 2014).

Insgesamt ist die Zahl der kriterienbezogenen Prüfungen relativ gering. 11 KVen führten im Leistungsbereich Kernspintomographie keine kriterienbezogenen Prüfungen durch. Dies lässt sich vermutlich ebenfalls auf die größtenteils positiven Ergebnisse in den Stichprobenprüfungen zurückführen. Das Maximum der kriterienbezogenen Prüfungen wurde mit einer Anzahl von 44 Prüfungen im Jahr 2011 erreicht, die sich allerdings auf nur 3 KVen verteilen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Leistungsbereich Kernspintomographie

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	---	3	---	---	2	7	5	---
BY	5	36	17	2	9	1	1	---
BE	---	---	---	---	---	---	---	---
BB	---	---	---	---	---	---	---	---
HB	---	---	---	---	---	---	---	---
HH	---	---	---	---	---	---	---	---
HE	---	---	---	---	---	---	---	---
MV	---	---	---	---	---	---	---	---
NI	---	---	---	3	2	2	---	---
NO	---	---	---	---	---	---	---	---
RP	---	---	1	2	9	2	4	2
SL	---	---	---	---	---	---	---	---
SN	---	---	---	---	---	---	---	---

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ST	---	---	---	---	---	---	1	---
SH	---	---	---	---	---	---	---	---
TH	---	---	---	---	---	---	---	---
WL	1	5	7	1	---	1	---	---
gesamt	6	44	25	8	22	13	11	2

--- keine kriterienbezogenen Prüfungen durchgeführt

In der Mehrheit der betrachteten Berichtsjahre wurden kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt, weil in den Stichprobenprüfungen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden. Auch hier, wie im Leistungsbereich Arthroskopie bereits erläutert, ist allerdings unklar, welche Ärzte mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen (erneut) im Rahmen einer kriterienbezogenen Prüfung geprüft wurden. So zeigten beispielsweise in der KV Westfalen-Lippe im Jahr 2010 insgesamt acht Ärzte erhebliche oder schwerwiegende Mängel in den Stichprobenprüfungen; es wurde allerdings nur eine kriterienbezogene Prüfung für dieses Jahr berichtet. Auch gab es z.B. in der KV Bayerns den Fall, dass mehr kriterienbezogene Prüfungen durchgeführt wurden (insgesamt 17 Prüfungen) als erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen (insgesamt bei 12 Ärzten) festgestellt wurden (Berichtsjahr 2012). Die Ergebnisse lassen sich zum Teil, wie auch im Leistungsbereich Arthroskopie, durch zeitliche Verschiebungen solcher Prüfungen in nachfolgende Berichtsjahre sowie auch mögliche laufende Widerspruchsverfahren erklären, die eine aufschiebende Wirkung haben, sodass die dargestellten Ergebnisse nicht vollumfänglich aufeinander bezogen werden können.

Im Leistungsbereich Kernspintomographie wurde als Grund für die Durchführung kriterienbezogener Prüfungen das Vorliegen „begründete[r], ggf. datengestützte[r] Hinweise auf eine unzureichende Qualität im betreffenden Leistungsbereich“ angegeben. Da dieser Grund im Vergleich der Leistungsbereiche sehr selten angebracht wurde, wurde im Ergebnisworkshop darüber gesprochen, was unter diesen Hinweisen zu verstehen sei. Die Teilnehmer äußerten, dass geprüfte Fachärzte eventuell in Plausibilitätsprüfungen auffällig würden und aus diesem Grund im Rahmen einer kriterienbezogenen Prüfung geprüft wurden oder aber, dass möglicherweise Hinweise auf unzureichende Qualität der Leistungen eines Arztes von anderen Ärzten an die QS-Kommissionen herangetragen würden.

Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen

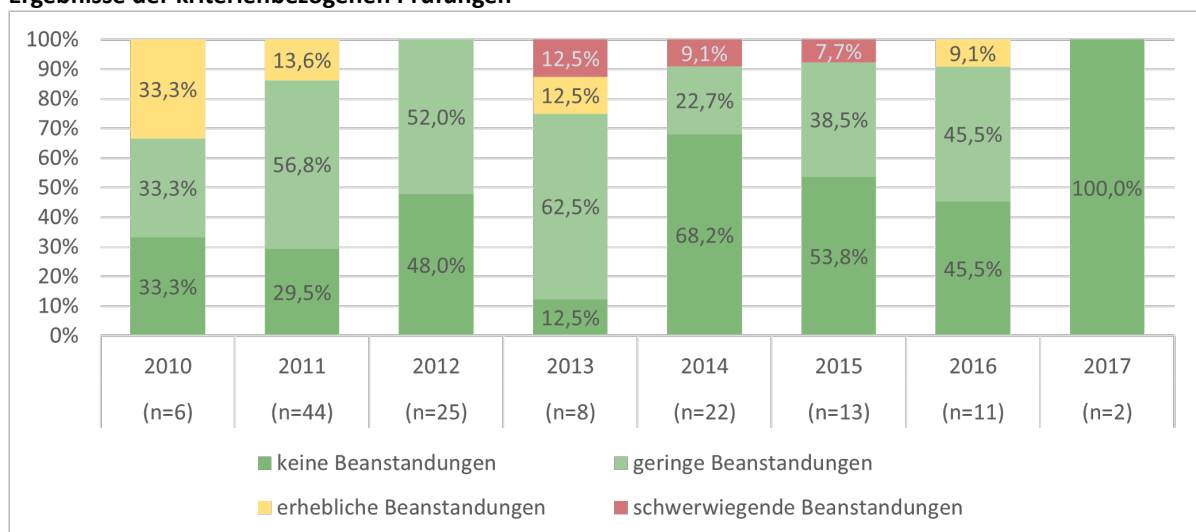


Abbildung 18: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie

Die Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen in Abbildung 18 zeigen, dass nur noch wenige Ärzte erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen aufwiesen, der Anteil dieser Ärzte lag in allen Berichtsjahren unter 35 %, in fünf der acht Berichtsjahre sogar unter 10 %.

3.3 Leistungsbereich Radiologie

Im Leistungsbereich Radiologie konnten die Prüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie bis zum Jahr 2010 zusammen durchgeführt werden. Seitdem werden die Prüfungen in den jeweiligen Leistungsbereichen einzeln durchgeführt. Aus diesem Grund basiert die Auswertung der Berichtsdaten des vorliegenden Berichtes auf den Daten ab dem Jahr 2010 und wurde getrennt für die Teilleistungsbereiche „Konventionelle Röntgendiagnostik“ und „Computertomographie“ vorgenommen.

Von 2008 bis 2010 wurden in einigen KVen die Stichprobenprüfungen zur konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie zusammen durchgeführt (KBV 2014), weshalb diese im vorliegenden Bericht in der Einzelauswertung nicht in die Auswertungen einbezogen wurden. 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 (KBV, 2015, S.46).

3.3.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse für den Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik dargestellt.

Umfang der Stichprobenprüfungen

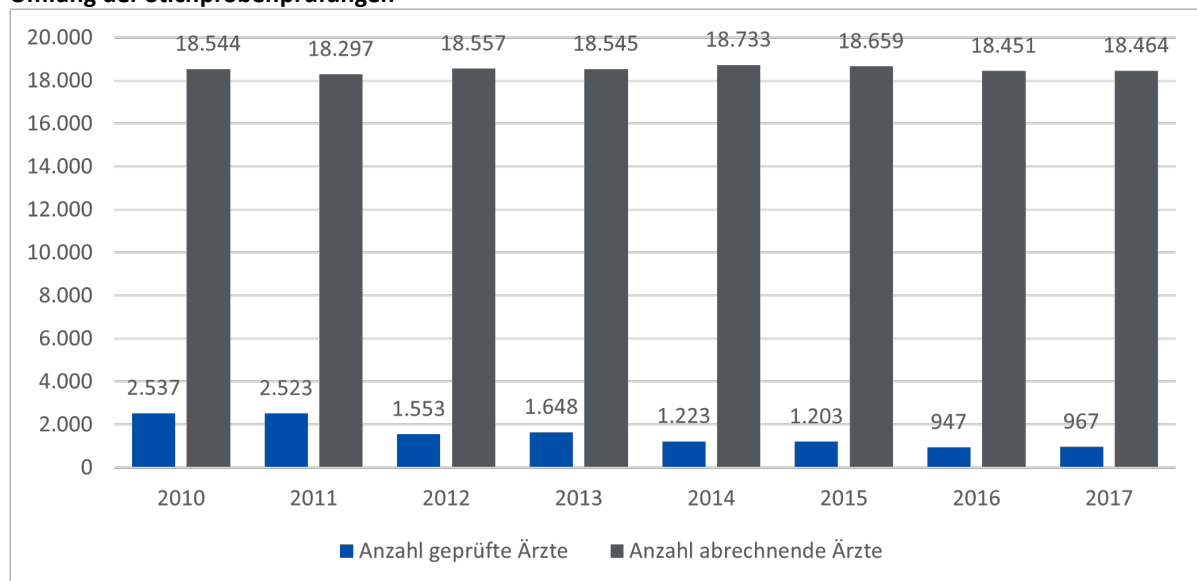


Abbildung 19: Anzahl der geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik im Verhältnis zur Anzahl der abrechnenden Ärzte

Insgesamt wurden bundesweit seit 2010 jährlich zwischen 5,1 % (2016) und 13,8 % (2011) der tätigen Ärzte des Teilleistungsbereiches konventionelle Röntgendiagnostik im Rahmen von Stichprobenprüfungen geprüft. Der Mindestprüfungsumfang von 4 % wurde dabei in den KVen selten unterschritten. Als Erklärungen für die Unterschreitung des Mindestprüfungsumfanges wurden folgende Gründe angegeben:

- Kommission für alle radiologischen Leistungen neu gegründet, vorrangig Antragsbearbeitung (KV Sachsen-Anhalt, 2011)
- Folge der Umstrukturierung der Trennung der Ergebnisse nach §136 Abs. 2 SGB V und §17a RöV (KV Rheinland-Pfalz, 2014)

- Vorgaben zum Prüfumfang im Vorjahr übererfüllt (KV Bremen, 2015)
- Unterschreitung der vorgegebenen Prüfrate wird im Folgejahr kompensiert (KV Bremen, 2016)
- Organisatorische Gründe (Umzug der KV) (KV Hessen, 2016)

In den ersten Berichtsjahren lag die Gesamtrate mit 13,7 % bzw. 13,8 % deutlich über der Mindestprüfquote von 4 %. Über die Jahre zeigt sich diesbezüglich eine Angleichung an die Vorgaben, was eine Verringerung der Prüfquoten bedeutet. Das ist auch mit Blick auf die absoluten Zahlen zu erkennen, die nach einem Maximum von 2.537 Ärzten im Jahr 2010 auf 947 Ärzte im Jahr 2016 gesunken sind. Trotz dieser bundesweit betrachteten Verringerung der Prüfquoten prüften einige KVen weiterhin deutlich mehr Ärzte als vorgegeben. So prüften beispielsweise 3 KVen bis zum Jahr 2015 jährlich mehr als 10 % der abrechnenden Ärzte im Teilleistungsbereich. Erst im Jahr 2017 wurden in allen KVen weniger als 10 % der abrechnenden Ärzte im Rahmen einer Stichprobenprüfung geprüft.

Tabelle 14: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik³⁴

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	7,7%	9,4%	9,4%	10,9%	5,7%	5,9%	5,9%	6,6%
BY	33,0%	32,0%	4,5%	5,2%	4,5%	4,6%	4,2%	4,3%
BE	4,3%	5,3%	5,0%	4,5%	4,3%	4,1%	4,0%	4,8%
BB	6,6%	6,8%	5,6%	4,5%	4,3%	4,3%	4,6%	4,3%
HB	4,5%	4,0%	3,9%	5,1%	6,6%	3,4%	3,6%	5,0%
HH	46,1%	30,9%	35,7%	39,4%	22,7%	27,5%	12,0%	4,3%
HE	4,2%	4,1%	4,3%	4,1%	4,1%	4,7%	3,0%	4,5%
MV	4,3%	5,5%	5,9%	4,7%	4,1%	4,8%	4,8%	4,6%
NI	4,0%	4,4%	4,5%	4,5%	4,4%	4,1%	4,2%	4,3%
NO	6,3%	6,1%	5,4%	5,2%	5,0%	5,1%	4,5%	4,4%
RP	25,4%	32,3%	33,8%	33,7%	3,7%	4,1%	4,5%	4,4%
SL	4,9%	5,6%	5,2%	4,1%	4,2%	4,2%	4,0%	3,9%
SN	4,4%	5,6%	4,6%	4,7%	4,6%	4,5%	4,6%	4,6%
ST	4,3%	2,6%	4,4%	4,0%	4,1%	4,2%	4,0%	5,4%
SH	32,9%	27,6%	8,5%	15,4%	23,4%	15,6%	4,8%	4,4%
TH	9,7%	5,3%	4,4%	5,0%	4,5%	4,4%	4,0%	5,2%
WL	10,2%	12,7%	11,4%	12,1%	12,4%	12,3%	9,3%	9,5%
Gesamtrate*	13,7%	13,8%	8,4%	8,9%	6,5%	6,4%	5,1%	5,2%
Anzahl geprüfte Ärzte**	2.537	2.523	1.553	1.648	1.223	1.203	947	967

* Bezogen auf alle KVen, die geprüft haben

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

³⁴ Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der geprüften Ärzte pro KV wurde in allen Leistungsbereichen verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

Ergebnisse der Gesamtbewertungen

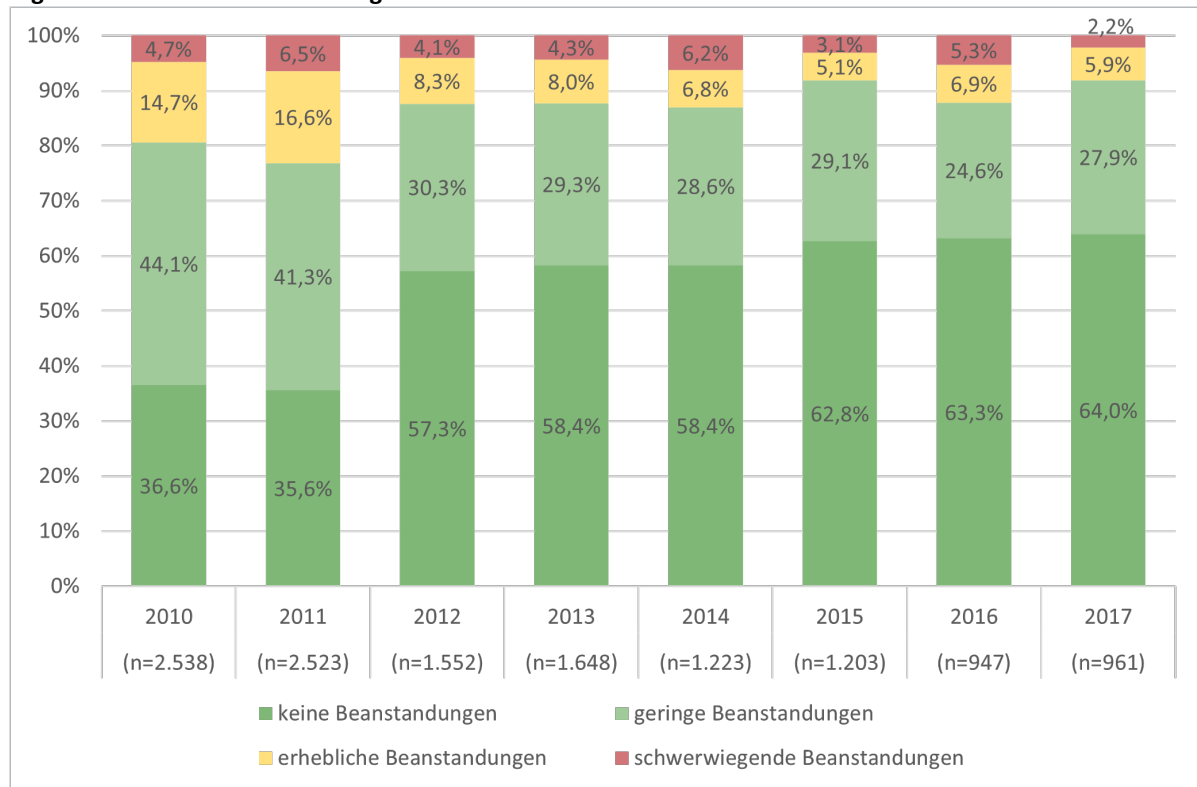


Abbildung 20: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik

Die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik waren in den betrachteten Berichtsjahren überwiegend positiv. Von 2012 bis 2017 lag der Anteil der Prüfungen mit dem Ergebnis „keine“ oder „geringe Beanstandungen“ ausnahmslos bei über 85 %. Dementsprechend lag der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen in den Berichtsjahren zwischen 8,1 % (2015 und 2017) und maximal 13 % (2014). Die anteilmäßig meisten Prüfungen mit keinen oder geringen Beanstandungen wurden in den Jahren 2015 bzw. 2017 erreicht (91,9 %). Der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen war mit 23,1 % im Jahr 2011 am höchsten.

Betrachtet man die Anzahl der Beanstandungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik auf Ebene der einzelnen KVen zeigt sich ein etwas heterogenes Bild (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Rate der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik³⁵

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt pro KV*
BW	5,6%	8,9%	3,5%	8,5%	6,3%	4,2%	2,7%	7,4%	6,1%
BY	25,9%	35,6%	26,6%	32,3%	26,8%	18,1%	26,8%	14,5%	28,9%
BE	50,0%	45,2%	51,7%	50,0%	64,0%	40,0%	63,0%	38,5%	49,3%
BB	10,0%	4,5%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	6,3%	4,3%
HB	66,7%	0,0%	12,5%	38,5%	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	19,0%
HH	21,7%	20,6%	16,6%	15,0%	17,0%	8,1%	5,4%	14,3%	16,1%

³⁵ Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen wurde verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Durchschnitt pro KV*
HE	32,1%	41,7%	24,6%	15,0%	30,0%	18,6%	37,2%	12,5%	25,8%
MV	28,6%	5,6%	52,9%	5,9%	6,7%	0,0%	0,0%	18,8%	14,5%
NI	3,9%	7,5%	3,7%	8,6%	8,8%	5,1%	11,1%	1,2%	6,2%
NO	14,0%	7,5%	3,4%	5,7%	3,4%	1,6%	1,0%	1,9%	5,2%
RP	9,9%	16,3%	12,1%	5,1%	8,3%	2,7%	11,1%	5,4%	10,4%
SL	6,3%	25,0%	6,3%	0,0%	0,0%	8,3%	8,3%	9,1%	8,2%
SN	8,6%	15,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	3,6%
ST	16,7%	40,0%	15,8%	29,4%	12,5%	17,6%	13,3%	20,0%	19,7%
SH	23,5%	17,5%	15,1%	9,4%	13,3%	7,4%	6,9%	13,3%	15,4%
TH	4,4%	25,0%	30,0%	17,4%	9,5%	0,0%	5,9%	0,0%	11,0%
WL	9,0%	8,3%	6,3%	12,1%	7,7%	6,0%	11,6%	5,2%	8,3%
Jahresdurchschnitt	19,4%	23,1%	12,4%	12,3%	13,0%	8,1%	12,1%	8,1%	
Anzahl geprüfte Ärzte**³⁶	2.537	2.523	1.553	1.648	1.223	1.203	947	967	

* Es wurden nur diejenigen Jahre in den Durchschnitt einbezogenen, in denen Stichprobenprüfungen durchgeführt wurden.

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

Die graue Farbfüllung 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 beeinträchtigen.

Die Tabelle 15 zeigt, dass der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen zwischen den KVEn recht unterschiedlich ist. So weisen einige KVEn im Durchschnitt der Berichtsjahre einen Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen von unter 5 % auf, während dieser Anteil in anderen KVEn deutlich höher, bei einer KV sogar bei knapp 50 % liegt. Zu beachten bei der Interpretation der Ergebnisse auf KV-Ebene ist, dass einige KVEn eine kleine Anzahl an Ärzten im Rahmen der Stichprobenprüfungen geprüft haben (z.B. haben die KVEn Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Sachsen-Anhalt immer weniger als 20 Ärzte insgesamt geprüft, die KV Bremen prüfte nur im Jahr 2010 über 20 Ärzte), was mit einer Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse einhergeht.

Dennoch kann man von einer leicht positiven Entwicklung sprechen, denn der Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen ist im Vergleich zwischen den Berichtsjahren 2010 und 2017 in der Mehrzahl der KVEn deutlich gesunken. Beispielsweise weist in den Jahren 2015 und 2017 nur eine KV einen Anteil erheblicher und/oder schwerwiegender Beanstandungen über 20 % auf, im Jahr 2010 bzw. 2011 war dies noch bei sieben KVEn der Fall. Einige KVEn weisen in keinem der betrachteten Berichtsjahre einen Anteil erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen über 20 % auf. Von diesen KVEn weist keine eine Fallzahl (geprüfte Ärzte) unter 20 auf, weshalb die Ergebnisse als verhältnismäßig gut vergleichbar gelten können.

Die Heterogenität der Beanstandungsquoten wurde auch im Rahmen des Ergebnisworkshops thematisiert. Die Teilnehmer mutmaßten, dass eine andere bzw. teilweise strengere Auslegung der Bewertungsgrundlagen verantwortlich für die Differenzen sein könnte. Zudem wurde von einem Workshop-Teilnehmer die Vermutung geäußert, dass Teilradiologen möglicherweise auf veraltete Technik oder nicht ausreichend ausgebildetes Personal zurückgreifen müssen und demnach in den Bewertungen auch schlechter abschneiden könnten.

³⁶ Leichte Zahlendifferenzen zu den Ergebnissen der Gesamtbewertungen können sich in allen Leistungsbereichen durch Prüfungen ergeben, die über das Kalenderjahr hinausgehen.

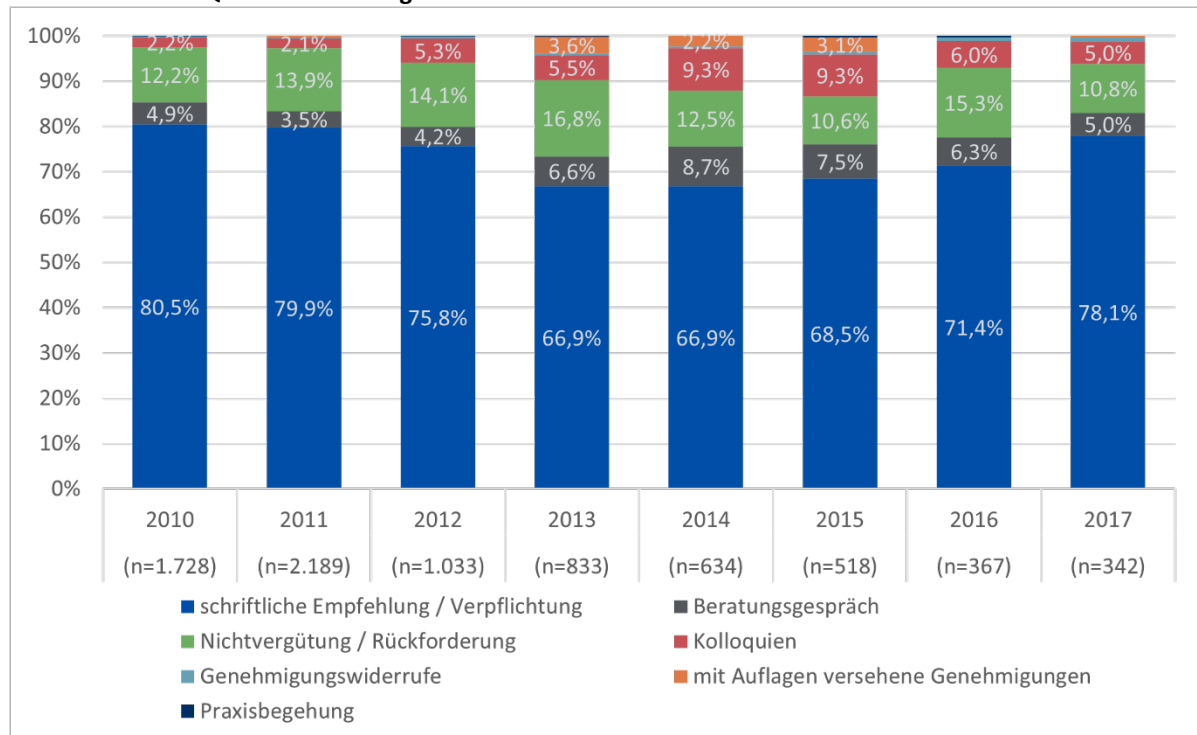
Maßnahmen der Qualitätsförderung

Abbildung 21: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik

Als häufigste Maßnahme zur Qualitätsförderung wurde im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik wie auch in den anderen Leistungsbereichen die schriftliche Empfehlung / Verpflichtung genutzt. Diese machten einen Anteil von mindestens 65 % aller Maßnahmen aus. Zweithäufigste Maßnahme war über alle Berichtsjahre hinweg die Nichtvergütung bzw. Rückforderung von Leistungen. Praxisbegehungen, Genehmigungswiderrufe und mit Auflagen versehene Genehmigungen wurden in sehr geringem Maße als Maßnahme zur Förderung der Qualität eingesetzt. Im zeitlichen Verlauf lässt sich im Hinblick auf die Maßnahmen zur Qualitätsförderung kein sich verändernder Trend erkennen. Zu beobachten ist allerdings, dass sich die absolute Zahl der Maßnahmen im Laufe der Jahre verringert hat, was vor allem dadurch zu begründen ist, dass auch die Anzahl der Prüfungen im zeitlichen Verlauf rückläufig ist.

Maßnahmennutzung in den einzelnen KVen:

Die KV Berlin machte im Berichtszeitraum als einzige KV von allen in der QP-RL genannten Maßnahmen zur Qualitätsförderung Gebrauch. Im Gegensatz dazu nutzte die KV Mecklenburg-Vorpommern in allen Berichtsjahren (trotz erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen in einigen Stichprobenprüfungen) ausschließlich die schriftliche Empfehlung / Verpflichtung als Maßnahme der Qualitätsförderung. 11 KVen nutzten die Möglichkeit der mit Auflagen versehenen Genehmigung nicht, die Maßnahme der Praxisbegehung wurde nur in der KV Berlin durchgeführt. Genehmigungswiderrufe erfolgten in 11 KVen.

In den Ergebnisworkshops wurde die Effektivität und Sinnhaftigkeit der einzelnen Maßnahmen zur Qualitätsförderung diskutiert. Konsens aller Teilnehmer war dabei, dass grundsätzlich alle Maßnahmen zur Qualitätsförderung sinnvoll sind. Die Teilnehmer betonten, dass die Maßnahmen immer auf Grundlage der Entscheidung der QS-Kommission getroffen werden und je nach Arzt und Art der Fehler an den Einzelfall angepasst werden, wodurch sich auch die teils unterschiedliche Nutzung der Maßnahmen zwischen den KVen begründen ließe. Bezogen auf die große Anzahl schriftlicher Empfehlungen / Verpflichtungen als Maßnahme der Qualitätsförderung wurde, ebenso wie im Leistungsbereich Arthroskopie, angemerkt, dass in den Berichtsdaten zwar keine Differenzierung hinsichtlich einer schriftlichen Empfehlung und einer schriftlichen Verpflichtung besteht, diese sich jedoch in der Praxis deutlich voneinander unterscheiden würden.

Die Möglichkeit der Praxisbegehung ist laut Teilnehmern vor allem bei groben Fehlern in der Einstelltechnik bei der Anfertigung von Röntgenaufnahmen sinnvoll und habe einen sehr nachhaltigen Effekt, da die Beanstandungen von den entsprechenden Ärzten sehr gut nachvollzogen werden könnten.

Wiederholungsprüfungen sollten laut Teilnehmern generell bei erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen durchgeführt werden, um zu prüfen, ob die veranlassten Maßnahmen zu Veränderungen geführt haben. Auch diese Maßnahme hat laut den Workshopteilnehmern positive Auswirkungen auf die weitere Dokumentationspraxis.

Weniger effektiv sind gemäß den Teilnehmern die Nichtvergütung oder Rückforderung von Leistungen, da der Betrag häufig zu gering sei, um einen Effekt bei den geprüften Ärzten zu erzielen.

Hinsichtlich des Kolloquiums brachten die Teilnehmer an, dass dies meist von den entsprechenden Fachärzten als „maximale Strafe“ und Prüfung empfunden wird und daher nur als Ultima Ratio durchgeführt werden sollte.

Kriterienbezogene Prüfungen

Tabelle 16: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Teilleistungsbereich Konventionelle Röntgendiagnostik

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	4	8	6	13	9	6	3	5
BY	80	141	166	182	125	25	39	23
BE	4	11	8	16	15	6	4	2
BB	---	---	2	---	---	---	---	---
HB	---	---	---	---	---	---	---	---
HH	---	---	---	---	---	---	---	---
HE	12	28	2	12	12	19	7	11
MV	---	---	---	---	---	---	---	---
NI	2	5	3	3	4	6	4	8
NO	11	6	1	2	---	---	---	---
RP	16	11	36	29	5	3	1	4
SL	---	---	2	---	---	---	1	---
SN	---	---	---	4	---	---	1	1
ST	2	2	1	2	2	1	2	---
SH	22	35	21	---	12	20	4	4
TH	---	---	---	1	1	3	2	4
WL	14	14	14	9	23	16	9	14
gesamt	167	261	262	273	208	105	77	76

--- keine kriterienbezogenen Prüfungen durchgeführt

Die Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik zeigt nach einem Anstieg bis zum Jahr 2013 in den letzten betrachteten Berichtsjahren einen starken Rückgang. So ist die Anzahl von maximal 273 Prüfungen im Jahr 2013 auf 76 Prüfungen im Jahr 2017 gesunken. Durchgeführt wurden die Prüfungen in den meisten Berichtsjahren aufgrund §4 Abs. 3 Nr. 4 (erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen). Lediglich im Jahr 2011 wurden die Prüfungen, wie auch in den anderen (Teil-)Leistungsbereichen, aufgrund §4 Abs. 3 Nr. 3 (Zeitraum von mindestens zwei Jahren zwischen Erteilung der Genehmigung und erstmaliger Abrechnung) durchgeführt. Drei der KVen (KV Bremen, KV Hamburg und KV Mecklenburg-Vorpommern) führten (trotz vorhandener erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen im Rahmen der Stichprobenprüfungen) in keinem der Berichtsjahre krite-

rienbezogene Prüfungen durch, während sieben KVen in allen Berichtsjahren kriterienbezogene Prüfungen durchführten.

Im Rahmen des Ergebnisworkshops wurde auf eine Ungenauigkeit der QP-RL bezüglich der Differenzierung zwischen einer „Wiederholungsprüfung“ nach §6 Abs. 3 (3c) und einer „kriterienbezogenen Prüfung“ nach §4 Abs. 3 eingegangen. Nach der Richtlinie ist eine empfohlene Maßnahme bei festgestellten erheblichen Beanstandungen die Fortsetzung des Prüfverfahrens. Diese Maßnahme wird allerdings in den Berichtsdaten nicht als solche erfasst. Für schwerwiegende Beanstandungen wird die Fortsetzung des Prüfverfahrens als Maßnahme der Qualitätsförderung in §6 Abs. 3 (3c) nicht genannt. Allerdings besteht die Möglichkeit, sowohl bei erheblichen als auch bei schwerwiegenden Beanstandungen im Rahmen der Stichprobenprüfung eine kriterienbezogene Prüfung nach §4 Abs. 3 durchzuführen, die auch in den Berichtsdaten erfasst werden. Tritt allerdings der Fall ein, dass ein Arzt mit erheblichen Beanstandungen erneut geprüft wird, wird dies in den Berichtsdaten nur erfasst, wenn die Prüfung nach §4 Abs. 3 durchgeführt wird. Wird sie nach §6 Abs. 3 (3c) durchgeführt, wird sie in den Berichtsdaten nicht dokumentiert. Die Workshopteilnehmer berichteten, dass diese Ungenauigkeit in der neuen Richtlinie bereits behoben wurde. Nach der neuen Richtlinie seien nun erneute Prüfungen sowohl bei erheblichen als auch bei schwerwiegenden Beanstandungen verpflichtend und würden auch dementsprechend erfasst.

Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen

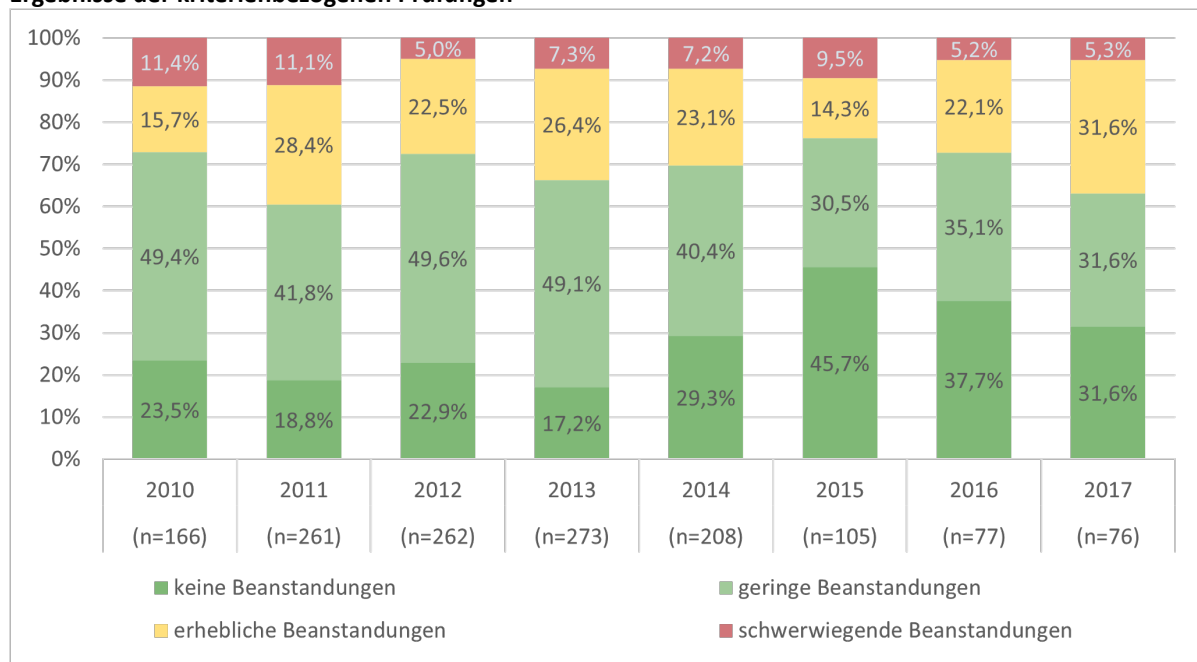


Abbildung 22: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik

Die Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen zeigen, dass der Anteil der Ärzte, die weiterhin erhebliche oder schwerwiegende Mängel aufwiesen, immer unter 40 % lag, mit einem Maximum im Jahr 2011 von 39,5 %. Durchschnittlich konnten bei 68,6 % der (erneut) geprüften Ärzte keine oder nur geringe Mängel festgestellt werden. Allerdings wiesen mindestens knapp ein Viertel aller geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik weiterhin erhebliche oder schwerwiegende Mängel auf, das Minimum lag hier bei 23,8 % im Jahr 2015. Insgesamt ist kein Trend im zeitlichen Verlauf erkennbar.

Im Rahmen des Ergebnisworkshops wurden die Teilnehmer gefragt, wie das Prüfverfahren bei denjenigen Ärzten weitergeführt wird, bei denen im Rahmen einer Wiederholungs- oder kriterienbezogenen Prüfung (erneut) erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden. Die Teilnehmer erklärten, dass in diesen Fällen meist Maßnahmen wie ein Kolloquium, eine Praxisbegehung oder ein Genehmigungswiderruf ergriffen werden. Ob und wie diese Maßnahmen erfasst werden, ist den berichteten Daten nicht zu

entnehmen. Bezogen auf die teils nicht alle Qualitätsforderungsmaßnahmen umfassende Vorgabe an die Berichterstattung wurde ebenfalls angemerkt, dass der zeitliche Umfang des gesamten Prüfprozesses in den Berichtsdaten teilweise nicht abgebildet werden kann, da einige Prüfprozesse bis in das nächste Berichtsjahr andauern und somit im aktuellen Berichtsjahr nicht vollständig dokumentiert werden können.

3.3.2 Computertomographie

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse für den Teilleistungsbereich Computertomographie dargestellt.

Umfang der Stichprobenprüfungen

Seit Inkrafttreten der QBR-RL wurden im Teilleistungsbereich Computertomographie jährlich zwischen 10 (2017) und 382 (2010) der abrechnenden Ärzte hinsichtlich der Qualität erbrachter Leistungen anhand von Stichprobenprüfungen geprüft. Die QBR-RL erlaubt seit dem Jahr 2012, Routineprüfungen im Bereich der Computertomographie für bis zu 2 Jahre auszusetzen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass in vorhergehenden Routineprüfungen überwiegend keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt wurden. Für das Jahr 2015 war die Durchführung der Stichprobenprüfungen für alle KVen noch einmal verpflichtend, für die Jahre 2016 und 2017 wurde die Prüfverpflichtung auf Beschluss des G-BA erneut ausgesetzt.

Tabelle 17: Rate der geprüften Ärzte pro KV, Gesamtrate und bundesweite Anzahl der geprüften Ärzte im Teilleistungsbereich Computertomographie³⁷

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	6,1%	3,9%	#	#	#	5,0%	#	#
BY	47,8%	9,8%	#	#	#	---	#	#
BE	4,5%	6,1%	5,2%	1,2%	5,3%	5,0%	5,0%	3,0%
BB	5,8%	6,0%	#	#	#	3,9%	#	#
HB	12,1%	8,3%	#	#	#	3,7%	#	#
HH	23,2%	20,6%	8,6%	29,3%	5,1%	20,1%	8,1%	2,5%
HE	5,2%	6,8%	5,6%	#	#	5,1%	#	#
MV	19,0%	24,6%	23,8%	#	#	19,2%	#	#
NI	4,7%	0,0%	#	#	#	4,0%	#	#
NO	x	3,9%	4,1%	#	#	4,1%	3,8%	#
RP	11,4%	38,2%	20,3%	20,3%	4,2%	4,2%	#	#
SL	6,3%	8,0%	6,3%	#	#	5,6%	#	#
SN	4,5%	0,0%	4,0%	4,4%	4,2%	4,4%	#	#
ST	4,2%	1,4%	3,7%	#	#	---	#	#
SH	27,5%	24,1%	7,8%	13,5%	21,1%	20,0%	#	#
TH	6,3%	4,1%	3,9%	#	#	4,7%	#	#
WL	10,6%	0,0%	#	#	#	5,3%	#	#
Gesamtrate*	15,0%	9,3%	6,8%	12,8%	6,1%	5,8%	4,9%	2,8%
Anzahl geprüfte Ärzte**	382	217	117	92	56	178	35	10

* Bezogen auf alle KVen, die geprüft haben

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenen Prüfergebnis

x Gemeinsame Überprüfung von Röntgendiagnostik und CT

Aussetzung der Prüfung gemäß G-BA-Beschluss

--- keine Stichprobenprüfungen durchgeführt

³⁷ Auf eine Angabe von absoluten Zahlen der geprüften Ärzte pro KV wurde in allen Leistungsbereichen verzichtet, da diese auch in Abhängigkeit von der Größe der KV sehr unterschiedlich sind, was die Interpretation erschwert. Auf eine zusätzliche Nennung absoluter Zahlen (z.B. durch Hinzufügung in die bestehenden Tabellen oder durch jeweils gesonderte Tabellen) wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet – diese Zahlen können aus den regulär veröffentlichten Berichten entnommen werden.

Insgesamt ist der Anteil der geprüften Ärzte von 2010 (15 %) bis 2017 (2,8 %) im Teilleistungsbereich Computertomographie im Zeitverlauf stark gesunken, wobei die Gesamtrate aufgrund der Aussetzung der Prüfverpflichtung nicht repräsentativ für das gesamte Bundesgebiet ist. Im Jahr 2010, in der die Prüfverpflichtung noch bestand, wurde der Mindestprüfumfang von 4 % in allen KVen erreicht. Im Jahr 2011 hingegen (auch hier bestand die Prüfverpflichtung noch) erreichten 6 KVen den Mindestprüfumfang nicht, wobei 2 KVen den Wert mit jeweils 3,9 % nur sehr knapp verfehlten. Die anderen 4 KVen gaben folgende Gründe für das Nicht-Erreichen des Mindestprüfumfanges an:

- Aussetzung der Prüfung (KV Niedersachsen; KV Sachsen; KV Westfalen-Lippe)
- Kommission für alle radiologischen Leistungen neu gegründet, zunächst vorrangig Antragsbearbeitung (KV Sachsen-Anhalt)

Da die Stichprobenprüfungen seit 2012 (mit Ausnahme von 2015) laut QBR-RL ausgesetzt werden konnten, sofern in vorherigen Prüfungen überwiegend keine oder nur wenige Beanstandungen festgestellt wurden, wurden ab diesem Jahr auch in deutlich weniger KVen entsprechende Prüfungen durchgeführt (vgl. Tabelle 17). Während in den Jahren 2010 und 2011 noch 16 bzw. alle 17 KVen im Leistungsbereich Computertomographie Stichprobenprüfungen durchführten, waren es in den Jahren 2013 und 2014 jeweils 5 KVen, in den Jahren 2016 und 2017 prüften nur 3 bzw. 2 KVen die Leistungen der Ärzte anhand der Stichprobenprüfung. Im Jahr 2015 führten 15 der 17 KVen Stichprobenprüfungen im Teilleistungsbereich Computertomographie durch, da für dieses Berichtsjahr wieder eine Prüfverpflichtung mit einem Mindestprüfumfang von 4 % bestand. Zwei KVen (KV Berlin und KV Hamburg) führten in allen Berichtsjahren Prüfungen im Teilleistungsbereich Computertomographie durch. Für die Jahre, in denen die Prüfverpflichtung ausgesetzt wurde, berichteten 2 KVen (KV Rheinland-Pfalz; KV Schleswig-Holstein) dennoch teils sehr hohe Prüfquoten. Der Grund hierfür war, dass Prüfungen nach §136 Abs. 2 SGB V und §17a RöV in den entsprechenden KVen organisatorisch verbunden waren und dadurch mehr Prüfungen stattfanden. Ab 2014 wurden sie in der KV Rheinland-Pfalz wieder getrennt durchgeführt.

Ergebnisse der Gesamtbewertungen

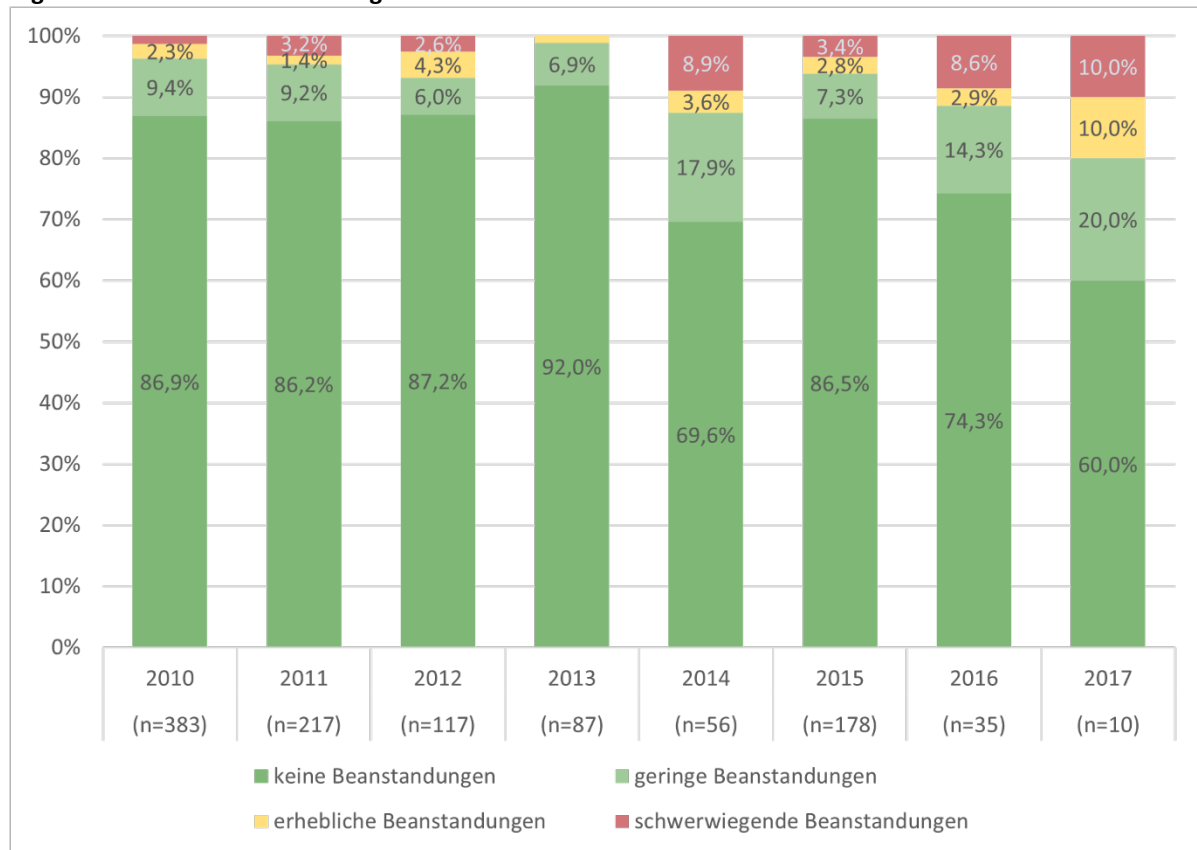


Abbildung 23: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen im Teilleistungsbereich Computertomographie

An den Ergebnissen in Abbildung 23 ist zu erkennen, dass in den Stichprobenprüfungen in allen Berichtsjahren im Durchschnitt gute Ergebnisse erzielt wurden. So konnten in der überwiegenden Mehrheit der Prüfungen (zwischen 80 % und 98,9 %) keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt werden. Dementsprechend wenige Ärzte wiesen in den Prüfungen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen auf. Dennoch gab es in den letzten 4 Berichtsjahren (2014 bis 2017) einen leichten Rückgang des relativen Anteils der Ärzte mit der Gesamtbewertung „keine Beanstandungen“ im Rahmen der Stichprobenprüfung. Bei der Betrachtung dieser Entwicklung gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die absolute Anzahl der Prüfungen in diesen Jahren geringer als in den Vorjahren war und die Ergebnisse kleiner Stichproben in ihrer Repräsentativität eingeschränkt sind.

Im Rahmen des Ergebnisworkshops wurde gemutmaßt, dass sich die generell geringen Beanstandungsquoten vor allem dadurch erklären lassen, dass Computertomographie-Untersuchungen hochstandardisiert sind. Probleme lägen überwiegend im Bereich der Strahlenbelastung oder der technischen Geräte, die Qualität der Untersuchungen an sich sei zunehmend nicht mehr zu beanstanden.

Tabelle 18: Anzahl der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen pro KV pro Jahr, im KV-Durchschnitt und im Gesamtdurchschnitt pro Jahr im Teilleistungsbereich Computertomographie

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	0	0	#	#	#	0	#	#
BY	1	0	#	#	#	---	#	#
BE	4	6	6	1	5	4	4	2
BB	0	0	#	#	#	0	#	#
HB	0	0	#	#	#	0	#	#
HH	2	0	0	0	1	5	0	0
HE	0	0	0	#	#	0	#	#
MV	0	0	0	#	#	0	#	#
NI	1	0	#	#	#	0	#	#
NO	x	0	0	#	#	2	0	#
RP	1	1	2	0	0	0	#	#
SL	0	0	0	#	#	0	#	#
SN	0	0	0	0	0	0	#	#
ST	1	1	0	#	#	---	#	#
SH	3	2	0	0	1	0	#	#
TH	1	0	0	#	#	0	#	#
WL	0	0	#	#	#	0	#	#
gesamt	14	10	8	1	7	11	4	2
Anzahl geprüfte Ärzte**³⁸	382	217	117	92	56	178	35	10

** Anzahl der geprüften Ärzte mit einem abgeschlossenem Prüfergebnis

x Gemeinsame Überprüfung von Röntgendiagnostik und CT

Freiwillige Aussetzung der Prüfung

--- keine Stichprobenprüfungen durchgeführt

Hinweis: Eine Darstellung der relativen Anteile der Beanstandungen schien im Teilleistungsbereich Computertomographie aufgrund der sehr geringen Fallzahlen nicht sinnvoll, weshalb in Tabelle 18 anders als in den anderen (Teil)Leistungsbereichen die absoluten Zahlen dargestellt sind.

Werden die Ergebnisse auf KV-Ebene betrachtet, wird ersichtlich, dass 8 KVen über den gesamten Berichtszeitraum keine erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen als Ergebnis der Stichprobenprüfungen aufwiesen (KVen Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Westfalen-Lippe). All diese KVen haben seit 2013 außer im Jahr 2015 keine Stichprobenprüfungen durchgeführt (Ausnahme KV Sachsen).

Die KV Berlin wies verhältnismäßig am meisten Prüfungen mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen auf (in jedem Jahr seit 2010 zwischen 1 und 6 in Summe bei jährlich jeweils weniger als 10 Prüfungen). Dementsprechend gehört die KV Berlin auch zu den beiden KVen, die seit 2010 jedes Jahr Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Computertomographie durchführten. Die KV Hamburg, die ebenfalls in jedem Berichtsjahr Stichprobenprüfungen durchführte, wies in 3 der 8 Berichtsjahre Prüfungen mit erheblichen oder schwerwiegenden Mängeln auf.

Als Grund für diese Ergebnisse sprachen die Workshopteilnehmer auch hier von einer anderen bzw. teilweise strengeren Auslegung der Bewertungsgrundlagen der KVen. Problematisch sei hierbei auch, dass zwischen den KVen mangelnde Kenntnis über die Prüfprozesse der anderen KVen herrsche, da ein Austausch der KVen diesbezüglich fehle. Auch laut G-BA deute die längsschnittliche Betrachtung der Beanstandungen auf eine

³⁸ Leichte Zahlendifferenzen zu den Ergebnissen der Gesamtbewertungen können sich in allen Leistungsbereichen durch Prüfungen ergeben, die über das Kalenderjahr hinausgehen.

unterschiedliche Bewertungspraxis hin (G-BA 2015). Die Teilnehmer des Ergebnisworkshops merkten daher an, dass die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Auslegung nur eingeschränkt vergleichbar sind. Um Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen, sei ein direkter Austausch insbesondere zwischen KVen mit niedrigen und mit hohen Beanstandungsquoten wünschenswert. Berichtet wurde allerdings auch, dass in der neuen QP-RL bereits auf diese Problematik eingegangen wurde und nun mithilfe eines differenzierten Bewertungsschemas versucht wird, die Heterogenität hinsichtlich der Beanstandungsquoten zwischen den KVen abzumildern.

Maßnahmen zur Qualitätsförderung

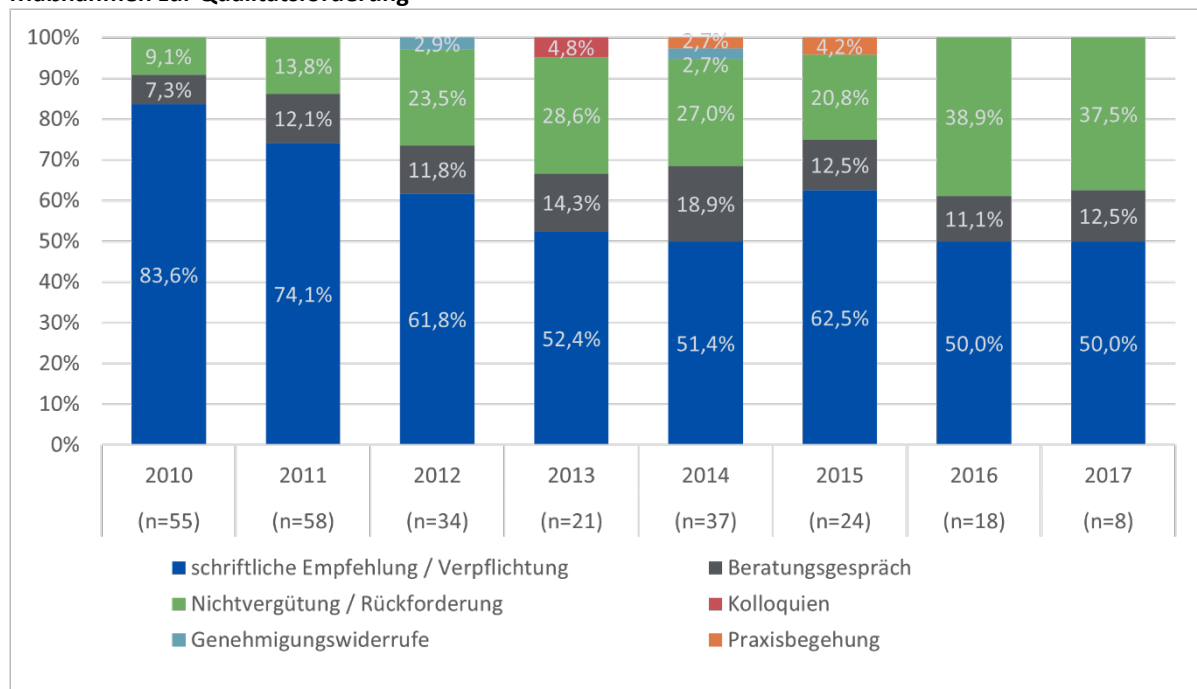


Abbildung 24: Bundesweiter relativer Anteil der Maßnahmen im Teilleistungsbereich Computertomographie

Als Maßnahme zur Förderung der Qualität überwog mit einem Anteil von mindestens 50 % in allen Berichtsjahren die schriftliche Empfehlung / Verpflichtung als Konsequenz der Stichprobenprüfungen. Dies lässt sich, hier wie auch in den anderen Leistungsbereichen, vor allem darauf zurückführen, dass schriftliche Empfehlungen bereits bei Ärzten mit geringen Beanstandungen genutzt werden und in den Berichtsdaten nicht zwischen schriftlichen Empfehlungen und schriftlichen Verpflichtungen differenziert wird. Zudem gab beispielsweise die KV Nordrhein an, im Jahr 2011 allen Ärzten eine Empfehlung ausgestellt zu haben, obwohl in der überwiegenden Mehrzahl der Prüfungen keine Beanstandungen festgestellt wurden. Nichtsdestotrotz ist ein leicht rückläufiger Trend des Anteils der schriftlichen Empfehlungen / Verpflichtungen erkennbar; vor allem der Anteil der Nichtvergütung oder Rückforderung von Leistungen ist in den letzten Berichtsjahren im Gegenzug etwas angestiegen. Praxisbegehungen (2x), Kolloquien (1x) und Genehmigungswiderrufe (1x) wurden im Teilleistungsbereich Computertomographie in den betrachteten Jahren entsprechend der niedrigen Zahl an Beanstandungen sehr selten als Maßnahme zur Qualitätsförderung genutzt. Das Kolloquium, das durchgeführt wurde, wurde bestanden.

Maßnahmennutzung in den einzelnen KVen:

Mit Ausnahme von 2 KVen nutzten alle KVen die abgestuften Maßnahmen zur Qualitätsförderung. Die KV Brandenburg und die KV Saarland nutzen allerdings deswegen keine Maßnahmen, weil die geprüften Ärzte in diesen KVen in den Stichprobenprüfungen in keinem der Berichtsjahre erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen aufwiesen. Nur die KV Berlin nutzte alle Maßnahmen zur Qualitätsförderung, 9 KVen nutzten lediglich die Maßnahme der schriftlichen Empfehlung / Verpflichtung, obwohl in 5 dieser 9 KVen im Rahmen der Stichprobenprüfungen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden. Vier KVen

nutzten die Nichtvergütung oder Rückforderung (KVen Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz); Beratungsgespräche wurden von 3 KVen geführt (KVen Berlin, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein).

Auch hier gelten (mit Ausnahme der Begründung zur Nichtvergütung bzw. Rückerstattung) dieselben Anmerkungen, die bereits im Hinblick auf die Maßnahmen im Bereich konventionelle Röntgendiagnostik geäußert wurden. Generell werden die Maßnahmen zur Qualitätsförderung für den gesamten Leistungsbereich Radiologie als sinnvoll erachtet.

Kriterienbezogene Prüfungen

Tabelle 19: Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen pro KV und gesamt im Teilleistungsbereich Computertomographie

KV	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BW	1	---	---	---	---	---	---	---
BY	1	---	16	---	---	---	---	---
BE	1	1	1	8	6	2	2	---
BB	---	---	---	---	---	---	---	---
HB	---	---	---	---	---	---	---	---
HH	---	---	---	---	---	---	---	---
HE	---	---	---	---	---	---	---	---
MV	---	---	---	---	---	---	---	---
NI	---	---	---	---	---	---	---	---
NO	---	---	---	---	---	---	---	---
RP	---	---	---	1	1	---	---	---
SL	---	---	---	---	---	---	---	---
SN	---	---	---	---	---	---	---	---
ST	---	1	2	---	---	---	1	1
SH	---	1	---	---	1	---	---	---
TH	---	---	---	---	---	---	---	---
WL	---	---	---	---	---	---	---	---
gesamt	3	3	19	9	8	2	3	1

--- keine kriterienbezogenen Prüfungen durchgeführt

Die Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen im Teilleistungsbereich Computertomographie ist mit durchschnittlich 6 Prüfungen pro Jahr relativ gering. Der Großteil der Prüfungen wurde durchgeführt, weil im Rahmen der entsprechenden Stichprobenprüfungen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt wurden (QP-RL §4 Abs. 3 (4)). Die 3 kriterienbezogenen Prüfungen im Jahr 2011 wurden durchgeführt, da zwischen der Bestätigung der fachlichen Qualifikation und der Erteilung einer Genehmigung ein Zeitraum von mindestens 2 Jahren lag (QP-RL §4 Abs. 3 (3)). Eine kriterienbezogene Prüfung der KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2017 wurde aufgrund begründeter Hinweise auf eine unzureichende Qualität der Leistungen durchgeführt (QP-RL §4 Abs. 3 (5)). Die KV Bayerns setzte im Jahr 2012 die Stichprobenprüfungen gemäß Beschluss des G-BA aus, führte allerdings 16 kriterienbezogene Prüfungen durch. 11 KVen führten in den Berichtsjahren keine kriterienbezogenen Prüfungen durch.

Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen

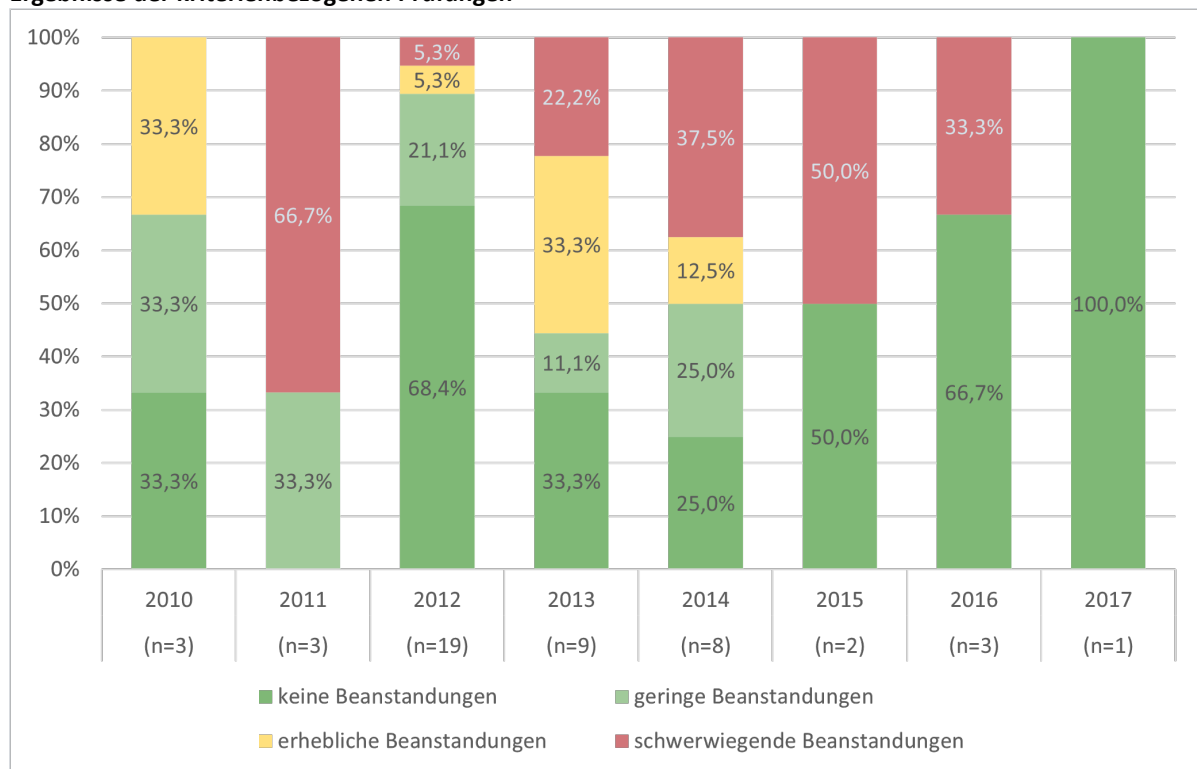


Abbildung 25: Bundesweiter relativer Anteil der Beanstandungen bei kriterienbezogenen Prüfungen im Teilleistungsbereich Computertomographie

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der kriterienbezogenen Prüfungen ein eher heterogenes Bild. Dabei ist zu beachten, dass die Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen sehr gering ist, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind. Nichtsdestotrotz ist erkennbar, dass die Mehrheit der kriterienbezogenen Prüfungen keine oder nur geringe Beanstandungen aufwies.

4 Umsetzung der Richtlinie

Gemäß §135b Abs. 2 SGB V obliegt die Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie den KVen auf Landesebene. Im Kern ist die QP-RL eine allgemeine, d.h. die einzelnen KVen übergreifende Verfahrensregelung, die einen einheitlichen Rahmen für die Durchführung der Qualitätsprüfungen und das Ergreifen von Maßnahmen zur Qualitätsförderung vorgibt. In diesem Sinne vereinheitlicht sie durch Vorgaben Auswahl und Umfang der Stichproben, die Durchführung der Prüfung, die Bewertung der Ergebnisse und die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen sowie die Berichterstattung über Ergebnisse und Maßnahmen. Als Rahmenvorgabe ist sie subsidiär zu den die jeweiligen Leistungsbereiche konkretisierenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien.

Zur Beantwortung der Leitfrage, ob die Richtlinie von den KVen gemäß den allgemeinen Vorgaben umgesetzt wird, wurden folgende Schwerpunkte fokussiert:

- Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung
- Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen
- Einheitlichkeit der Maßnahmen
- Vergleichbarkeit der Ergebnisse

Da die genannten Kriterien nur als qualitative Leitbegriffe oder Zielsetzungen gefasst werden können, für die keine gegenstandsunabhängige Definition besteht, bleibt die Auswertung in methodischer Hinsicht zunächst auf eine deskriptive Analyse beschränkt.

Ein mögliches Ergebniskriterium zur Bewertung wurde aus der Intention des G-BA abgeleitet, nach der die Richtlinie primär auf eine Vereinheitlichung der Qualitätsprüfungen abzielt, um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen. Insofern kann im interpretativen Rückgriff auf die Berichtsdatenanalyse überprüft werden, ob und inwieweit die Ergebnisse der KVen tatsächlich vergleichbar sind.

4.1 Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung

Der Punkt „Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung“ wurde im Wesentlichen in Bezug auf Unterschiede/Übereinstimmungen hinsichtlich zentraler formaler Anforderungen an das Verfahren bzw. wichtiger Voraussetzungen für eine einheitliche Umsetzung operationalisiert. Hierzu gehören Kriterien zur Auswahl der Kommissionsärzte, die Anwendung der Beurteilungskriterien und Maßnahmen zur Befähigung der Kommissionsärzte zur einheitlichen Anwendung der Kriterien sowie die einheitliche Anwendung der Dokumentationsvorgaben und der Ergebnisdarstellung.

Datengrundlage zur Bewertung dieser Frage waren die Befragung der Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, die Berichtsdaten sowie die Ergebnisworkshops.

Den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen wurden verschiedene Fragen zur Verfahrensgestaltung gestellt, anhand deren Beantwortung Rückschlüsse auf die Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung gestellt werden können. Dabei standen vor allem die Auswahl der Ärzte für die QS-Kommissionen, die Anwendung der Beurteilungskriterien und die Vorgaben für die Dokumentation der Prüfungen im Fokus.

4.1.1 Kriterien zur Auswahl der Kommissionsärzte

Zunächst wurden die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen gefragt, wie die Auswahl der Ärzte der QS-Kommissionen, die in dem Prüfverfahren die Beurteilungskriterien anwenden, stattfindet. Dies hatte zum Ziel herauszufinden, ob ein einheitliches Verfahren bei den KVen angewandt wird oder ob Unterschiede zwischen den KVen bestehen. Die größte Rolle im Auswahlprozess der QS-Kommissionsärzte spielen Vorschläge bisheriger Kommissionsmitglieder, was von 15 der 17 KVen genannt wurde. Darüber hinaus wird bei 11 KVen die Auswahl dadurch mitbestimmt, dass Ärzte mit guten Ergebnissen in den Stichprobenprüfungen als besonders geeignet angesehen werden. Bei neun KVen werden Berufsverbände um Vorschläge gebeten, die im Auswahlprozess berücksichtigt werden. Bei einigen wenigen KVen melden sich Ärzte aus Eigeninitiative, es findet eine Ausschreibung der Stelle über die Homepage/das Mitteilungsheft statt oder es gibt Empfehlungen von erfahrenen Kollegen. Der Auswahlprozess wird bei allen KVen durch die finale Entscheidung des Vorstandes abgeschlossen.

Ergänzend wurde gefragt, wie die in §3 Abs. 2 QP-RL genannten Anforderungen „der besonderen Erfahrung“ und „Kenntnisse oder Erfahrung in der Qualitätssicherung“ im betreffenden Leistungsbereich, die für die Ärzte der QS-Kommissionen vorhanden sein sollen, von den KVen überwiegend operationalisiert werden. Die besondere Erfahrung wird bei 13 der 17 KVen derart operationalisiert, dass eine Facharztweiterbildung vorhanden sein muss. Das Vorliegen guter Ergebnisse vorangegangener Stichprobenprüfungen, das Vorhandensein einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistung bei den Fachärzten sowie längere Berufserfahrung sind bei jeweils der Hälfte der KVen weitere Operationalisierungen „der besonderen Erfahrung“. Auch Weiterbildungen/Zusatzqualifikationen sowie die Reputation oder die kollegiale Einschätzung wurden im Rahmen der Interviews genannt, spielen jedoch eher eine untergeordnete Rolle. Die „Kenntnisse oder Erfahrungen“ in der Qualitätssicherung werden von den KVen überwiegend folgendermaßen operationalisiert:

- Aushändigung einer Willkommens- oder Infomappe mit Richtlinien, Checklisten, Prüfblättern etc. für neue Mitglieder (12 der 17 KVen)
- Einweisung bzw. Einarbeitung durch etablierte Kommissionsärzte (9 der 17 KVen)
- Versand von Newslettern/Informationsschreiben zu Qualitätsthemen (6 der 17 KVen)
- Erläuterung des Prüfablaufs durch die Geschäftsstelle (5 der 17 KVen)

Weitere Einzelangaben gab es jeweils dahingehend, dass der Arzt die Leistung aktiv und längere Zeit durchführen muss, er schon einer Qualitätsprüfung unterzogen worden sein muss oder überprüft wird, ob

Kenntnisse in der Qualitätssicherung vorhanden sind. Bei einer KV besteht ergänzend die Möglichkeit von E-Learning-Modulen.

4.1.2 Anwendung der Beurteilungskriterien

Um ein einheitliches und transparentes Verfahren herzustellen, ist es unabdingbar, dass die Beurteilungskriterien einheitlich angewendet werden und folglich die Beurteilungen vergleichbar sind. Somit müssen die QS-Kommissionsärzte befähigt werden, die Kriterien der Beurteilungsrichtlinien korrekt anzuwenden. Hierzu wurde den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen die Frage gestellt, wie sie die Mitglieder der QS-Kommission befähigen, die Kriterien der Beurteilungsrichtlinien korrekt anzuwenden. Am häufigsten wurde genannt:

- Einarbeitung neuer Kommissionsmitglieder durch etablierte Kommissionsmitglieder (13 KVen)
- Herausgabe einer zu dem Zweck erstellten Willkommensmappe mit Infomaterial (11 KVen)
- Einweisung und Anleitung durch die Geschäftsstelle (10 KVen)

Darüber hinaus nannten einige wenige KVen folgende Maßnahmen zur Befähigung ihrer QS-Kommissionsmitglieder zur korrekten Anwendung der Beurteilungsrichtlinien:

- Probedokumentationen/Übungsfälle werden ausgegeben und gemeinsam besprochen (4 KVen)
- konstituierende Sitzung in neuer Legislaturperiode, in denen neuen Mitgliedern die Aufgaben erläutert werden (4 KVen)
- Vorab-Hospitationen in den Sitzungen (3 KVen)
- IT-Programm zur Erläuterung des Verfahrensablaufs/E-Learning (2 KVen)

Auf die explizite Frage, wie die Einheitlichkeit bei der Kommissionsarbeit sichergestellt werden kann, wird von 10 Geschäftsstellen der KVen auf das einheitliche Bewertungsschema und festgelegte Standards, Checklisten und Prüfbögen verwiesen. Diese werden jeweils allen neuen Kommissionsmitgliedern zur Verfügung gestellt, was für ein transparentes Vorgehen spricht. Darüber hinaus kommt es auch bei 6 KVen zur Bearbeitung von Musterfällen bzw. Probedokumentationen. Ebenfalls 6 KVen geben an, dass die Bewertungen mit anwesenden Kommissionsmitgliedern gemeinsam besprochen und beurteilt werden. Einzelangaben gab es dahingehend, dass es bei neuen Verfahren oder umfangreichen Richtlinienänderungen gesonderte Sitzungen zu den neuen Anforderungen gibt oder es jährliche Treffen aller Kommissionsmitglieder gibt, in denen Fragen und offene Punkte besprochen werden, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen. Auch länderübergreifende Kommissionen für gewisse Themen zur Beratung und Anwendung eines einheitlichen Schemas wurden genannt.

Die einheitliche Anwendung der Beurteilungskriterien wurde in den Ergebnisworkshops im Zusammenhang mit der Diskussion der Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse dahingehend thematisiert, dass die Aussagekraft der Berichtsdaten nach Ansicht der Teilnehmer auch aufgrund von Unterschieden im Bewertungsprozess eingeschränkt sei. Die Workshopteilnehmer verdeutlichten, dass innerhalb der KVen und Prüfkommisionen mangelnde Kenntnis über die Prüfprozesse der anderen KVen bestünde, da ein direkter Austausch darüber in der Regel nicht existiere. Durch die teils unterschiedliche Auslegung der Bewertungsschemata und der individuellen Veranlassung der Maßnahmen zur Qualitätsförderung seien die in den Berichten dargestellten Ergebnisse somit nicht direkt vergleichbar. Hinzu kommt, dass sich die QS-Prüfkommisionen in den KVen individuell zusammensetzen, was ebenfalls zu Unterschieden im Bewertungsprozess führt (G-BA 2015).

4.1.3 Anwendung der Dokumentationsvorgaben und Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen werden gemäß §6 Absatz 2 der QP-RL von den zuständigen QS-Kommissionen in einer Ergebnismünderschrift festgehalten. Zu dokumentieren sind dabei neben den festgestellten Beanstandungen und allgemeinen Daten wie Datum und Ort der Prüfung auch die Empfehlungen zur Beseitigung der Mängel.

Laut §9 Absatz 2 der QP-RL sind die KVen im Rahmen der Berichtspflicht nach §136 Absatz 1 SGB V verpflichtet, die Berichtsdaten bezüglich der Qualitätsprüfungen für jedes Kalenderjahr an die KBV zu übermitteln.

Da in der QP-RL verbindlich für alle KVen festgehalten ist, welche Daten bezüglich der Qualitätsprüfungen an die KBV übermittelt werden müssen, erfolgt die Dokumentation aller KVen einheitlich. Begünstigt wird dies dadurch, dass allen KVen für die Dokumentation der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen eine standardisierte, vorgefertigte Tabelle zur Verfügung steht, die neben numerischen Angaben pro Leistungsbereich lediglich jeweils ein Freitextfeld für Begründungen bei Nicht-Einhaltung des Mindestprüfumfanges enthält, in denen sich die Dokumentation der KVen unterscheiden könnte. Da diese Tabelle übergreifend für alle Leistungsbereiche gilt, erfolgt die Dokumentation der Prüfungen nicht nur innerhalb eines Leistungsbereiches einheitlich, sondern auch über alle Leistungsbereiche hinweg.

4.2 Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen

Der Punkt „Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen“ wurde im Wesentlichen in Bezug auf Unterschiede/Übereinstimmungen hinsichtlich der Bewertungsgrundlagen und ihrer Anwendung operationalisiert.

Datengrundlage waren die Aussagen von Kommissionsärzten aus der Befragung sowie die diesbezüglichen Diskussionen in den Ergebnisworkshops.

Die Fragen zur Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen wurden den QS-Kommissionsärzten gestellt, die die Beurteilungskriterien im Rahmen der Stichprobenprüfungen anwenden. Zunächst wurde die Frage gestellt, welche Unterstützung ihnen die jeweilige KV zur einheitlichen Anwendung der Kriterien der Beurteilungsrichtlinie bietet. In den Antworten zeigt sich, dass die jeweiligen KVen den QS-Kommissionsärzten zahlreiche Unterstützungsangebote an die Hand geben, was in nachfolgender Tabelle dargestellt wird.

Tabelle 20: Unterstützung der KVen zur einheitlichen Anwendung der Kriterien der Beurteilungsrichtlinie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

	Welche Unterstützung bietet Ihnen Ihre KV zur einheitlichen Anwendung der Kriterien der Beurteilungsrichtlinie?							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schulungen	8	8,7%	5	16,1%	1	5,6%	3	7,0%
Einweisungen	50	54,3%	13	41,9%	9	50,0%	28	65,1%
Checklisten	71	77,2%	25	80,6%	17	94,4%	29	67,4%
Prüfblätter	30	32,6%	21	67,7%	12	66,7%	32	74,4%
Keine	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%
Andere	10	10,9%	4	12,9%	4	22,2%	2	4,7%

Als andere Unterstützungsangebote wurden von den QS-Kommissionsmitgliedern Informations- und Kollegengespräche, Beratungen und Absprachen zwischen den Kommissionsmitgliedern sowie weitere Formulierungshilfen genannt. Anhand der weiteren Fragen an die QS-Kommissionsärzte zur Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen lassen sich Rückschlüsse auf die Transparenz und Einheitlichkeit bei der Anwendung der Beurteilungsrichtlinien sowie der Dokumentation und der Vergleichbarkeit der Ergebnisse ziehen. Die folgenden Abbildungen zeigen die Ergebnisse zu diesen Fragen getrennt für alle Leistungsbereiche.

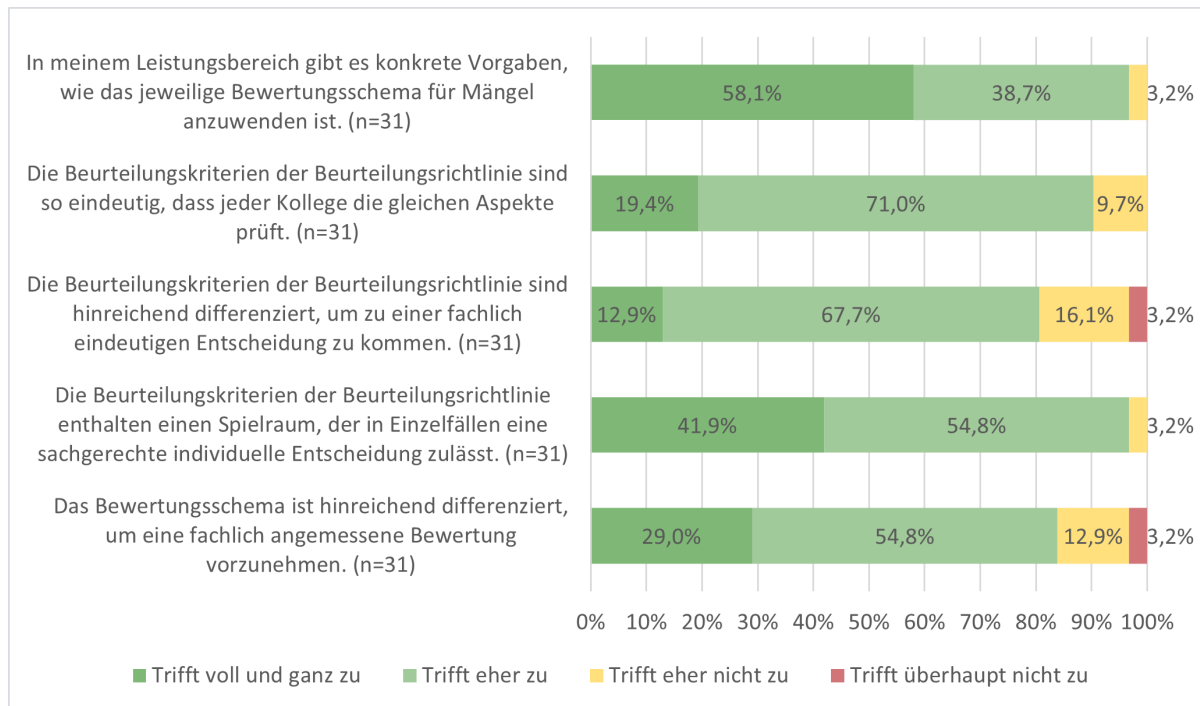


Abbildung 26: Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen für den Leistungsbereich Arthroskopie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

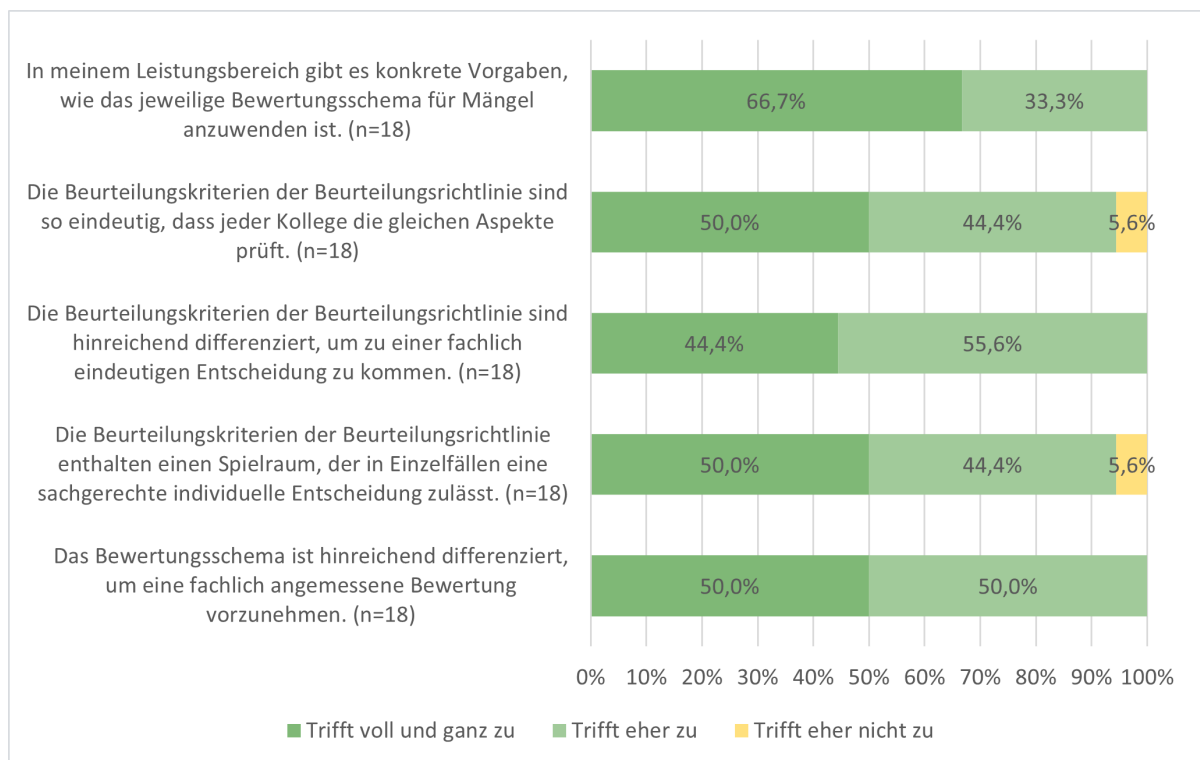


Abbildung 27: Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen für den Leistungsbereich Kernspintomographie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

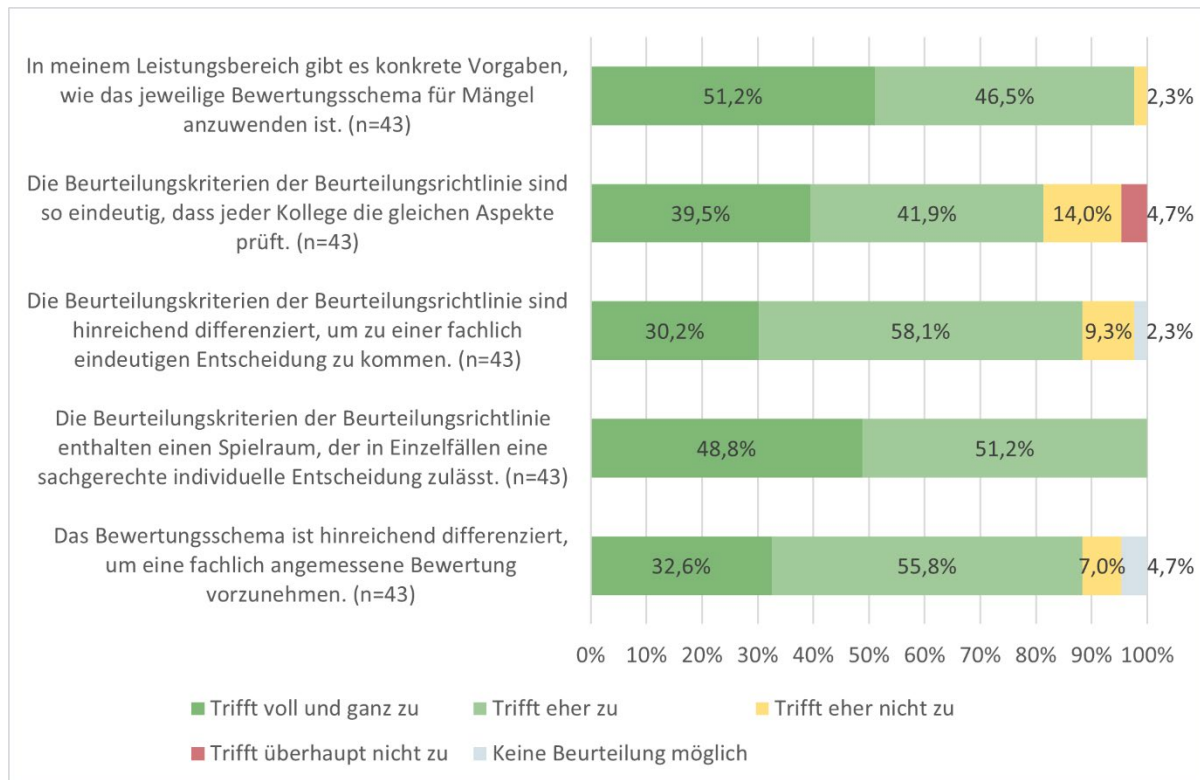


Abbildung 28: Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen für den Leistungsbereich Radiologie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Leistungsbereichsübergreifend gibt es laut Angaben der Befragten konkrete Vorgaben, wie das jeweilige Bewertungsschema für Mängel anzuwenden ist. Im Leistungsbereich Arthroskopie und Radiologie sagten lediglich einige wenige der Befragten, dass dies eher nicht zutrifft. Der Aussage, dass die Beurteilungskriterien der jeweiligen Beurteilungsrichtlinie so eindeutig sind, dass jeder Kollege die gleichen Aspekte prüft, stimmten in jedem Leistungsbereich mindestens 80 % der Befragten voll und ganz oder eher zu. Die Beurteilungskriterien wurden zudem in allen Leistungsbereichen als hinreichend differenziert bewertet, um zu einer fachlichen Entscheidung zu kommen, nur einige wenige der Befragten stimmten dem eher nicht bzw. überhaupt nicht zu. Auch der Zustimmungsgrad dazu, dass die Beurteilungskriterien auch einen Spielraum bieten, der eine sachgerechte individuelle Entscheidung zulässt, ist in allen Leistungsbereichen sehr hoch. Die zusammenfassende Frage, ob das Bewertungsschema hinreichend differenziert ist, um eine fachlich angemessene Entscheidung zu treffen, findet ebenfalls breite Zustimmung.

Es zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen bei der Beantwortung der Fragen zur Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen. In den jeweiligen Ergebnisworkshops wurden die Befragungsergebnisse zur Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen präsentiert. Insgesamt wurden diese Ergebnisse als positiv gewertet. Im Ergebnisworkshop Arthroskopie kamen Hinweise, dass sich die großen Unterschiede erheblicher/schwerwiegender Beanstandungen zwischen den KVen (vgl. Abschnitt 3.1.1) dadurch erklären lassen, dass Bewertungsgrundlagen doch unterschiedlich „interpretiert“ werden und teilweise schon wenig patientenrelevante Versäumnisse (z.B. fehlende Patienten-ID) als erhebliche/schwerwiegende Mängel gewertet werden. In den anderen Ergebnisworkshops kamen keine weiteren Anmerkungen zur Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen.

4.3 Einheitlichkeit der Maßnahmen

Der Punkt „Einheitlichkeit der Maßnahmen“ wurde im Wesentlichen in Bezug auf Unterschiede/Übereinstimmungen hinsichtlich der Berichterstattung über die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und der Ergebnisdarstellung operationalisiert.

Datenquellen zur Beurteilung der Einheitlichkeit der Maßnahmen waren die Befragung der Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, die Berichtsdaten sowie die Ergebnisworkshops.

In §6 Absatz 3 der QP-RL ist festgehalten, ob und wenn ja welche Maßnahmen zur Qualitätsförderung je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel durchzuführen sind. Hierfür werden für alle Ergebniskategorien (keine, geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen) Maßnahmen-Empfehlungen vorgegeben. Jede QS-Kommission entscheidet jedoch eigenständig, welche der Maßnahmen sie für notwendig und angemessen hält. Welche Maßnahmen durchgeführt werden, wird gemäß §9 Absatz 2 der QP-RL in den Berichtsdaten festgehalten und von den KVen an die KBV übermittelt. Auch hierfür wird die standardisierte, vorgefertigte Tabelle genutzt, die allen KVen zur Verfügung steht. Durch die gleichen, verpflichtenden Vorgaben für alle KVen wird auch hier die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den KVen grundsätzlich ermöglicht. Einschränkungen bestehen in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den einzelnen KVen (vgl. Abschnitt 4.4.2).

Anhand der Analyse der Berichtsdaten ergibt sich, dass in allen betrachteten Leistungsbereichen die schriftliche Empfehlung die häufigste Maßnahme war, die zur Förderung der Qualität eingesetzt wurde. Durchschnittlich hat diese Maßnahme einen Anteil zwischen 53,9 % (Computertomographie) und 84,5 % (Kernspintomographie) an allen durchgeführten Maßnahmen. Dies lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass schriftliche Empfehlungen bereits bei Ärzten mit geringen Beanstandungen als Maßnahme der Qualitätsförderung genutzt werden. Teilweise bekamen auch Ärzte eine schriftliche Empfehlung ausgestellt, bei denen in der Qualitätsprüfung keine Beanstandungen festgestellt wurden. Am zweithäufigsten wurde in allen Leistungsbereichen die Nichtvergütung bzw. Rückerstattung von erbrachten Leistungen als Maßnahme zur Qualitätsförderung genutzt. Auch die Maßnahme der Beratungsgespräche wurde, ausgenommen von der Kernspintomographie, regelmäßig von den KVen zur Förderung der Qualität genutzt.

Die Möglichkeit der Praxisbegehung wurde lediglich im Leistungsbereich Radiologie als Maßnahme zur Qualitätsförderung eingesetzt. Im Bereich der Arthroskopie und Kernspintomographie wurde von dieser Maßnahme kein Gebrauch gemacht. Kolloquien wurden zwar in allen Leistungsbereichen genutzt, allerdings wird diese Maßnahme nur sehr selten angewendet. Gleiches gilt für die Genehmigungswiderrufe, die zwar in allen Leistungsbereichen, aber dennoch sehr selten, genutzt wurden. Mit Auflagen versehene Genehmigungen wurden in den Leistungsbereichen Kernspintomographie und Computertomographie genutzt, allerdings auch dies nur in sehr geringem Maße.

Dass die im vorigen Abschnitt genannten Maßnahmen verhältnismäßig selten genutzt werden, liegt vor allem daran, dass auch der Anteil der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen als Ergebnis der Stichprobenprüfung im Vergleich zu den Prüfungen mit keinen oder geringen Beanstandungen geringer ist. Da die genannten Maßnahmen gemäß den Vorgaben der QP-RL vorwiegend bei weniger guten Ergebnissen (erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen) als Maßnahme zur Qualitätsförderung angewendet werden sollen, ist die Anzahl dieser Maßnahmen zwangsläufig geringer.

Insgesamt fiel im Rahmen der Berichtsdatenanalyse auf, dass die Maßnahmen zur Qualitätsförderung teils unterschiedlich genutzt werden. Während einige KVen innerhalb eines Leistungsbereiches von allen Maßnahmen Gebrauch machen, nutzen andere KVen in demselben Leistungsbereich nur die schriftliche Empfehlung oder die Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln zur Förderung der Qualität.³⁹ Dies könnte sich durch

³⁹ Im „oder“ dieses Satz ist (beispielhaft) ersichtlich, dass § 6 der QP-RL auch unterschiedliche Maßnahmen für Mängel in der gleichen Beanstandungskategorie ermöglicht – was die Vergleichbarkeit der Maßnahmen in der kategorial segmentierten Berichterstattung erschwert.

unterschiedliche Ergebnisse in den Qualitätsprüfungen ergeben sowie unterschiedliche Vorgehensweisen und individuelle Entscheidungen im Rahmen der Prüfungen.

In allen Ergebnisworkshops wurde insbesondere diskutiert, warum die Praxisbegehung als Maßnahme der Qualitätsförderung so selten genutzt wird. Hier kamen Hinweise darauf, dass immer auch die Angemessenheit und Sinnhaftigkeit der Maßnahme berücksichtigt werden müsse. Die Praxisbegehung würde häufig als letztes Mittel gesehen, bedeutet einen erheblichen Mehraufwand für die ehrenamtlich tätigen QS-Kommissionen und ist wie beispielsweise im Leistungsbereich Kernspintomographie aufgrund der guten Versorgungsqualität nicht notwendig. Im Ergebnisworkshop Radiologie wurde der positive Effekt von Praxisbegehungen hervorgehoben (z.B. bei systematischen Einstellungsfehlern bei der Bildgebung), sie seien nachhaltig und Beanstandungen können sehr gut nachvollzogen werden.

In Ergänzung zur Berichtsdatenauswertung wurden auch die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen zur Einheitlichkeit der Maßnahmen gefragt, ob alle Maßnahmen zur Qualitätsförderung (§6 Abs. 3 QP-RL) in der jeweiligen KV Anwendung finden. Dies wurde von allen KVen bejaht, jedoch machten 3 KVen die Einschränkung, dass Praxisbegehungen und Honorarrückforderungen sehr selten vorkommen, was mit den Ergebnissen der Berichtsdatenanalyse übereinstimmt. Ergänzend wurde gefragt, ob über die Maßnahmen, die in der Richtlinie definiert sind, hinaus weitere Maßnahmen der Qualitätsförderung existieren, die in den KVen Anwendung finden. Dies ist auch bei allen KVen der Fall. Von insgesamt 13 der 17 KVen wurde genannt, dass die Broschüren der KBV, der Wegweiser Radiologie sowie die Herausgabe weiterer Informationsmaterialien häufig genutzt werden. Ebenfalls sehr häufig wird das Angebot von Telefongesprächen oder persönlichen Gesprächen mit (Kommissions)ärzten unterbreitet. Der Vorschlag der Hospitation bei Kommissionsmitgliedern wurde von 8 KVen als weitere Maßnahme der Qualitätsförderung genannt. Weiterhin gab es vereinzelte Angaben zu folgenden Maßnahmen der Qualitätsförderung:

- Angebot von Fortbildungsveranstaltungen/Seminaren/Workshops/Schulungen
- Bekanntgabe von Informationen auf der Homepage der KV
- Durchführung von Qualitätszirkeln
- Angebot der Initialprüfung

Aufbauend auf der vorangegangenen Frage wurden die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen gefragt, welche Maßnahmen sich nach Erfahrung der KVen besonders bewährt haben. Hier zeigte sich, dass die persönlichen und kollegialen Beratungsgespräche, die sich u.a. auf erklärende bzw. erläuternde Hinweise zum Bescheid der KV zum Prüfungsergebnis beziehen, mit Abstand zu allen anderen Maßnahmen der Qualitätsförderung am effektivsten sind, was von 11 der 17 KVen genannt wurde und auch im Ergebnisworkshop Arthroscopie bestätigt wurde. Weitere Angaben, die jeweils von 4 der KVen gemacht wurden, waren die zuvor bereits genannten Broschüren der KBV bzw. generell die Herausgabe von Informationsmaterialien sowie Hospitationen. Übergeordnet wurde ebenfalls von vier KVen generell das Informieren der Fachärzte bzw. Transparenz schaffen als wichtige und effektive Maßnahme der Qualitätsförderung genannt.

Darüber hinaus wurde erfragt, ob es Probleme bei der Maßnahmenzuordnung bei erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen gibt. Dies wurde aber von allen KVen verneint.

Den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen wurden weitere Fragen zur Einheitlichkeit der Maßnahmen und somit auch zur Vergleichbarkeit der Maßnahmen gestellt, deren Ergebnisse im Folgenden tabellarisch dargestellt werden.

Tabelle 21: Fragen zur Einheitlichkeit der Maßnahmen an die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

Frage bzw. Aussage	Antwortmöglichkeiten				
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Keine Beurteilung möglich
Maßnahmen werden individuell hinsichtlich der Art der Beanstandungen/der Mängel veranlasst.	17	0	0	0	0
Im Einzelfall werden auch bei „geringen Beanstandungen“ weitergehende Hilfsangebote als die schriftliche Empfehlung und ggf. das Beratungsgespräch bereitgestellt.	0	1	4	11	1
Im Einzelfall werden auch bei einer unbeanstandeten Prüfung Hilfsangebote (z.B. schriftliche Empfehlung) bereitgestellt.	0	2	4	10	1
Im Einzelfall wird bei „geringen Beanstandungen“ keine schriftliche Empfehlung auf die Mängel veranlasst.	0	0	3	14	0
Es gibt klare Vorgaben, in welchen Fällen eine „schriftliche Empfehlung“ (§6 Abs. 3 QP-RL) (formale Kategorie) keine hinreichende Maßnahme zur Beseitigung der Mängel ist.	1	0	2	14	0

Die Maßnahmen zur Qualitätsförderung werden von allen KVen immer individuell hinsichtlich der Art der Beanstandungen/der Mängel veranlasst. Dies wurde auch im Rahmen der Ergebnisworkshops bestätigt. Im Ergebnisworkshop Arthroskopie wurde zudem ergänzt, dass dies u.a. auch zur Heterogenität der Beanstandungsquoten beiträgt. Auch die Beantwortung der weiteren Fragen zeigt, dass überwiegend einheitlich bei der Maßnahmenanordnung vorgegangen wird. Ergänzend wurde auch die Frage gestellt, in welchen Fällen ein „Genehmigungswiderruf“ (§6 Abs. 3 QP-RL) in Betracht gezogen wird. Dies wurde im Rahmen der Interviews ausnahmslos derart beantwortet, dass dies die Fälle sind, die auch in der Richtlinie definiert sind (Gefahr für „Leib und Leben“ des Patienten und wiederholt nicht bestanden Kolloquium).

Des Weiteren wurde im Rahmen der Interviews gefragt, wie häufig es vorkommt, dass die KVen von den empfohlenen Maßnahmen der QS-Kommissionen abweichen. Laut Richtlinie entscheidet die KV nach pflichtgemäßem Ermessen auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der Qualitätssicherungs-Kommission über die eventuell zutreffenden Maßnahmen bei vorliegenden Beanstandungen. Somit ist es möglich, dass sie auch von den empfohlenen Maßnahmen der QS-Kommissionen abweichen können. Dies könnte der Fall sein, wenn die empfohlenen Maßnahmen im Einzelfall als nicht effektive Maßnahme zur Qualitätsverbesserung erachtet werden. Dies kommt jedoch bei allen KVen nie bzw. fast nie vor.

Die abschließende Frage an die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen zur Einheitlichkeit der Maßnahmen betrafen die Scores der Bewertungsschemata. Zunächst wurde gefragt, ob die Scores der Bewertungsschemata für eine vergleichende Qualitätsbeurteilung von Leistungen einzelner Ärzte geeignet sind. Es gab durchweg Zustimmung bei dieser Frage. Vereinzelt gab es Anmerkungen dahingehend, dass es sich bei der vergleichenden Qualitätsbeurteilung auch um gleiche Mängel handeln muss.

4.4 Vergleichbarkeit der Ergebnisse

Wie bereits zuvor beschrieben, werden die Qualitätsprüfungen in allen Leistungsbereichen gemäß den geltenden Vorgaben der QP-RL durchgeführt. Ähnliche Kriterien zur Auswahl der Kommissionsärzte, zahlreiche Unterstützungsangebote und Maßnahmen für eine korrekte Anwendung der Beurteilungskriterien sollen für eine

Vergleichbarkeit der Ergebnisse sorgen. Dokumentationsvorgaben werden von den KVen eingehalten und die Mindestprüfumfänge trotz eines generellen Rückgangs der Anzahl der Prüfungen mehrheitlich eingehalten (vgl. Abbildung 29). Je nach Beurteilung der Dokumentationsprüfung folgen gemäß der QP-RL entsprechende Maßnahmen der Qualitätsförderung, um Beanstandungen zu beseitigen und die Qualität der Leistungen zu fördern. Auch dies wird entsprechend den Vorgaben dokumentiert. Die Rahmenbedingungen, die Dokumentation und die Übermittlung der Berichtsdaten können somit zwar als überwiegend einheitlich und transparent betrachtet werden, dennoch ergeben sich bei der Auswertung und dem Vergleich der Ergebnisse (vorwiegend Berichtsdaten) einige Schwierigkeiten, die im Folgenden erläutert werden.

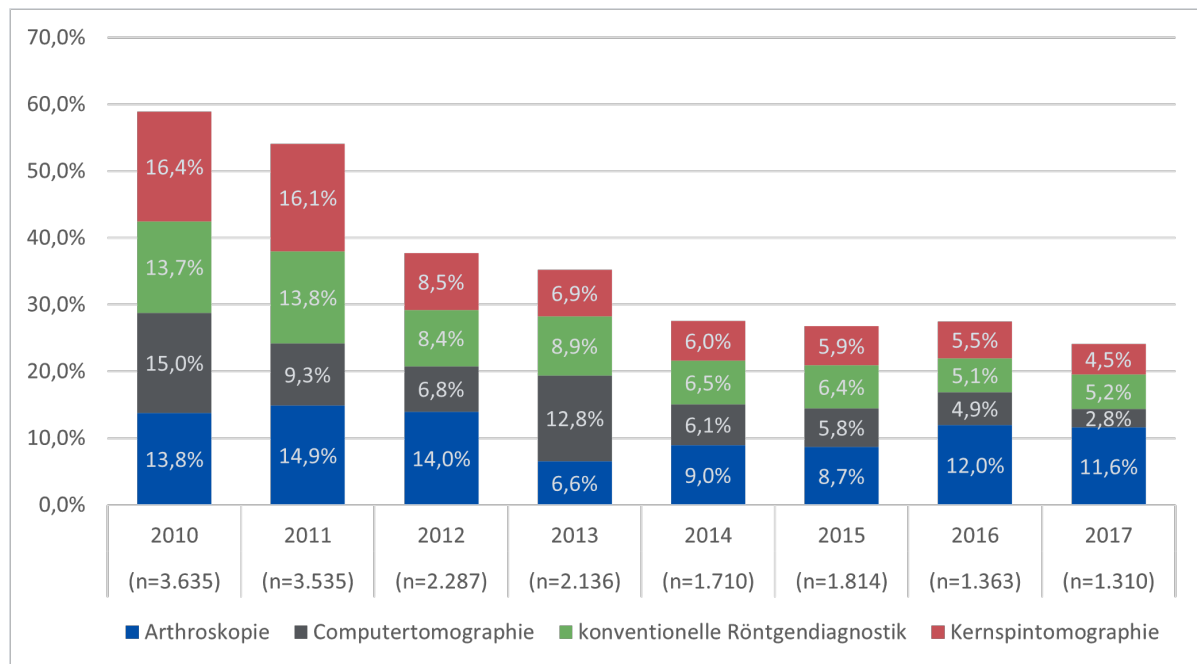


Abbildung 29: Gesamtraten der im Rahmen von Stichprobenprüfungen geprüften Fachärzte von 2010 bis 2017 in den verschiedenen (Teil-)Leistungsbereichen

4.4.1 Repräsentativität der Ergebnisse

Kleine Fallzahlen

Wie in den Auswertungen für die einzelnen (Teil-)Leistungsbereiche bereits erwähnt, bestehen deutliche Unterschiede in der Anzahl der geprüften Ärzte zwischen den einzelnen KVen. Diese Unterschiede sind vor allem methodisch bedingt, da die (Teil-)Leistungsbereiche in einigen KVen nur wenige Ärzte umfassen und somit bei wenigen Prüfungen innerhalb einer KV dennoch ein hoher relativer Anteil von abrechnenden Ärzten erfasst wird. So prüften beispielsweise die KV Hessen und die KV Sachsen-Anhalt im Leistungsbereich Arthroskopie durchschnittlich 4 Ärzte, während die KV Bayerns in diesem Leistungsbereich durchschnittlich 76 Stichprobenprüfungen pro Jahr durchführte. Im Leistungsbereich Radiologie (Teilleistungsbereich Computertomographie) prüfte beispielsweise die KV Bayerns im Jahr 2010 insgesamt 208 Ärzte, während 7 KVen im selben Berichtsjahr jeweils weniger als 10 Stichprobenprüfungen durchführten. Dennoch erfüllten alle KVen die Mindestprüfumfänge. Problematisch hierbei ist, dass die teilweise sehr kleinen Fallzahlen die Repräsentativität der Ergebnisse deutlich einschränken und diese somit eine verhältnismäßig geringe Aussagekraft haben. Das bedeutet, dass valide Schlussfolgerungen auf Grundlage der Ergebnisse der einzelnen KVen nicht möglich sind.

Aussetzung der Prüfverpflichtung

Zusätzlich zu den ohnehin teilweise sehr geringen Fallzahlen wurde die Prüfverpflichtung für die (Teil-)Leistungsbereiche Kernspintomographie und Computertomographie in einigen Berichtsjahren ausgesetzt. Während sich Daten aller KVen auch bei relativ kleinen Fallzahlen noch gut kumulieren und auf der übergeordneten Bundesebene auswerten lassen (z.B. für die (Teil-)Leistungsbereiche Arthroskopie und Konventionelle Röntgendiagnostik), ist dies nicht mehr möglich, wenn nur noch ein Teil der KVen die Stichprobenprüfungen

durchführt ((Teil-)Leistungsbereiche Kernspintomographie und Computertomographie). Die Ergebnisse können so die bundesweite Versorgungsqualität nicht mehr abbilden. Dadurch kommt es zu einer weiteren Einschränkung der Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse, da die Berichtsdaten dann keine validen Aussagen bezüglich der Qualität der Leistungen des jeweiligen Leistungsbereiches mehr zulassen. Durch die Aussetzung der Prüfungen sind dann nur noch Aussagen auf Ebene derjenigen, meist wenigen, KVen möglich, die weiterhin Stichprobenprüfungen durchgeführt haben.

So bezogen sich die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Teilleistungsbereich Computertomographie im Jahr 2010 noch auf 2.547 Ärzte, da in diesem Jahr noch in allen KVen Stichprobenprüfungen in diesem Teilleistungsbereich durchgeführt wurden, während sich die Ergebnisse der Prüfungen aus dem Jahr 2017 in diesem Leistungsbereich nur noch auf 356 Ärzte (die abrechnenden Ärzte der KV Berlin und KV Hamburg) beziehen lassen, da in diesem Jahr nur noch in 2 KVen Stichprobenprüfungen in diesem Leistungsbereich erfolgten (vgl. Tabelle 22). Gleiches gilt für den Leistungsbereich Kernspintomographie, in dem sich die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Jahr 2010 noch auf 2.525 Ärzte aus allen 17 KVen übertragen ließen. Im Jahr 2017 hingegen wurden durch die Aussetzung der Prüfverpflichtung in nur noch 4 KVen Stichprobenprüfungen durchgeführt, weshalb sich die Ergebnisse dieser Prüfungen auch nur auf die 756 Ärzte aus diesen KV-Regionen übertragen lassen.

Tabelle 22: Anzahl der abrechnenden Ärzte* in den Leistungsbereichen, auf die sich die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen beziehen

Leistungsbereich	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Arthroskopie	2.189	2.655	2.708	2.846	2.736	2.723	2.631	2.582
Kernspintomographie	2.525	2.475	2.802	3.049	3.095	3.310	1.207	756
Konventionelle Röntgendiagnostik	18.544	18.297	18.557	18.545	18.733	18.659	18.451	18.464
Computertomographie	2.547	2.326	1.725	718	911	3.050	715	356
gesamt	25.805	25.753	25.792	25.158	25.475	27.742	23.004	22.158

* ≠ Ärzte mit Genehmigung (wurden in einer KV keine Stichprobenprüfungen durchgeführt, wurde auch die Zahl der abrechnenden Ärzte des Leistungsbereiches in den Berichtsdaten nicht übermittelt und ist daher nicht in der Tabelle enthalten)

Unterschiede im Bewertungsprozess

Wie in Abschnitt 4.1.2 und 4.3 bereits beschrieben, zeigen die Ergebnisse der Befragungen und der Berichtsdaten sowie die Beurteilungen dieser von Seiten der Teilnehmer der Ergebnisworkshops, dass die Vergleichbarkeit der Berichtsdaten auch dadurch eingeschränkt ist, dass teilweise, trotz transparenter Vorgaben und überwiegend einheitlichen Vorgehensweisen, noch Unterschiede im Bewertungsprozess bestehen. Dies lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen: Zum einen werden die Bewertungsschemata teils unterschiedlich ausgelegt und es besteht eine generelle mangelnde Kenntnis über die Prüfprozesse der anderen KVen. Zum anderen setzen sich die QS-Prüfkommissionen sehr individuell zusammen. Zusätzlich berichten alle Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, dass ein individueller Ermessensspielraum bei der Anordnung der Maßnahmen zur Förderung der Qualität besteht. All diese Faktoren haben einen großen Einfluss auf die Aussagekraft der Berichtsdaten und schränken die Vergleichbarkeit der Ergebnisse maßgeblich ein.

4.4.2 Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Leistungsbereichen

Durch die generell sehr großen Unterschiede hinsichtlich der Fallzahlen, die teilweise sehr geringen Fallzahlen, die unterschiedlichen Mindestprüfumfänge und die Möglichkeit der Aussetzung der Prüfverpflichtung in einigen Leistungsbereichen, ist die Vergleichbarkeit der Berichtsdaten nicht nur zwischen den KVen der jeweiligen (Teil-)Leistungsbereiche, sondern auch übergeordnet zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen stark eingeschränkt. Auf Ebene der absoluten Zahlen ist ein Vergleich zwischen den Leistungsbereichen nicht

sinnvoll, da die Leistungsbereiche generell unterschiedlich viele abrechnende Ärzte umfassen und demnach in den „größeren Leistungsbereichen“ auch zahlenmäßig mehr Ärzte geprüft werden als in kleineren Leistungsbereichen. Aber auch auf der Ebene relativer Verhältnisse ist eine Auswertung dann nicht mehr sinnvoll, wenn in einem Leistungsbereich Ergebnisse von 10 oder 34 Stichprobenprüfungen (Leistungsbereich Computertomographie bzw. Kernspintomographie – Jahr 2017) mit Ergebnissen von 299 oder 967 Stichprobenprüfungen (Leistungsbereich Arthroskopie bzw. Konventionelle Röntgendiagnostik – Jahr 2017) verglichen werden. Auch eine grafische Darstellung sowohl der absoluten als auch der relativen Zahlen im Vergleich der verschiedenen Leistungsbereiche ist nicht sinnvoll.⁴⁰

Ein Beispiel einer zusammenfassenden Auswertung über alle Leistungsbereiche ist im Kommentar des Gemeinsamen Bundesausschusses zur 5-Jahres-Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Stichprobenprüfungen 2008-2012 nach §136 Abs. 2 SGB V zu finden. Dort wurden die Prüfquoten der einzelnen Leistungsbereiche vom G-BA zu einer Gesamtprüfquote zusammengezählt. Diese lag bei durchschnittlich 12,6 %. Dieser Mittelwert berücksichtigt allerdings nicht die unterschiedlichen Mindestprüfumfänge, die einen großen Einfluss auf die durchschnittliche Gesamtrate haben. Die Informationen der „kleineren“ (Teil-) Leistungsbereiche gehen in Zusammenfassungen wie diesen unter, weshalb die Gesamtrate nur bedingt repräsentativ für das Verfahren ist.

Anzumerken bei der vom G-BA berechneten Rate ist, dass sie auf „im Durchschnitt mehr als 6.300 Ärzte[n]“, die im Rahmen von Routineprüfungen geprüft wurden, beruht (G-BA, 2015, S. 2). Laut Kommentierung gab es bei der Anzahl der insgesamt geprüften Ärzte in allen Leistungsbereichen ein Maximum von 7.274 Ärzten im Jahr 2010 und einem Minimum von 4.562 Ärzten im Jahr 2012. Diese Zahlen konnten anhand der vorliegenden Berichtsdaten nicht nachvollzogen werden, es besteht eine deutliche Diskrepanz hinsichtlich der Anzahl der geprüften Ärzte. So wurden laut Berichtsdaten der KBV im Jahr 2010 insgesamt nur 3.635 Ärzte im Rahmen von Stichprobenprüfungen geprüft, für das Jahr 2012 wurden zusammengerechnet 2.287 Stichprobenprüfungen durchgeführt. Auch wenn die Anzahl der kriterienbezogenen Prüfungen hinzugezählt werden, werden die vom G-BA genannte Zahlen nicht annähernd erreicht. Dennoch stimmen die Raten von 14,1 % im Jahr 2010 und 8,9 % im Jahr 2012 mit den errechneten Raten der Berichtsdaten überein⁴¹.

Für das Jahr 2017 ergäbe sich in dieser Lesart eine durchschnittliche Prüfquote von 5,91 % über alle Leistungsbereich hinweg. Aufgrund der zuvor erläuterten Bedingungen ist auch diese Rate nur eingeschränkt interpretierbar, ebenso wie die Gesamtrate von 8,9 % im Durchschnitt der Jahre 2010 bis 2017.

4.4.3 Fehlender Bezug zwischen den Berichtsdaten

Bei der Analyse der Berichtsdaten fiel auf, dass generell ein Bezug zwischen den einzelnen Berichtsdaten fehlt. Dadurch können alle Berichtsdaten lediglich deskriptiv dargestellt, ausgewertet und interpretiert werden. So kann aus den Daten zwar z.B. abgelesen werden, wie hoch die jeweiligen Anteile der Beanstandungen waren und welche Maßnahmen in den jeweiligen Berichtsjahren durchgeführt wurden, allerdings lässt sich aus den Berichtsdaten nicht ableiten, welche Maßnahmen auf welche Beanstandungen folgten. Um dies zu veranschaulichen ein Beispiel: Im Berichtsjahr 2017 wurden im Leistungsbereich Arthroskopie bei 73 geprüften Ärzten geringe, bei 25 Ärzten erhebliche und bei 32 Ärzten schwerwiegende Beanstandungen festgestellt. Insgesamt traten also bei 130 Ärzten Mängel auf, die potenziell eine Maßnahme zur Qualitätsförderung nach sich ziehen. In diesem Jahr wurden laut Berichtsdaten insgesamt 181 solcher Maßnahmen durchgeführt, 121 dieser Maßnahmen waren schriftliche Empfehlungen / Verpflichtungen. Nun lautet die Empfehlung der QP-RL, sowohl bei geringen als auch bei erheblichen und auch schwerwiegenden Beanstandungen die Maßnahme der schriftlichen Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist als Maßnahme der Qualitätsförderung zu nutzen. Aufgrund des fehlenden Bezugs zwischen den Daten geht allerdings aus den Berichtsdaten nicht hervor, ob die schriftliche Empfehlung / Verpflichtung nun vermehrt bei Ärzten mit geringen Beanstandungen, mit erheblichen Beanstandungen oder bei Ärzten mit schwerwiegenden festgestellten Mängeln angewendet wurde. Da zudem deutlich mehr Maßnahmen zur

⁴⁰ Ohnehin kann sich die Vergleichbarkeit nur auf gleiche Formalia beziehen, da die Inhalte der hier zu evaluierenden Bereiche (operative vs. nicht-operative Bereiche) grundverschieden sind.

⁴¹ Die Auswertungen des vorliegenden Berichts beruhen grundsätzlich auf den von der KBV zur Verfügung gestellten Daten.

Qualitätsförderung durchgeführt wurden als Ärzte die Stichprobenprüfung mit Beanstandungen abgeschlossen haben, bleibt die Frage, auf welche Ärzte sich die „überschüssigen“ Maßnahmen verteilen. Aus den Berichtsdaten ist nicht ersichtlich, ob beispielsweise auch Ärzte ohne Beanstandungen in den Prüfungen eine schriftliche Empfehlung erhielten oder wie viele Ärzte mit bestimmten Beanstandungen mehr als eine Maßnahme zur Qualitätsförderung durchführen mussten.

Ein anderes Beispiel für den fehlenden Bezug der Berichtsdaten zeigen die Daten bezüglich der kriterienbezogenen Prüfungen, die ebenfalls standardmäßig übermittelt werden. In §4 Absatz 3 der QP-RL ist klar definiert, in welchen Fällen kriterienbezogene (Stichproben)Prüfungen durchgeführt werden können. Die Anzahl der Prüfungen und die entsprechenden Gründe für die Durchführung der Prüfungen müssen von der KV innerhalb der Berichtsdaten übermittelt werden. Aus den Berichtsdaten geht demnach hervor, wie viele Ärzte im Rahmen einer kriterienbezogenen Prüfung geprüft wurden und aus welchem Grund diese Prüfungen durchgeführt wurden. Allerdings erschließt sich durch die Berichtsdaten nicht, welche Ärzte (mit welchen Beanstandungen) dies betrifft und bei welchen Ärzten eine erneute Prüfung als nicht notwendig oder sinnvoll von der jeweiligen KV erachtet wurde. Zudem können sich kriterienbezogene Prüfungen über das jeweilige Kalenderjahr hinaus erstrecken und somit erst im folgenden Kalenderjahr im Rahmen der Berichte der KVen berichtet werden. Hier wäre der zeitliche Verlauf zu betrachten, was allerdings durch den fehlenden Fallbezug der Berichtsdaten nicht möglich ist.

So gaben beispielsweise im Teilleistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik für das Jahr 2016 und 2017 alle KVen festgestellte erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen als Grund für kriterienbezogene Prüfungen an. Die Berichtsdaten zeigen, dass im Jahr 2016 insgesamt 115 geprüfte Ärzte im Rahmen der Stichprobenprüfung erhebliche (n=65) oder schwerwiegende (n=50) Beanstandungen aufwiesen. Allerdings wurden im Jahr 2016 lediglich 77 Ärzte innerhalb einer kriterienbezogenen Prüfung (erneut) geprüft. Im Folgejahr wurden insgesamt 76 Ärzte im Rahmen einer kriterienbezogenen Prüfung geprüft, in diesem Jahr wurden bei insgesamt 78 Ärzten erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen festgestellt. Das bedeutet, dass die in den Stichprobenprüfungen festgestellten erheblichen oder schwerwiegenden Mängel im Folgejahr nicht regelhaft zu einer Wiederholungsprüfung führen. Hier besteht somit eine Diskrepanz, die sich anhand der Berichtsdaten nicht erklären lässt.

Neben dem fehlenden Bezug der Berichtsdaten innerhalb eines Jahres besteht zudem kein Zusammenhang zwischen den Daten der unterschiedlichen Jahre. Die Berichterstattung jedes Jahres „endet“ mit der Übermittlung der angeordneten Maßnahmen. Ob die Maßnahmen einen positiven Effekt zeigen und tatsächlich zu einer Förderung der Qualität der geprüften Ärzte beitragen, kann anhand der Berichtsdaten nicht belegt werden. Da jedes Jahr eine neue Stichprobe gezogen wird, sind die Ergebnisse als „Querschnittergebnisse“ zu interpretieren. Zwar lässt sich teilweise eine (positive) Tendenz z.B. hinsichtlich der Beanstandungsquoten erkennen, diese lässt sich allerdings nicht kausal auf die Durchführung von Qualitätsförderungsmaßnahmen bei im Vorjahr geprüften Ärzten zurückführen.

5 Effektivität des Verfahrens

Gemäß Evaluationsrahmenkonzept ist nicht nur die Umsetzungs-, sondern auch die Wirkebene von QS-Maßnahmen, hier also des Richtlinienverfahrens, zu betrachten. Im folgenden Kapitel wird diese Wirkebene und damit die Effektivität des Prüfverfahrens adressiert. Dabei wird die Effektivität des Verfahrens in Bezug auf das Erreichen zweier Zielsetzungen evaluiert und zusätzlich hinsichtlich des Nutzens bewertet (vgl. Abschnitt 5.5).

Zur Bewertung der Zielerreichung gemäß den beiden in §1 Abs. 1 QP-RL genannten Zwecken, wird einerseits die Geeignetheit des Verfahrens zur Überprüfung der Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards (vgl. Abschnitt 5.1) und andererseits die Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung (vgl. Abschnitt 5.2) bewertet. Zur Bewertung der Erreichung der übergeordneten Ziele wird die Geeignetheit des Prüfinstruments hinsichtlich des Qualitätssicherungsziels (vgl. Abschnitt 5.3) und die Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich des Qualitätsförderungsziels (vgl. Abschnitt 5.4) bewertet.

5.1 Geeignetheit des Verfahrens zur Einhaltung aktueller wissenschaftlicher Standards

Gemäß §1 Absätze 1 und 2 QP-RL soll die ärztliche Versorgung an aktuellen wissenschaftlichen Standards ausgerichtet sein. Da dies im Rahmen der Qualitätsprüfung bewertet werden muss, ist vorauszusetzen, dass die anzuwendenden Beurteilungskriterien den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen. Datengrundlage war zunächst die direkte Befragung der QS-Kommissionsärzte und der Fachärzte sowie die Diskussion über die Befragungsergebnisse in den Ergebnisworkshops.

Da die Frage keiner besonderen Operationalisierung bedurfte, konnte sie (fast) gleichlautend den Kommissionsärzten und den Fachärzten gestellt werden. Tabelle 23 zeigt zunächst die Ergebnisse der befragten QS-Kommissionsärzte.

Tabelle 23: Aktueller Stand der Wissenschaft der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

	Die Vorgaben der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie entsprechen aus meiner Sicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien und sonstigen fachlichen Vorgaben).							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	29	31,5%	8	25,8%	6	33,3%	15	34,9%
Trifft eher zu	48	52,2%	20	64,5%	6	33,3%	22	51,2%
Trifft eher nicht zu	13	14,1%	2	6,5%	6	33,3%	5	11,6%
Trifft überhaupt nicht zu	2	2,2%	1	3,2%	0	0,0%	1	2,3%

Hier zeigen sich insgesamt sehr hohe Zustimmungsraten. In den Leistungsbereichen Arthroskopie und Radiologie liegt der Zustimmungsrang bei über 85 %. Im Leistungsbereich Kernspintomographie stimmen dem immerhin 2/3 der QS-Kommissionsärzte zu.

Auch der überwiegende Teil der Fachärzte ist der Ansicht, dass die jeweiligen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen (vgl. Tabelle 24). Die meisten kritischeren Angaben gab es hier, wie bei den QS-Kommissionsärzten, im Leistungsbereich Kernspintomographie.

Tabelle 24: Aktueller Stand der Wissenschaft der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien aus Sicht von Fachärzten

	Die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie entsprechen nach meiner Ansicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien).							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	102	31,4%	27	29,7%	10	26,3%	65	33,2%
Trifft eher zu	162	49,8%	50	54,9%	18	47,4%	94	48,0%
Trifft eher nicht zu	32	9,8%	8	8,8%	6	15,8%	18	9,2%
Trifft überhaupt nicht zu	9	2,8%	3	3,3%	0	0,0%	6	3,1%
Keine Beurteilung möglich	20	6,2%	3	3,3%	4	10,5%	13	6,6%

Beachtenswert ist dennoch, dass befragungs- und leistungsbereichsübergreifend der Anteil derer, die bei dieser Aussage voll und ganz zustimmen, deutlich kleiner ist als der Anteil der Befragten, die dieser Aussage „eher“ zustimmen.

Die Fachärzte konnten zudem im Rahmen der Befragung die relevanten Abweichungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft benennen. Für den Leistungsbereich Arthroskopie wurden hier überwiegend die Anforderungen an die Bilddokumentation genannt. Diese entsprächen nicht den eigentlichen Leitlinien. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nur den Ablauf betreffen.

Im Leistungsbereich Kernspintomographie wurde mehrfach die Anzahl der Sequenzen der Untersuchungen genannt. Die Qualität der MRT-Untersuchung sei nicht von dieser abhängig. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Anforderungen an die Indikation nicht mehr der Wirklichkeit entsprechen.

Für den Leistungsbereich Radiologie werden neben zahlreichen allgemeinen Äußerungen zum Prüfsystem folgende konkrete Abweichungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft gesehen:

- Abweichungen zu den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften, technische Entwicklungen der letzten 15–20 Jahre sind in aller Regel nicht berücksichtigt
- formale Anforderungen an die Befundgestaltung
- medizinische Fragestellung und Richtlinien sind nicht immer miteinander vereinbar
- die Qualität der Arbeit wird nicht beurteilt, lediglich, ob die Dokumentation vollständig ist

In den Ergebnisworkshops der jeweiligen Leistungsbereiche wurden die durch die Befragung gewonnenen Ergebnisse zur Diskussion gestellt und folgende Fragen aufgeworfen:

- ob der Anteil der Befragten, die der Aussage „voll und ganz“ zustimmen, dass die jeweilige Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie dem aktuellen Wissenstand entspreche, ausreichend ist,
- wie auf Änderungen des aktuellen Wissensstandes reagiert werde,
- welche Möglichkeiten man zur Aufrechterhaltung der Aktualität des Wissensstandes im Rahmen des Verfahrens sehe.

Im Ergebnisworkshop Arthroskopie bewerteten die Teilnehmer den Anteil der Befragten, die angeben, dass die Vorgaben der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, als erfreulich hoch. Die zu prüfenden Dokumentationsparameter sind auch nach Ansicht der Teilnehmer aktuell und treffen somit den Fokus der Dokumentationsprüfung. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Wissenschaftlichkeit bzw. Aktualität des Wissensstandes fortlaufend in den G-BA-Beratungen berücksichtigt wird. Für einige Prüfaspekte existieren zudem keine Leitlinienvorgaben (Indikationsstellung, Vorgaben für OP-Berichte). Es wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere der Aspekt der Indikationsstellung auf Wunsch des GKV-Spitzenverbandes ein größeres Gewicht bekommt, was bereits in die neue QBA-RL aufgenommen wurde.

Auch die Teilnehmer des Ergebnisworkshops Radiologie bewerteten den Anteil der Befragten, die angeben, dass die Vorgaben der QBR-RL dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, als sehr hoch – vor allem vor dem Hintergrund, dass die Röntgenrichtlinie aus dem Jahr 2002 ist. Darüber hinaus wurde im Workshop auf den technischen Fortschritt und die Digitalisierung in den letzten Jahren verwiesen, was in der Praxis zwar zu Verbesserungen im Strahlenschutz, aber nicht zu relevanten Änderungen im Bereich der Diagnostik geführt hat. Ein Teilnehmer merkte zusätzlich an, dass im Bereich Röntgendiagnostik heute auch noch gilt, was vor 20 Jahren galt, weshalb die „alten“ Kriterien ausreichen.

Zur Aktualität der zu evaluierenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für den Leistungsbereich Kernspintomographie (QBK-RL) merkten die Teilnehmer an, dass die Leitlinien der Bundesärztekammer, an den sich die Fassung der QBK-RL orientiert hat, nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprachen und zurückgezogen wurden. Der stattgefundenen Überarbeitungs- bzw. Aktualisierungsprozess durch eine interdisziplinäre Fachgruppe (u.a. GKV-Spitzenverband, Patientenvertreter), der über einen Zeitraum von 2 Jahren stattgefunden hat, spiegelt nun den aktuellen Stand der Wissenschaft wider.

Die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Aktualität der Richtlinien wurden im Ergebnisworkshop Kernspintomographie intensiver diskutiert. Die genannten Aspekte sind sicherlich auch auf die anderen Leistungsbereiche übertragbar. Die Rückmeldungen der Kommissionen und KVen sind zentral für diesen Prozess. Des Weiteren kam der Vorschlag, einen standardisierten Aktualisierungsprozess zu etablieren, in dem ein Überarbeitungszeitraum zur Aktualisierung zu bestimmender Aspekte festgelegt wird (z.B. Orientierung am Turnus der Deutschen Röntgengesellschaft, die Leitlinien im 3-Jahres-Turnus aktualisiert). Darüber hinaus sei eine allgemeine Verbindlichkeit der Richtlinien sicherzustellen, z.B. durch regelmäßige Nachrichten der KVen. Insbesondere sei weiterhin eine bessere Kommunikation und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der KVen von zentraler Bedeutung (z.B. für Absprachen und Austausch bzgl. der Anpassung der zu prüfenden Kriterien).

5.2 Geeignetheit des Verfahrens zur Prüfung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung

Gemäß §1 Absätze 1 und 2 QP-RL soll die ärztliche Versorgung mit der gebotenen Fachlichkeit erfolgen. Da dies im Rahmen der Qualitätsprüfung bewertet werden muss, ist vorauszusetzen, dass die Prüfung der fachärztlichen Falldokumentation hinreichend Aufschluss über die fachliche Qualität der ärztlichen Leistungen ermöglicht. Datengrundlage der Beurteilung waren die Befragungsergebnisse der Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, der QS-Kommissionsärzte und Fachärzte sowie die Diskussionen der Ergebnisse in den Ergebnisworkshops.

Zwar konnte auch diese Frage ohne größere Operationalisierung den QS-Kommissionsärzten und den Fachärzten gestellt werden, allerdings erschien es zielführend, hier auch übergreifender nach der Rolle der Qualitätsprüfungs-Richtlinien im Kontext auch anderweitig zu erhaltender Informationen über (leistungsbereichsspezifische) Qualitätsanforderungen zu fragen.

So wurden die Fachärzte zunächst gefragt, ob sie überhaupt wussten, dass es die Stichprobenprüfungen der KV gibt, bevor sie geprüft wurden (vgl. Tabelle 25). Über alle Leistungsbereiche hinweg zeigt sich, dass dies bei den meisten Ärzten der Fall war. In den Leistungsbereichen Kernspintomographie und Radiologie gaben allerdings immerhin gut 20 % der Befragten an, dass dies eher nicht oder überhaupt nicht zutrifft. Im Leistungsbereich Arthroscopie liegt dieser Anteil bei 14,3 %.

Tabelle 25: Kenntnis über Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei geprüften Fachärzten

	Ich wusste, dass es Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung gibt, bevor ich erstmals geprüft wurde.							
	gesamt		Arthroscopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	209	64,3%	68	74,7%	25	65,8%	116	59,2%
Trifft eher zu	56	17,2%	10	11,0%	5	13,2%	41	20,9%
Trifft eher nicht zu	35	10,8%	10	11,0%	4	10,5%	21	10,7%
Trifft überhaupt nicht zu	25	7,7%	3	3,3%	4	10,5%	18	9,2%

Darüber hinaus wurden die Fachärzte gefragt, welche Informationsquellen sie nutzen, um sich über die Qualitätsanforderungen im jeweiligen Leistungsbereich zu informieren. Abbildung 30 zeigt die Befragungsergebnisse leistungsbereichsübergreifend (n=325, Mehrfachantworten waren möglich). Neben einigen vorgegebenen Antworten konnten die Ärzte auch Freitextangaben unter „Sonstiges“ machen. Hier wurden in allen Leistungsbereichen Fortbildungen/Kongresse genannt. Darüber hinaus wurden Berufsverbände, Richtlinien/Verordnungen sowie Kollegengespräche als Informationsquellen angegeben (vgl. Anhang C.2)

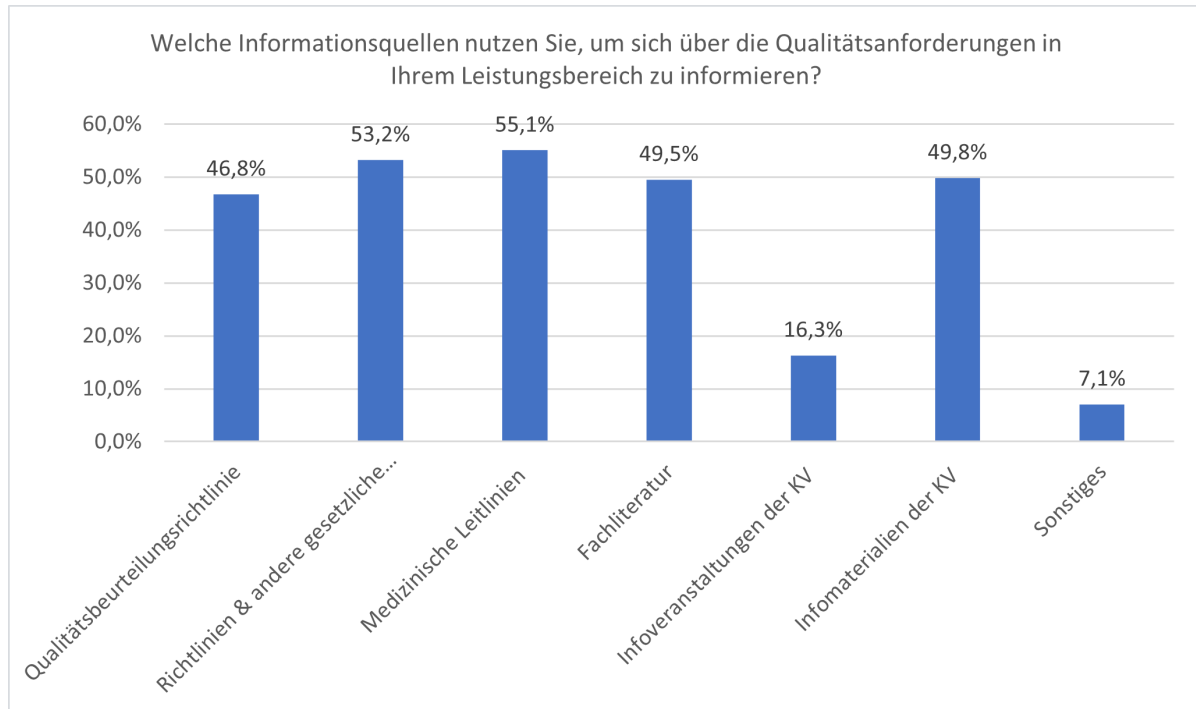


Abbildung 30: Informationsquellen für die Qualitätsanforderungen aus Sicht von Fachärzten

Ergänzend wurde den Fachärzten die Frage gestellt, ob die Qualitätsanforderungen der jeweiligen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien bereits vor der Prüfung dazu beigetragen haben, die Qualität der Arbeit zu verbessern. Abbildung 31 zeigt, dass die Meinungen in allen Leistungsbereichen dazu auseinandergehen. Im Leistungsbereich Arthroskopie haben dem über die Hälfte der Befragten eher nicht bzw. überhaupt nicht zugestimmt, wohingegen in den beiden anderen Leistungsbereichen der Zustimmungsgrad etwas höher war.

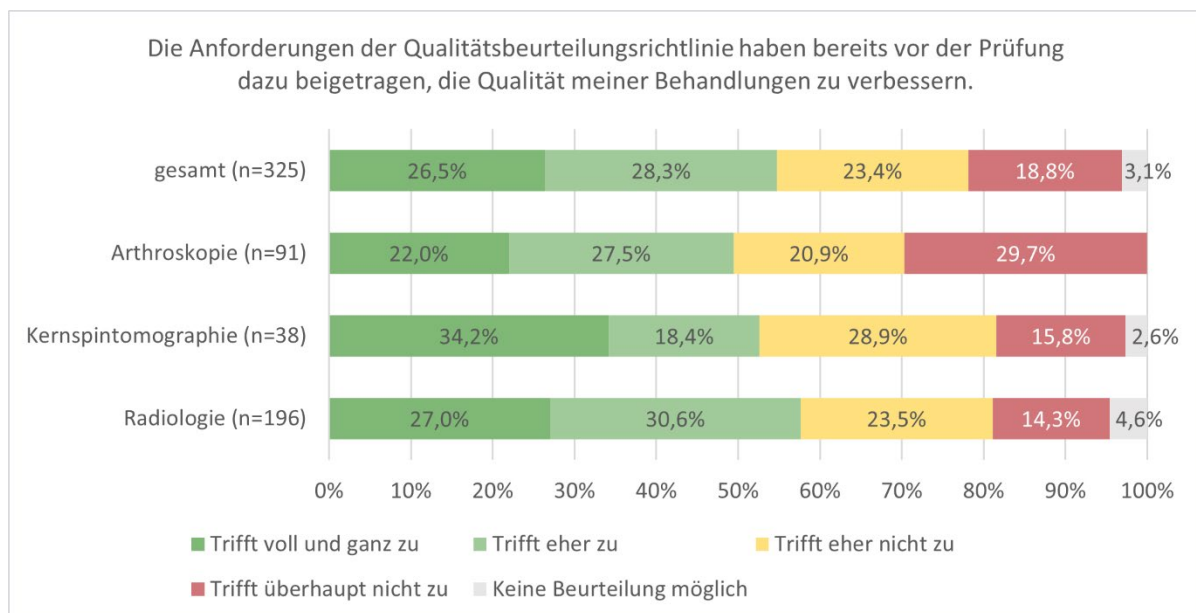


Abbildung 31: Beitrag der Anforderungen der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien zur Verbesserung der Qualität der Behandlungen aus Sicht von Fachärzten

Der Aussage „Die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie haben die Qualität meiner Dokumentationen verbessert.“ stimmen leistungsbereichsübergreifend 58,7 % der Befragten voll und ganz bzw. eher zu. Leistungsbereichsspezifisch betrachtet, wird dies am ehesten im Leistungsbereich Kernspintomo-

graphie so gesehen, wo der Zustimmungsgrad bei 63,2 % (im Vergleich Arthroskopie: 57,2 %) liegt (vgl. Abbildung 32).

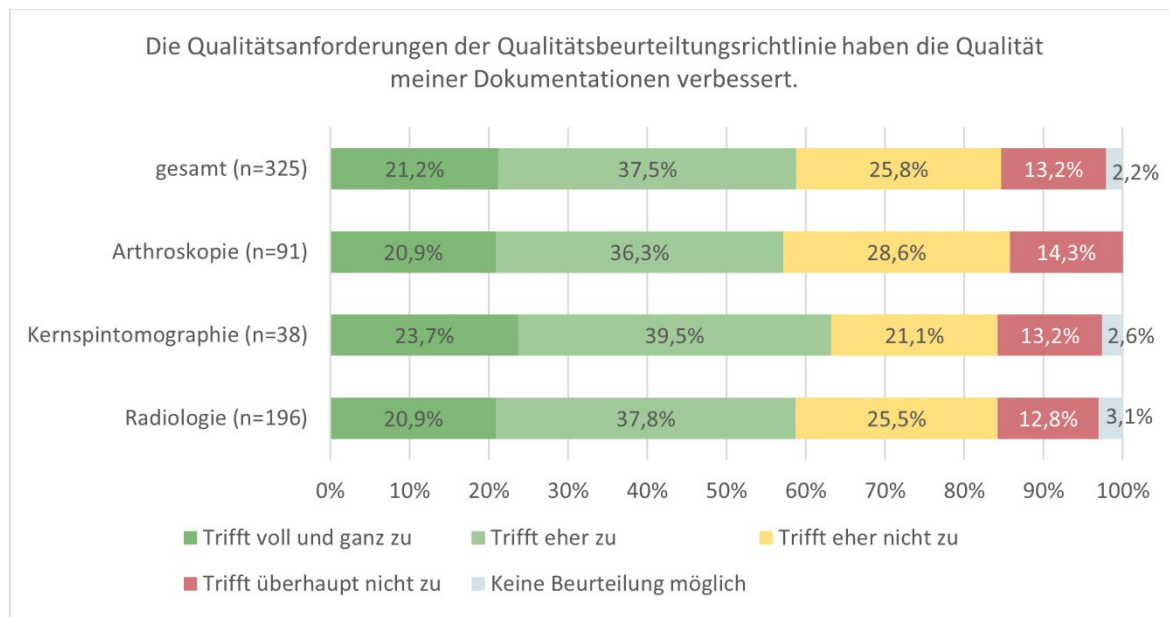


Abbildung 32: Verbesserungen der Dokumentationen durch die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien aus Sicht von Fachärzten

Den Geschäftsstellen wurde leistungsbereichsübergreifend die Frage gestellt, ob die definierten Prüfbereiche der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien geeignet sind, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen. Dem stimmten 15 Geschäftsstellen voll und ganz und 2 eher zu. Darüber hinaus wurde hinsichtlich der Geeignetheit der Prüfung der Fachlichkeit die Frage gestellt, ob die Scores der Bewertungsschemata geeignet sind, die Qualität zur betreffenden Leistung zu beurteilen. Dies wurde von allen KVen leistungsbereichsübergreifend bejaht.

Auch die QS-Kommissionsärzte wurden gefragt, ob die zu prüfenden Aspekte geeignet sind, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen. Der Zustimmungsgrad ist in allen Leistungsbereichen mit über 85 % sehr hoch, wie Tabelle 26 verdeutlicht.

Tabelle 26: Eignung der zu prüfenden Aspekte zur Beurteilung der fachlichen Qualität der ärztlichen Leistung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

	Die zu prüfenden Aspekte sind geeignet, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	28	30,4%	8	25,8%	6	33,3%	14	32,6%
Trifft eher zu	56	60,9%	19	61,3%	11	61,1%	26	60,5%
Trifft eher nicht zu	7	7,6%	3	9,7%	1	5,6%	3	7,0%
Trifft überhaupt nicht zu	1	1,1%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%

Die hierzu befragten Fachärzte stehen dieser Aussage allerdings deutlich kritischer gegenüber als die QS-Kommissionsärzte (vgl. Tabelle 27). Über alle Leistungsbereiche hinweg stimmen nur knapp mehr als die Hälfte (57,3 %) der Befragten der Aussage voll und ganz bzw. eher zu, dass die angeforderten Unterlagen geeignet

sind, die fachliche Qualität zu beurteilen. Betrachtet man die Frage getrennt nach Leistungsbereichen zeigt sich, dass der Zustimmungswert im Leistungsbereich Arthroskopie sogar unter 50 % liegt, wohingegen im Leistungsbereich Radiologie 58,1 % der Befragten und im Leistungsbereich Kernspintomographie 71,1 % der Meinung sind, dass die angeforderten Unterlagen zur Beurteilung der fachlichen Qualität geeignet sind.

Tabelle 27: Eignung der angeforderten Prüfunterlagen zur Beurteilung der fachlichen Qualität aus Sicht von Fachärzten

	Die im Rahmen der Stichprobenprüfung angeforderten Unterlagen sind geeignet, meine fachliche Qualität zu beurteilen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	73	22,5%	8	8,8%	12	31,6%	53	27,0%
Trifft eher zu	113	34,8%	37	40,7%	15	39,5%	61	31,1%
Trifft eher nicht zu	90	27,7%	24	26,4%	7	18,4%	59	30,1%
Trifft überhaupt nicht zu	47	14,5%	22	24,2%	4	10,5%	21	10,7%
Keine Beurteilung möglich	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%

Die Eignung des Prüfverfahrens zur Beurteilung der fachlichen Qualität der ärztlichen Leistung wurde auch in den Ergebnisworkshops thematisiert. Die zuvor dargestellten Ergebnisse wurden im Hinblick auf folgende Fragestellungen diskutiert:

- Ist der jeweilige Anteil der befragten QS-Kommissionsärzte, die der Meinung sind, dass die Prüfbereiche vollumfänglich geeignet sind, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistungen zu beurteilen, ausreichend?
- Wie ist es zu bewerten und was sind mögliche Gründe dafür, dass jeweils ein nennenswerter Anteil der geprüften Ärzte nicht der Ansicht ist, dass die angeforderten Prüfunterlagen geeignet sind, ihre fachliche Qualität zu beurteilen?

Für den Leistungsbereich Arthroskopie wurde übergreifend konstatiert, dass die Prüfung nicht geeignet sei, die Fachlichkeit „als Ganzes“ zu beurteilen. Sie beurteilt die Qualität der Dokumentation bzw. auch der Organisation der Prozesse, was nur einen Teil der Fachlichkeit abbilde. Allerdings können die angeforderten Unterlagen als Surrogat-Parameter einen geeigneten Eindruck von der Fachlichkeit des geprüften Arztes vermitteln. Für den hohen Anteil der Fachärzte, die angeben, dass die angeforderten Prüfunterlagen nicht geeignet sind ihre fachliche Qualität zu beurteilen, wurden mögliche Gründe diskutiert. Zunächst wurde vermutet, dass ein erheblicher Antwortbias seitens der Fachärzte vorliegen könnte: „Schlechte“ Bewertungen könnten dadurch begründet sein, dass sich typischerweise jene an der Befragung beteiligen, die „schlechte“ Ergebnisse hatten und deswegen dem Verfahren eher kritisch gegenüberstehen. Darüber hinaus könne die fachliche Qualität der Arthroskopie ohnehin nur „live“ beurteilt werden. Als weiterer möglicher Grund wurde eine zu ungenaue Definition der Begrifflichkeit „fachliche Qualität“ genannt. Dies wurde auch im Ergebnisworkshop Radiologie angemerkt. „Fachliche Qualität“ sei in diesem Zusammenhang näher zu differenzieren. Im Ergebnisworkshop Kernspintomographie bewerteten die Teilnehmer die vorgestellten Ergebnisse der Geeignetheit der Prüfbereiche zur Beurteilung der Fachlichkeit als sehr positiv und weisen in diesem Zusammenhang auch auf die hohe Standardisierung der Kernspintomographie hin, die in den anderen Leistungsbereichen mit Ausnahme der Computertomographie nicht so gegeben ist.

Darüber hinaus wurden die Fachärzte gefragt, ob sie im Falle von Beanstandungen (gering/erheblich/schwerwiegend) die Bewertung der Beanstandungen fachlich nachvollziehen konnten (vgl. Abbildung 33).

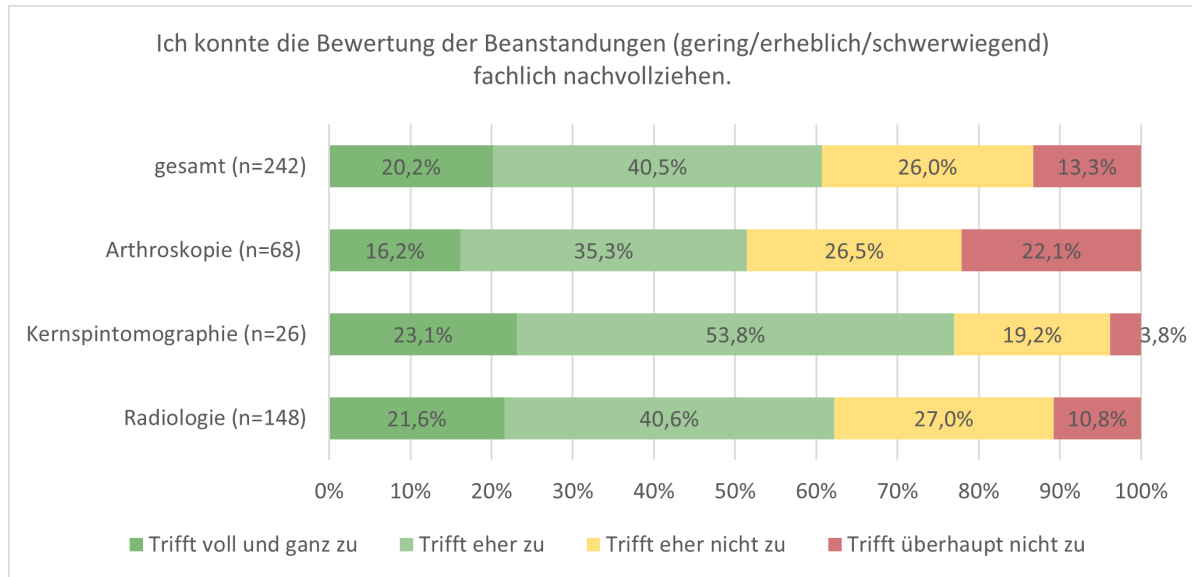


Abbildung 33: Nachvollziehbarkeit der Bewertungen im Falle von Beanstandungen aus Sicht geprüfter Fachärzte

Es zeigen sich leistungsbereichsspezifische Unterschiede bei der Nachvollziehbarkeit der Beanstandungen. Im Leistungsbereich Arthroskopie konnten weit über die Hälfte der Bewertungen der Kommissionsärzte eher nicht oder überhaupt nicht von den geprüften Fachärzten nachvollzogen werden. Dementgegen beträgt dieser Anteil im Leistungsbereich Kernspintomographie lediglich knapp über 20 %.

In den Ergebnisworkshops wurden diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der Frage diskutiert, welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind, dass ein erheblicher Anteil an Ärzten die Bewertungen im Falle von Beanstandungen fachlich nicht nachvollziehen kann. Sowohl die Teilnehmer der Ergebnisworkshops Radiologie als auch Kernspintomographie betonten, dass es von zentraler Bedeutung sei, den Ärzten die Ergebnisse der Prüfungen (Beanstandungen) (noch) besser zu vermitteln (evtl. durch persönliche Gespräche), sodass diese von den geprüften Ärzten besser nachvollzogen werden können.

5.3 Geeignetheit des Prüfinstrumentes hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks

Um die Geeignetheit des Prüfinstrumentes hinsichtlich des Qualitätssicherungszwecks festzustellen, wurde sowohl nach einer KV-seitigen Gesamteinschätzung gefragt als auch detaillierter nach der Relevanz der Prüfbereiche, der Verteilung der Mängel über die Prüfbereiche und nach der Bedeutung der Prüfbereiche für das Patientenwohl.

5.3.1 Gesamteinschätzung des Prüfverfahrens hinsichtlich der Qualitätssicherung

Anhand der Aussage „Das gegenwärtige Prüfsystem ist ein effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen.“ Sollte eine Gesamtbewertung des Prüfverfahrens aus Sicht der Geschäftsstellen (leistungsbereichsübergreifend) und QS-Kommissionsärzte (leistungsbereichsspezifisch) vorgenommen werden. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass das gegenwärtige Prüfsystem als ein effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen gesehen wird. Insgesamt haben 14 Geschäftsstellen dem voll und ganz und drei Geschäftsstellen eher zugestimmt. Die Bewertung der Aussage durch die QS-Kommissionsärzte zeigt, dass in jedem Leistungsbereich mindestens 75 % der Befragten das Prüfsystem als effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen einschätzen (vgl. Abbildung 34).

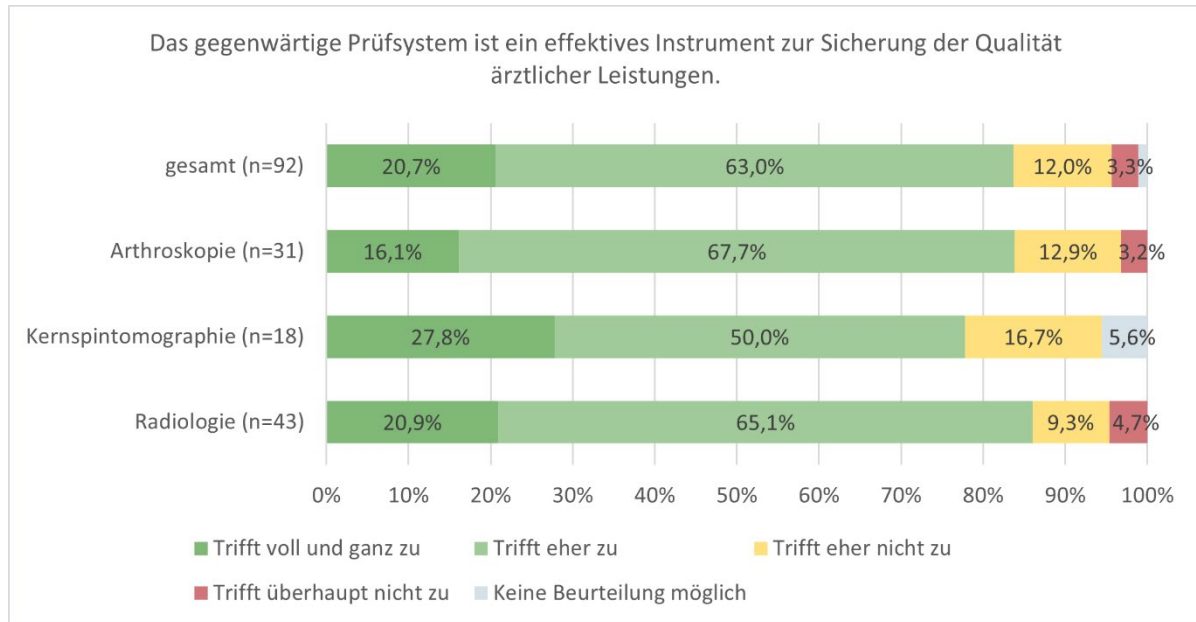


Abbildung 34: Gesamtbewertung des Prüfsystems im Hinblick auf den Qualitätssicherungszweck aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Die Fachärzte wurden hier ebenfalls um eine Gesamteinschätzung gebeten, die in diesem Fall aber eine individuelle Einschätzung hinsichtlich der Geeignetheit des Instrumentes zur Qualitätsverbesserung basierend auf der eigenen Erfahrung als Objekt der Prüfung war. Diese deutlich kritischere Haltung zur Effektivität des Prüfinstrumentes wird unten in Abschnitt 5.4 (Geeignetheit der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung) dargestellt.

5.3.2 Relevanz der Prüfinhalte

Als Voraussetzung einer effektiven Qualitätsprüfung sollte gewährleistet sein, dass möglichst alle geprüften Bereiche relevant zur Qualitätsbeurteilung sind. Die QS-Kommissionsärzte wurden invers gefragt, ob es Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung gibt. Über alle Leistungsbereiche hinweg stimmten dem über 40 % der Befragten voll und ganz oder eher zu. Im Leistungsbereich Arthroskopie sehen sogar über 50 % der Befragten Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung.

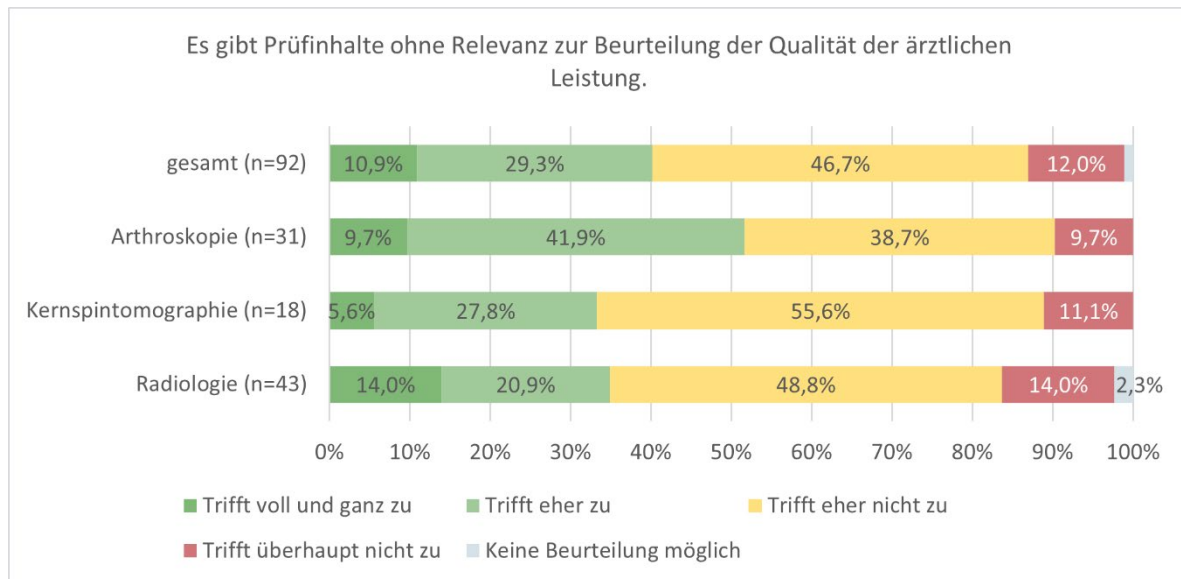


Abbildung 35: Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Diejenigen QS-Kommissionsärzte, die die Frage mit „Trifft voll und ganz“ oder „Trifft eher zu“ beantworteten, konnten anschließend Angaben dazu machen, welche Prüfinhalte ihrer Meinung nach keine Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung haben. Die Angaben dazu wurden für alle drei Leistungsbereiche in nachfolgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 28: Angaben der QS-Kommissionsärzte zu Prüfinhalten ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung

Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfinhalte dienen eher der Prüfung der Dokumentationsqualität als der Qualität der ärztlichen Leistung ▪ Narkose- und Anästhesiezeit ▪ Blutsperre ▪ Lagerung des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität der ärztlichen Leistung ist nicht an Bildqualität festzumachen ▪ viele überflüssige Dokumentationen ▪ Indikationsstellung bei besonderen Krankheitsbildern (z.B. pAVK) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfkriterien, die sich mit der Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen beschäftigen ▪ Kriterien: kritische Bildmerkmale, wichtige Bilddetails und kritische Strukturen sind schwammig und nicht definiert ▪ technische Bildparameter: Einblendung, Zentrierung bei Röntgenaufnahmen ▪ Seitenzeichen-Prüfung ▪ Lagerung des Patienten

Komplementär zu möglicherweise nicht relevanten Prüfbereichen wurden die QS-Kommissionsärzte gefragt, ob relevante Prüfinhalte zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung fehlen. Hier ist die große Mehrheit aller Befragten der Ansicht, dass dies nicht so ist. Mit einem Anteil von etwas mehr als 20 % werden lediglich für den Leistungsbereich Arthroskopie in nennenswertem Umfang fehlende relevante Prüfinhalte gesehen (vgl. Abbildung 36).

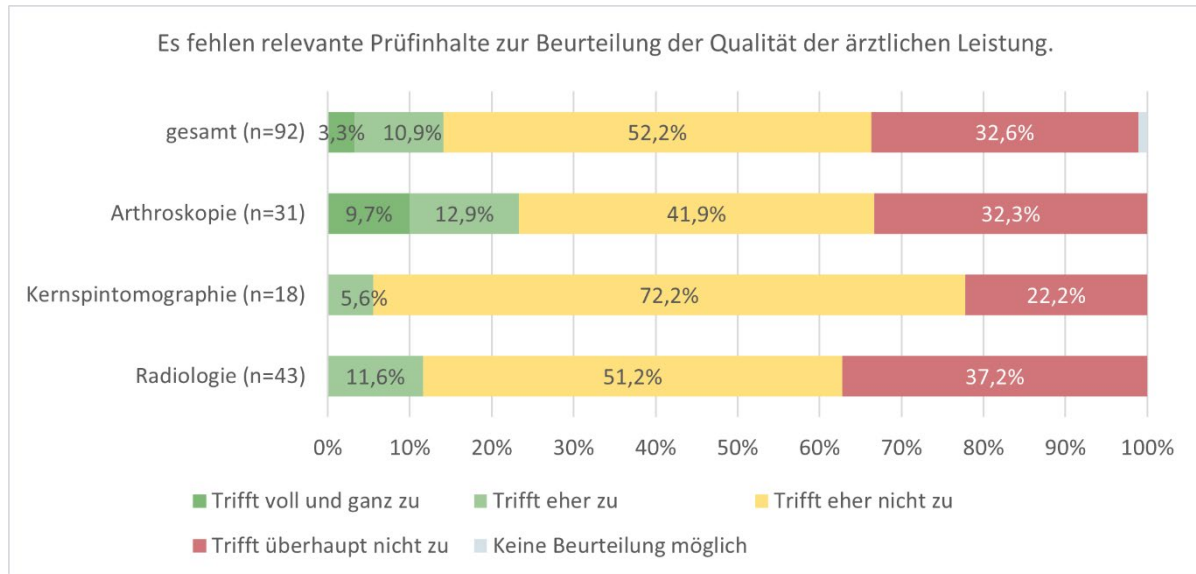


Abbildung 36: Fehlende relevante Prüfinhalte zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Im Rahmen der Abfrage, welche Prüfinhalte fehlen, wurden für den Leistungsbereich Arthroskopie folgende Angaben gemacht:

- keine definierten Prüfinhalte für OSG-, Hand- und Ellenbogenarthroskopien
- Beurteilung der Güte des durchgeführten Eingriffs
- qualitative Beurteilung der OP-Indikation, der pathologischen Befunde und der Qualität des therapeutischen Vorgehens

Für die Radiologie wurde angemerkt, dass die eigentliche ärztliche Leistung, der Befund bzw. Befundinhalt, nur eine untergeordnete Rolle in der Bewertung spielt. Für die Kernspintomographie wurden keine Angaben gemacht.

Auch in den Ergebnisworkshops wurde die Relevanz der Prüfinhalte der einzelnen Leistungsbereiche thematisiert und die Teilnehmer um ihre Einschätzung der Befragungsergebnisse gebeten. Für die Arthroskopie äußerten die Teilnehmer, dass einzelne Aspekte der zu evaluierenden QBA-RL irrelevant waren, was aber in der aktuellen Fassung der QBA-RL nicht mehr der Fall ist. Diese enthalte differenzierte und erweiterte Prüfinhalte, v.a. die Indikation stehe weit mehr im Fokus. Darüber hinaus seien laut KBV die Dokumentationsinhalte für die neue QBA-RL mit den Krankenkassen und dem G-BA abgestimmt, mit dem Ergebnis, dass alle Inhalte relevant seien.

Im Ergebnisworkshop Kernspintomographie merkten die Teilnehmer an, dass es wichtig sei, die zu prüfenden Inhalte turnusmäßig zu aktualisieren. Darüber hinaus wurde diskutiert, dass der Schwerpunkt in diesem Bereich nicht die Interpretation und Befundung der Bilder sei, sondern dass sich ein Großteil des Verfahrens auf die technische Durchführung bezieht. In der neuen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie habe die Untersuchungsdurchführung etwas an Bedeutung verloren, die Befundung hingegen an Bedeutung gewonnen.

Für den Leistungsbereich Radiologie wurde im Ergebnisworkshop diskutiert, dass der Umfang der „ärztlichen Leistung“ in beiden Fragen nicht exakt definiert sei. Dies ist ein möglicher Erklärungsansatz für den Anteil der knapp 35 % der Befragten, die angeben, dass es Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung gibt. Die Teilnehmer betonten auch, dass der Arzt jeweils für die Gesamtleistung verantwortlich ist, was auch im Ergebnisworkshop Kernspintomographie hervorgehoben wurde.

5.3.3 Mängel in den Prüfbereichen

Ausgehend von den Prüfinhalten wurden sowohl die Geschäftsstellen als auch die QS-Kommissionsärzte gefragt, ob sich die Beanstandungen gleichmäßig über alle Prüfbereiche verteilen und in welchen Prüfbereichen die meisten bzw. die wenigsten Mängel auftreten. Nach Angaben aller 17 Geschäftsstellen verteilen sich die Beanstandungen eher nicht gleichmäßig über die Prüfbereiche. Bei den QS-Kommissionsärzten hingegen gaben lediglich 29 % der Befragten an, dass sich die Beanstandungen eher nicht oder überhaupt nicht gleichmäßig über alle Prüfbereiche verteilen.

Die Frage nach den meisten bzw. wenigsten Mängeln in den einzelnen Prüfbereichen wurde ebenfalls von den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen als auch von den QS-Kommissionsärzten beantwortet. Im Leistungsbereich Arthroskopie wurde der Prüfbereich „Bildliche Darstellung der Operation“ als der Bereich mit den meisten Mängeln beschrieben, wohingegen im Bereich „Identifikation Arzt/Patient“ kaum Mängel auftreten. Die Antworten der Befragten im Detail finden sich in Tabelle 29. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zulässig (dies ist auch für die anderen Leistungsbereiche zutreffend), zudem haben 22 der 31 an der Befragung teilnehmenden QS-Kommissionsmitglieder zu dieser Frage keine Angaben gemacht.

Tabelle 29: Meiste und wenigste Beanstandungen/Mängel im Leistungsbereich Arthroskopie

	Meiste Mängel/Beanstandungen Arthroskopie		Wenigste Mängel/Beanstandungen Arthroskopie	
	Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	QS-Kommissionsärzte	Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	QS-Kommissionsärzte
	n=17	n=9	n=17	n=9
Identifikation Arzt/Patient	1	0	14	8
Medizinische Fragestellung/Operationsgrund	2	5	8	2
Schriftliche Dokumentation der Operation	12	4	0	5
Bildliche Darstellung der Operation	15	8	0	0

Für den Leistungsbereich Kernspintomographie werden die meisten Mängel in den Prüfbereichen „Messparameter“ und „Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation“ gesehen, wohingegen die Bereiche „Indikation“, „Untersuchungsvolumen“ und „Befundung“ eher wenig Mängel aufweisen. Diese Frage haben lediglich 5 der 18 an der Befragung teilnehmenden QS-Kommissionsärzte beantwortet.

Tabelle 30: Meiste und wenigste Beanstandungen/Mängel im Leistungsbereich Kernspintomographie

	Meiste Mängel/Beanstandungen Kernspintomographie		Wenigste Mängel/Beanstandungen Kernspintomographie	
	Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	QS-Kommissionsärzte	Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	QS-Kommissionsärzte
	n=14	n=5	n=14	n=5
Indikation	1	1	8	3
Untersuchungsvolumen	0	0	5	3
Messparameter	6	4	0	0
Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation	6	3	1	1
Befundung	3	1	7	1

Für den Leistungsbereich Radiologie zeigt sich eine unterschiedliche Einschätzung der Verteilung der Mängel auf die Prüfbereiche aus Sicht der QS-Kommissionsärzte und Geschäftsstellen. Erklärungsansätze hierfür waren im Ergebnisworkshop folgende:

- die nicht klare Trennung der Prüfbereiche in der alten Richtlinie – Differenzierung ist in der neuen Richtlinie klarer
- unterschiedliche Erfahrungen in den KVen.

Die meisten Mängel zeigen sich jedoch eindeutig im Bereich des Strahlenschutzes, wohingegen im Prüfbereich „Befundung“ eher wenig Mängel vorhanden sind. Bei dieser Frage haben 22 der 43 an der Befragung teilnehmenden QS-Kommissionsärzte Angaben gemacht.

Tabelle 31: Meiste und wenigste Beanstandungen/Mängel im Leistungsbereich Radiologie

	Meiste Mängel/Beanstandungen Radiologie		Wenigste Mängel/Beanstandungen Radiologie	
	Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	QS-Kommissionsärzte	Geschäftsstellen der QS-Kommissionen	QS-Kommissionsärzte
	n=16	n=22	n=16	n=22
Indikation	3	10	10	6
Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation	8	3	0	6
Wichtige Bilddetails (analog/digital)	8	5	0	7
Kritische Strukturen/kritische Bildelemente	5	2	0	8
Strahlenschutz	13	18	0	2
Befundung	0	7	12	10

5.3.4 Auswirkungen auf das Patientenwohl

Sowohl die Geschäftsstellen (leistungsbereichsübergreifend) als auch die QS-Kommissionsärzte (leistungsbereichsspezifisch) wurden befragt, ob die zu bewertenden Aspekte einen direkten Bezug zum Patientenwohl haben. Nach Ansicht der Geschäftsstellen haben die Prüfinhalte einen direkten Bezug zum Patientenwohl (14 Angaben „trifft voll und ganz zu“, 3 Angaben „trifft eher zu“). Auf die Frage, ob die Gewichtung der Prüfbereiche gemäß Bewertungsschemata ihrer Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl entspricht, gaben drei Geschäftsstellen an, dass dies voll und ganz, 13 eher und eine eher nicht zutrifft. Auch bei den QS-Kommissionsärzten überwiegt die Zustimmung, wenn auch weniger eindeutig. Nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der Ergebnisse zur Frage, ob die Prüfbereiche einen direkten Bezug zum Patientenwohl haben.

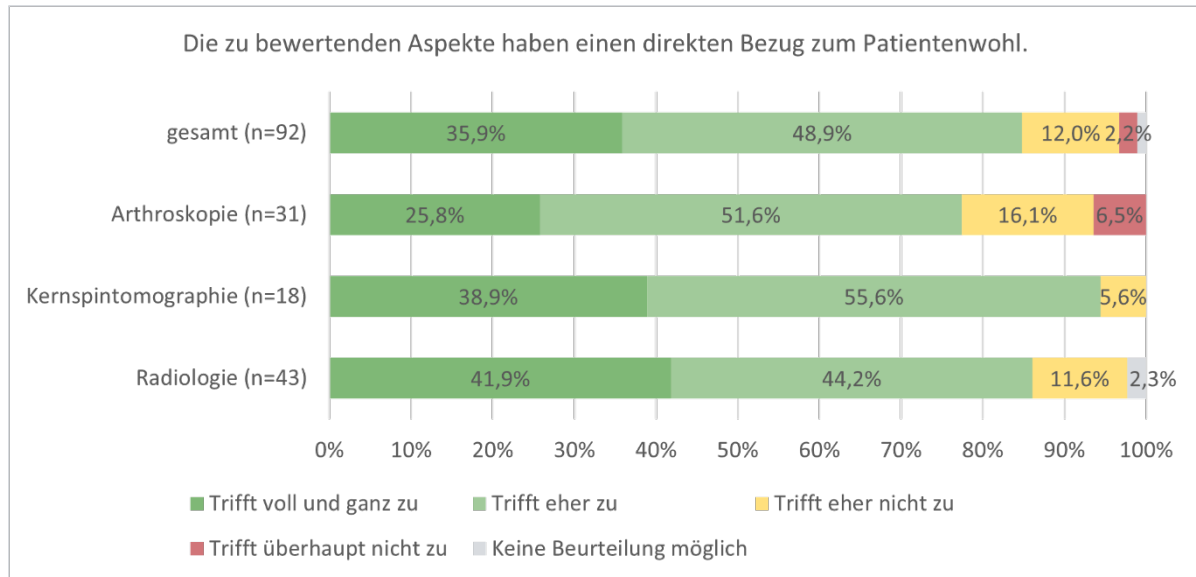


Abbildung 37: Prüfbereiche in Bezug auf das Patientenwohl aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Auch bei der Frage, ob die Gewichtung der Prüfbereiche gemäß der jeweiligen Bewertungsschemata ihrer Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl entspricht, wurde seitens der QS-Kommissionsärzte wie auch bei den Geschäftsstellen breite Zustimmung geäußert, wie die folgende Übersicht zeigt.

Tabelle 32: Gewichtung der Prüfbereiche und ihre Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

	Die Gewichtung der Prüfbereiche gemäß Bewertungsschemata entspricht ihrer Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	23	25,0%	4	12,0%	5	27,8%	14	32,6%
Trifft eher zu	53	57,6%	21	67,7%	10	55,6%	22	51,2%
Trifft eher nicht zu	12	13,0%	5	16,1%	3	16,7%	4	9,3%
Trifft überhaupt nicht zu	4	4,3%	1	3,2%	0	0,0%	3	7,0%

In allen Ergebnisworkshops wurde die Frage aufgeworfen, ob es Vorschläge/Ideen zur Optimierung der Prüfinhalte/-bereiche hinsichtlich des Patientenwohls gibt. Hier merkten die Teilnehmer des Ergebnisworkshops Arthroskopie an, dass das Patientenwohl nur indirekt durch die Prüfung beeinflusst werden könne. Aber wenn Ärzte geprüft und Missstände beseitigt werden, diene dies auch dem Patientenwohl. Sowohl die Teilnehmer des Ergebnisworkshops Kernspintomographie als auch Radiologie merkten an, dass insgesamt das Patientenwohl im Vordergrund stehe und dass alle Punkte für das Patientenwohl relevant sind.

5.4 Geeignetheit der Maßnahmen hinsichtlich der Qualitätsverbesserung

Nach einer Gesamteinschätzung des Prüfverfahrens aller beteiligten Akteure im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung der Leistungserbringung seit Einführung der QP-RL wurde die Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen bei den Fachärzten unter verschiedenen Aspekten näher beleuchtet, insbesondere dahingehend, ob die Maßnahmen, die in §6 (3) der QP-RL genannt sind, geeignet sind, die Qualität der Leistungserbringung zu verbessern und ob es sich um Mängel handelt, die beanstandete Ärzte in eigener Verantwortung beseitigen können.

Datenquellen waren die Interviews mit den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, die Befragungen der QS-Kommissionsärzte und Fachärzte sowie die Ergebnisworkshops.

5.4.1 Gesamteinschätzung des Prüfverfahrens hinsichtlich der Qualitätsverbesserung

Sowohl die Geschäftsstellen als auch die QS-Kommissionsärzte wurden gefragt, ob sich die Qualität der ärztlichen Leistung seit Einführung der QP-RL (2007) verbessert hat. Von den 16 Geschäftsstellen, die sich zu dieser Frage geäußert haben, gaben 7 an, dass dies voll und ganz und 10, dass dies eher zutrifft. Bei den QS-Kommissionsärzten haben nur diejenigen geantwortet, die bereits seit mindestens zwei Jahren in der QS-Kommission tätig sind. Die nachfolgende Abbildung zeigt auch hier eine positive Bewertung der Befragten im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung, wobei einige wenige QS-Kommissionsärzte vom positiven Tenor abweichen. Deutliche Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen zeigen sich nicht.

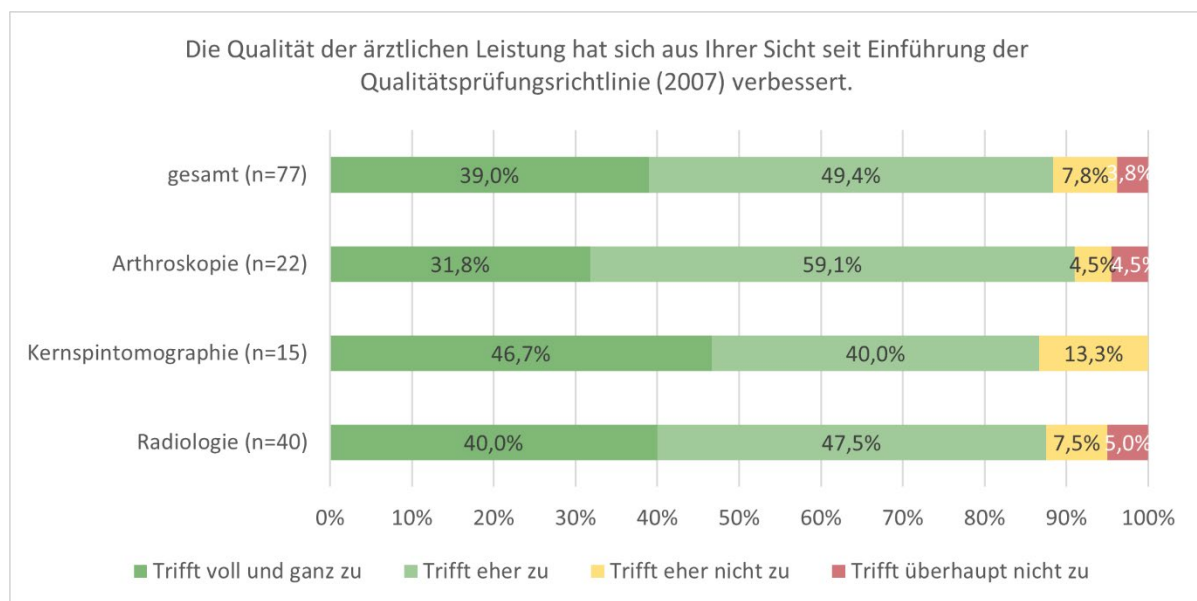


Abbildung 38: Gesamtbewertung des Prüfsystems im Hinblick auf Qualitätsverbesserung aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Auch die Fachärzte wurden nach einer Gesamteinschätzung der Geeignetheit des Prüfsystems zur Erreichung des Qualitätssicherungs- und verbesserungszweck befragt. Bei dieser Zielgruppe wurde bei der Formulierung der Frage bewusst nicht zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung differenziert, da Fachärzte die Prüfung vermutlich "ganzheitlich" wahrnehmen.

Auch wenn über alle Leistungsbereiche hinweg, eine knappe Mehrheit der Fachärzte der Ansicht ist, dass das Prüfverfahren ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung ist, so zeigt sich gegenüber den Geschäftsstellen und den QS-Kommissionärzten eine deutlich kritischere Einschätzung des Prüfsystems. Allerdings zeigen sich auch Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen. Im Leistungsbereich

Arthroskopie hält über die Hälfte der Fachärzte das Prüfsystem für nicht geeignet zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Leistung. Demgegenüber steht der Leistungsbereich Kernspintomographie, in dem nur knapp 30 % der Befragten dem eher nicht oder überhaupt nicht zugestimmt haben (vgl. Abbildung 39).

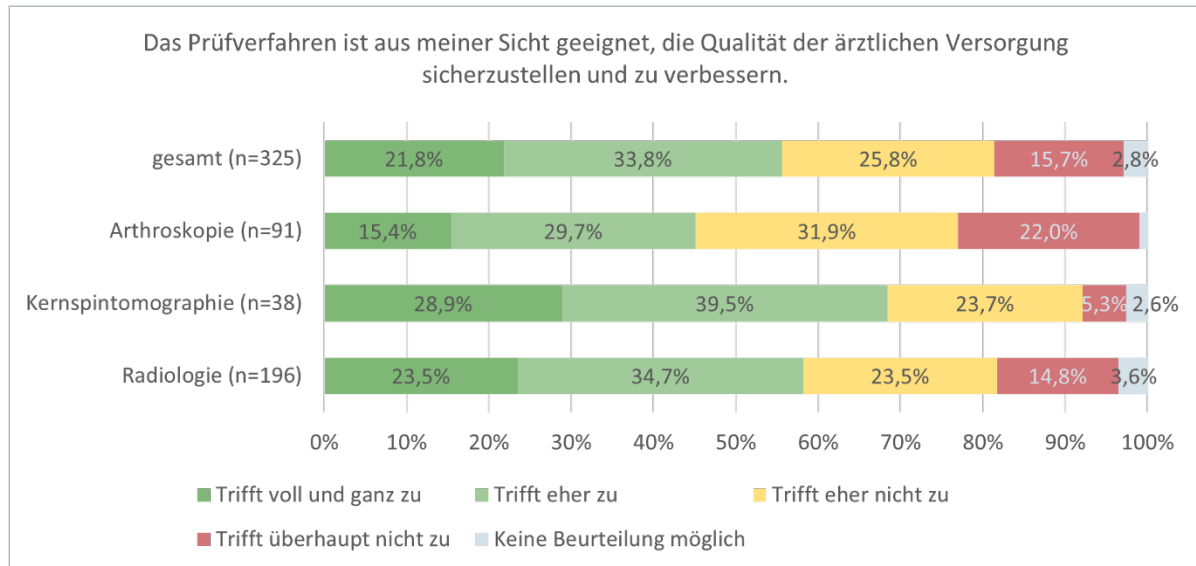


Abbildung 39: Gesamtbewertung des Prüfverfahrens im Hinblick auf Qualitätssicherung und -verbesserung aus Sicht von Fachärzten

Weil nicht auszuschließen ist, dass eine "schlechte" Bewertung eines Facharztes in der Prüfung zu einer "schlechten" Bewertung der Prüfung durch den Facharzt führt, wurde ergänzend geprüft, ob sich eine Abhängigkeit im Antwortverhalten beobachten lässt, je nachdem, ob bei den Befragten Maßnahmen veranlasst wurden oder nicht. Eine leichte Abhängigkeit des Antwortverhaltens zeigt sich lediglich im Leistungsbereich Arthroskopie. Von denjenigen Fachärzten, bei denen Maßnahmen veranlasst wurden, gaben 31,6 % bzw. 34,2 % an, dass das Prüfverfahren eher nicht bzw. überhaupt nicht geeignet ist, die Qualität der ärztlichen Versorgung sicherzustellen oder zu verbessern. Bei denjenigen Fachärzten, bei denen keine Maßnahmen veranlasst wurden, gaben 32,1 % an, dass das Prüfverfahren zu diesem Zweck eher nicht geeignet ist, aber lediglich 13,2 % gaben an, dass es überhaupt nicht geeignet ist. Im Leistungsbereich Kernspintomographie lässt sich keine valide Aussage treffen, da lediglich bei fünf der an der Befragung teilnehmenden Fachärzte Maßnahmen veranlasst wurden.

5.4.2 Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen bei Fachärzten

Die Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen aus Sicht der Fachärzte wurde mit weiteren detaillierten Fragen eruiert, die auf die Einschätzung der Verbesserung des ärztlichen Handelns sowie des Dokumentationsverhaltens infolge von Stichprobenprüfungen, etwaige Beanstandungen und daraus resultierende Maßnahmen abzielen. Darüber hinaus sollte eingeschätzt werden, ob die Maßnahme(n) geeignet waren, die Qualität der Arbeit zu verbessern.

Im Leistungsbereich Arthroskopie gaben knapp 75 % der geprüften Ärzte an, dass sich das ärztliche Handeln infolge der Stichprobenprüfung eher nicht oder überhaupt nicht verbessert hat. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass sich ihr Handeln infolge von Beanstandungen nicht verbessert hat. Allerdings geben 65 % der Befragten an, dass sich ihr Dokumentationsverhalten im Gefolge der Prüfung verbessert hat. Im Hinblick auf die Geeignetheit der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung äußern knapp 60 % der Befragten, dass die Maßnahme(n) eher nicht oder überhaupt nicht geeignet waren, die Qualität der Arbeit zu verbessern (vgl. Abbildung 40). Bei 53 der 91 teilnehmenden Fachärzte wurde(n) keine Maßnahme(n) veranlasst, bei den übrigen 38 Fachärzten kamen folgende Maßnahmen zur Anwendung (Mehrfachangaben möglich):

- Schriftliche Empfehlung/Verpflichtung mit oder ohne Beratungsgespräch (29)
- Nichtvergütung & Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen (13)
- Fortsetzung des Prüfverfahrens (2)
- Genehmigung mit Auflagen (2)

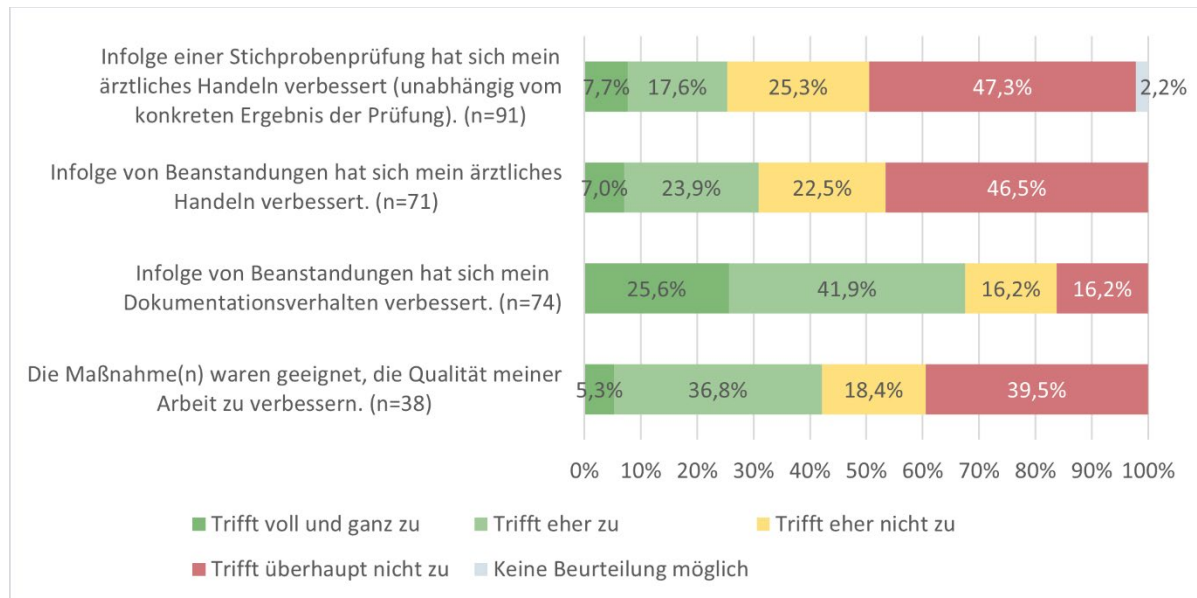


Abbildung 40: Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen im Leistungsbereich Arthroskopie aus Sicht von Fachärzten

Im Ergebnisworkshop Arthroskopie wurden die Ergebnisse der Gesamtbewertung des Prüfsystems im Hinblick auf Qualitätssicherung und -verbesserung sowie die Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen von Fachärzten intensiv diskutiert. Wie auch bereits in Abschnitt 5.2 beschrieben, wird für die schlechte Bewertung des Verfahrens durch geprüfte Ärzte ein Antwortbias dahingehend vermutet, dass sich typischerweise jene an der Befragung beteiligen, die dem Verfahren eher kritisch gegenüberstehen. Folgende Punkte wurden von den Teilnehmern ergänzend angesprochen, die zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen werden sollten:

- Prüfungen beziehen sich auf die Dokumentation des ärztlichen Handelns und nicht auf das Behandeln ("Schäden" am Patienten werden nicht aufgedeckt).
- Die QBA-RL enthält kaum Kriterien für ärztliches Handeln, was jedoch in der neuen Richtlinie nachgeschärft wurde, z.B. bekommt die Indikationsstellung mehr Gewicht.
- keine klare Definition des Begriffs „ärztliches Handeln“
- Ärzte können aus nachvollziehbaren Gründen nicht sagen, dass sich ihr Handeln durch die Prüfung „grundlegend“ verbessert hat, weil dies bedeuten würde, dass es vorher schlecht/unzureichend war.

Konsens und auch zentrales Ergebnis der Diskussion war, dass das gegenwärtige Verfahren mangels echter Alternativen als ausreichend nützlich und geeignet anzusehen ist.

Die Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen von Fachärzten im Leistungsbereich Kernspintomographie ist in Abbildung 41 dargestellt. Möglich ist, dass die Ergebnisse der Befragungen durch die ohnehin recht guten Ergebnisse / geringe Beanstandungsquote in den Qualitätsprüfungen bedingt sein könnten. Durch die bereits gute Qualität könnten die Verbesserungen infolge der Qualitätsprüfungen eher als gering eingeschätzt werden. Über 60 % der geprüften Ärzte geben in diesem Leistungsbereich an, dass sich das ärztliche Handeln infolge der Stichprobenprüfung nicht verbessert hat. Einige Ärzte mehr (50 %) geben an, dass sich infolge von Beanstandungen ihr ärztliches Handeln verbessert hat. Zu einer Verbesserung des Dokumentationsverhaltens kam es bei knapp 80 % der befragten Ärzte. Die Beurteilung der Ergebnisse zur Frage, ob die Maßnahme(n) geeignet waren, die Qualität der Arbeit zu verbessern, ist dadurch erschwert, dass nur bei fünf Teilnehmern

überhaupt Maßnahmen (Schriftliche Empfehlung/Verpflichtung mit oder ohne Beratungsgespräch 3mal, Nichtvergütung & Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen 1mal, Fortsetzung des Prüfverfahrens 1mal) veranlasst wurden. Einer der fünf Ärzte gibt an, dass die Maßnahme geeignet war, die Qualität der Arbeit zu verbessern.

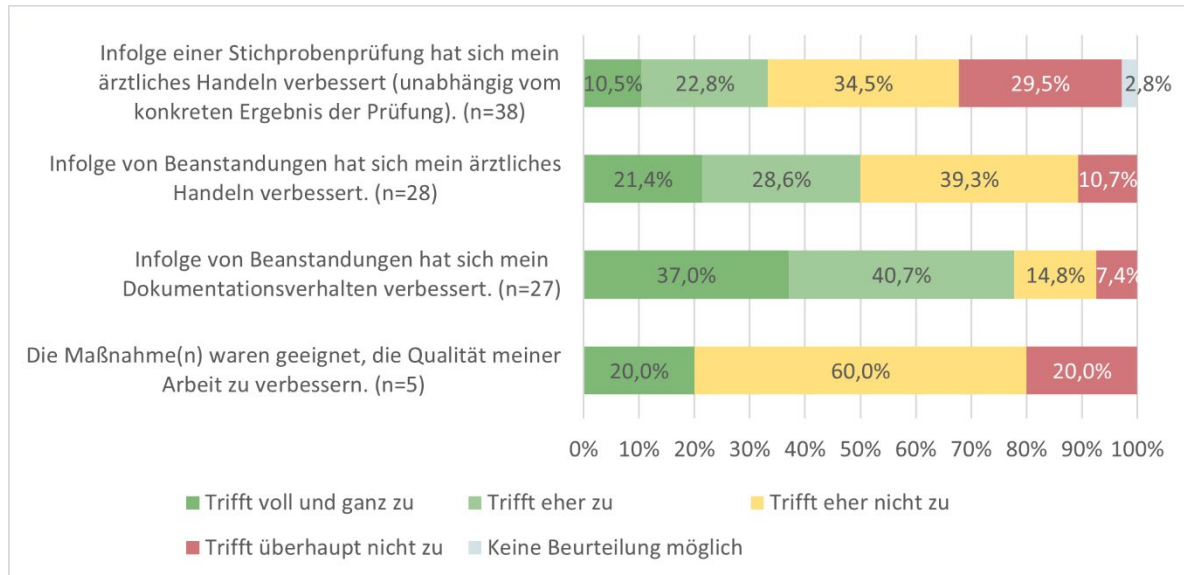


Abbildung 41: Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen im Leistungsbereich Kernspintomographie aus Sicht von Fachärzten

Die zuvor dargestellten Ergebnisse wurden im Ergebnisworkshop Kernspintomographie nicht weiter diskutiert. Zur hohen Rate der Verbesserung des Dokumentationsverhaltens wurde angemerkt, dass die Dokumentation nicht nur dem Selbstschutz, sondern auch dem eigenen Interesse des Arztes dient (Dokumentation betrifft den Verantwortungsbereich und das Selbstverständnis des Arztes).

Im Leistungsbereich Radiologie sagen knapp 60 % der geprüften Ärzte, dass sich das ärztliche Handeln infolge der Stichprobenprüfung nicht verbessert hat. Auch infolge von Beanstandungen ist bei der Hälfte der Fachärzte nach eigenen Angaben keine Verbesserung des ärztlichen Handelns zu beobachten. Wie auch in den anderen Leistungsbereichen sagt jedoch ein hoher Anteil der Befragten (77,7 %), dass sich das Dokumentationsverhalten infolge von Beanstandungen verbessert hat. Dass die Maßnahme(n) geeignet waren, die Qualität der Arbeit zu verbessern, äußern knapp die Hälfte der Befragten. Folgende Maßnahmen wurden bei den 68 an der Befragung teilnehmenden Fachärzten ergriffen (Mehrfachangaben möglich):

- Schriftliche Empfehlung/Verpflichtung mit oder ohne Beratungsgespräch: 46mal
- Nichtvergütung & Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen: 10mal
- Fortsetzung des Prüfverfahrens: 16mal
- Kolloquium: 6mal
- Widerruf der Genehmigung: 2mal
- Genehmigung mit Auflagen: 5mal

Im Ergebnisworkshop Radiologie gab es keine weiteren Anmerkungen zu diesen Ergebnissen, die in nachfolgender Abbildung dargestellt sind:

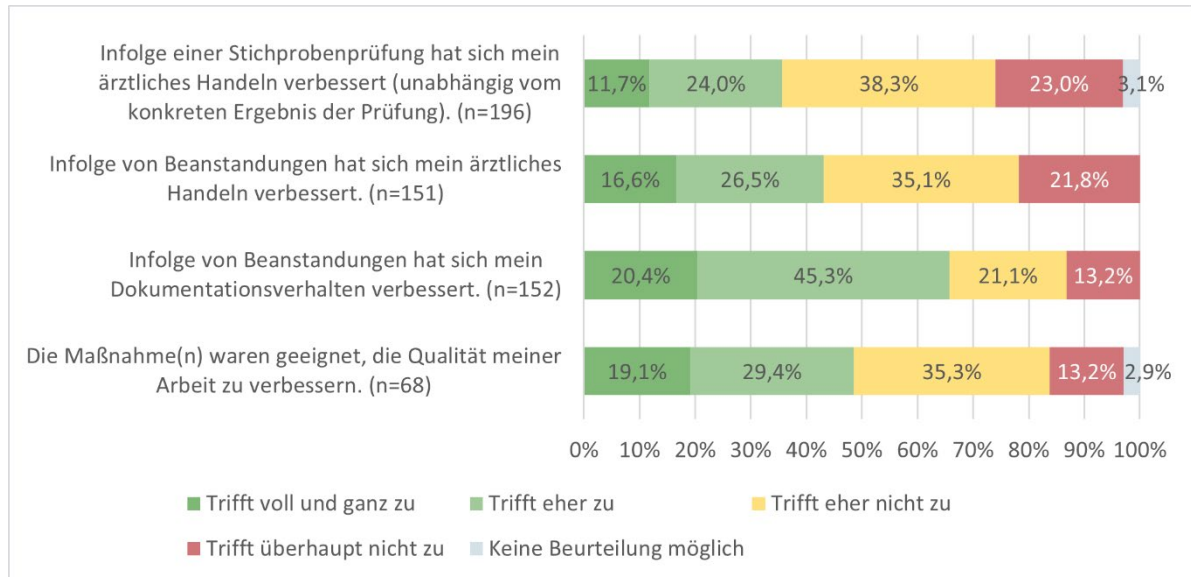


Abbildung 42: Wahrnehmung der Qualitätsprüfungen im Leistungsbereich Radiologie aus Sicht von Fachärzten

5.4.3 Beeinflussbarkeit der Mängel durch Maßnahmen

Der Nutzen von QS-Maßnahmen basiert u.a. darauf, dass die durch eine Prüfung oder Messung festgestellten Defizite in Verantwortlichkeit klar adressiert und durch diesen Adressaten abgestellt werden können. Aus diesem Grund wurden die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen leistungsbereichsübergreifend gefragt, ob die im Rahmen einer Prüfung festgestellten Mängel sich auf Strukturen und Prozesse beziehen, die ein geprüfter Arzt durch sein eigenes Handeln beseitigen kann. Die QS-Kommissionsärzte und Fachärzte sollten dies spezifisch für ihren jeweiligen Leistungsbereich beantworten.

Die folgende Abbildung weist zunächst aus, dass unter den Befragten der Geschäftsstellen ein (überraschend) hoher Anteil der Ansicht ist, dass nicht alle in der Prüfung festgestellten Mängel sich auf Strukturen und Prozesse beziehen, die ein geprüfter Arzt durch sein eigenes Handeln beseitigen kann.

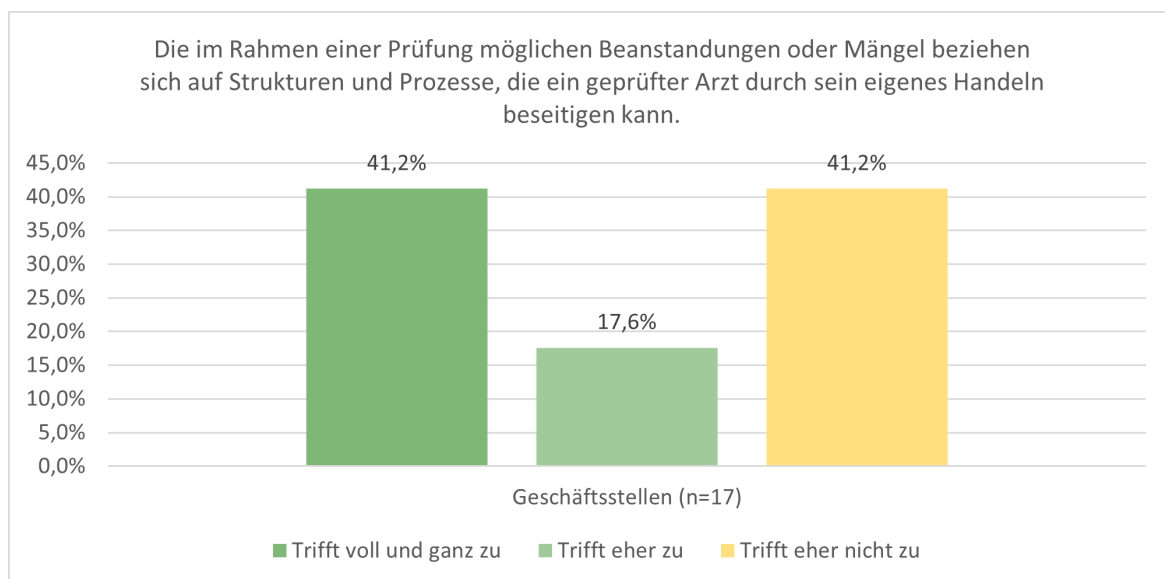


Abbildung 43: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes aus Sicht von Geschäftsstellen

Blickt man auf die Befragung der QS-Kommissionsärzte und damit auf die einzelnen Leistungsbereiche fällt vor allem auf, dass es hier Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen gibt.

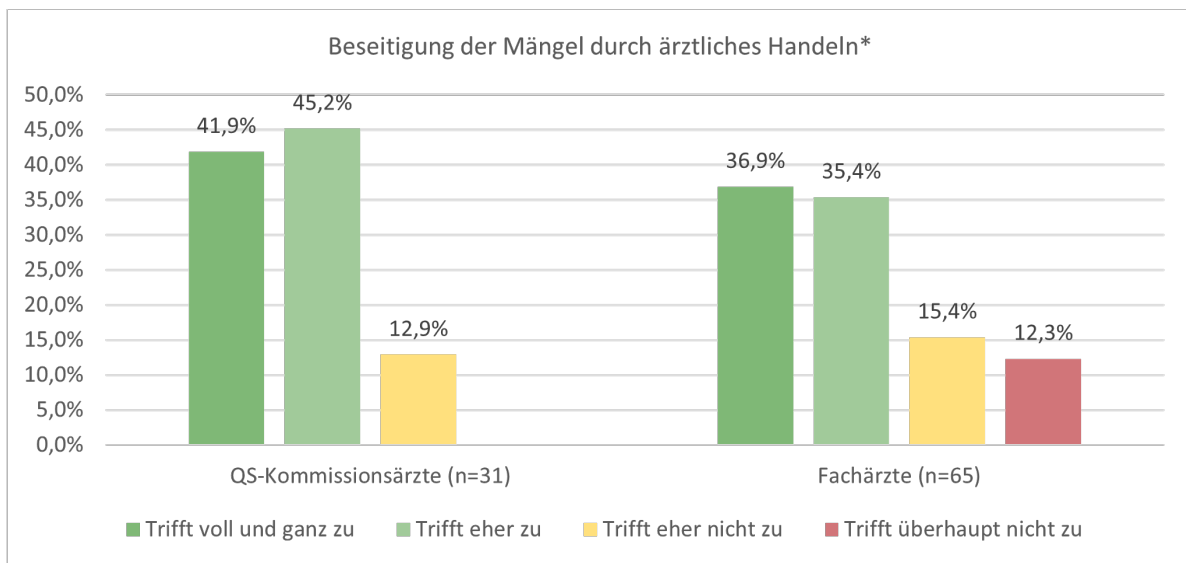


Abbildung 44: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes im Leistungsbereich Arthroskopie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten und Fachärzten

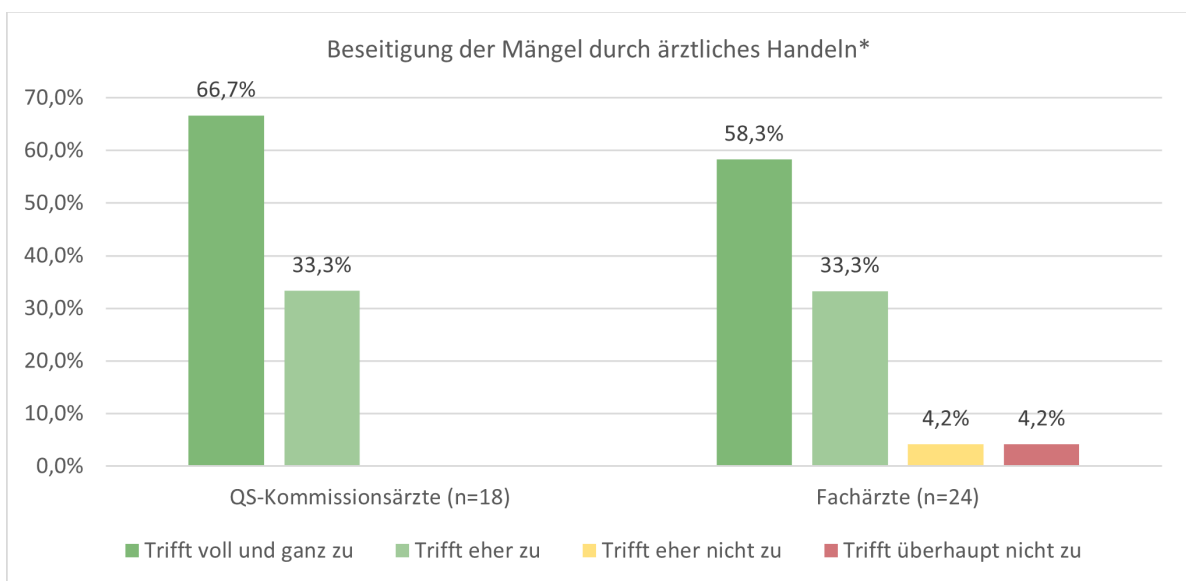


Abbildung 45: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes im Leistungsbereich Kernspintomographie aus Sicht QS-Kommissionsärzten und Fachärzten

* Frage QS-Kommissionsärzte: Der Arzt kann alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel durch sein eigenes Handeln beseitigen; Frage Fachärzte: Es war mir möglich, alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel persönlich zu beseitigen (alle Probleme lagen in meinem Verantwortungsbereich).

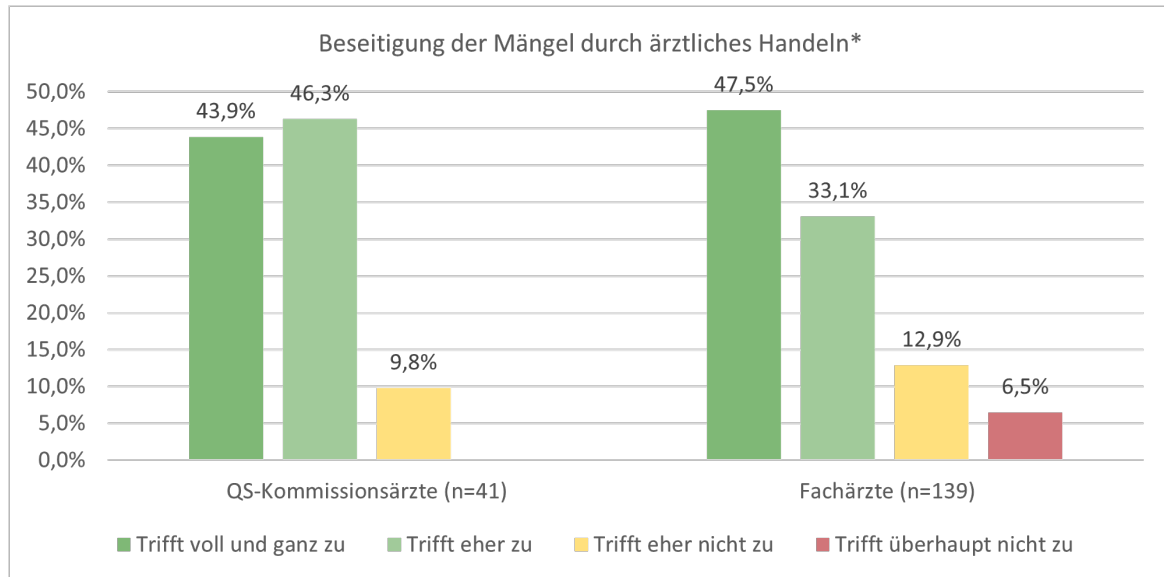


Abbildung 46: Beseitigung der beanstandeten Mängel durch eigenes Handeln des Arztes im Leistungsbereich Radiologie aus Sicht von QS-Kommissionsärzten und Fachärzten

* Frage QS-Kommissionsärzte: Der Arzt kann alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel durch sein eigenes Handeln beseitigen; Frage Fachärzte: Es war mir möglich, alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel persönlich zu beseitigen (alle Probleme lagen in meinem Verantwortungsbereich).

Aus Qualitätssicherungsperspektive sind die Ergebnisse der Befragung diskussionsbedürftig, da Qualitätsbewertungen nicht aussagekräftig sind, wenn sie sich auf Aspekte beziehen, die nicht durch den Bewerteten verursacht oder zu verantworten sind und weil darauf bezogene Maßnahmen zwangsläufig ins Leere laufen, wenn die Ursachen der Mängel nicht beeinflusst werden können.

In den Ergebnisworkshops wurde die Erreichung des Qualitätssicherungs- und -förderungsziels mit explizitem Fokus auf den Verantwortungsbereich des Arztes anhand der Befragungsergebnisse diskutiert. Eine übergreifende Erklärung lag darin, dass es vielleicht unterschiedliche Vorstellungen darüber vorherrschen, wie weitreichend „durch eigenes Handeln“ interpretiert wird.

Die Teilnehmer des Leistungsbereichs Radiologie konnten jedenfalls die Befragungsergebnisse nicht nachvollziehen. Als mögliche Erklärung wurde hier angeführt, dass möglicherweise die Fachärzte „nur“ die Befundung im eigenen Verantwortungsbereich sehen. Auch die Teilnehmer des Ergebnisworkshops Kernspintomographie sahen dies ähnlich. Hier wurde ergänzend angemerkt, dass auch systematische Fehler im Verantwortungsbereich des Arztes liegen. Sollte eine schlechte Bildqualität durch technische Mängel oder den Patientenzustand bedingt sein, muss dies vom Arzt entsprechend dokumentiert werden und kann dadurch in der Prüfung berücksichtigt werden.

Insgesamt waren leistungsbereichsübergreifend alle Workshopteilnehmer der Meinung, dass der Arzt grundsätzlich für die Prüfergebnisse und die Beseitigung der Mängel verantwortlich ist (was auch die Beseitigung technischer Mängel beinhaltet).

5.5 Aufwand/Nutzen

Im gerade erst von der Bundesärztekammer (BÄK) veröffentlichten Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht“ wird explizit der hohe (bürokratische) Aufwand von Qualitätssicherungsmaßnahmen zulasten der Patientenversorgung kritisiert. Auch wenn das Memorandum überwiegend die externe stationäre Qualitätssicherung, also das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern, fokussiert, so hebt es doch den zentralen Punkt jeglicher QS- und QM-Maßnahmen heraus,

nämlich, dass sich alle Maßnahmen daran messen lassen müssen, inwieweit sie dazu beitragen, die Patientenversorgung zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Evaluation auch systematisch nach den jeweiligen (zeitlichen) Aufwänden gefragt. Auch wenn es keine direkte Möglichkeit der Bewertung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses gibt, so sollen die Aufwände zumindest den mittels der Qualitätsprüfung intendierten Nutzen der Qualitätssicherungs- und -verbesserungseffekte gegenübergestellt werden. Dabei wurde explizit auch nach der Relevanz der Prüfinhalte für das Patientenwohl gefragt.

Datenquellen waren die Interviews mit den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen, die Befragungen der QS-Kommissionsärzte und der Fachärzte sowie die Ergebnisworkshops.

5.5.1 Aufwand

Zeitlicher Aufwand der Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

Die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen wurden zunächst leistungsbereichsübergreifend gefragt, wie viel Zeit für die Vorbereitung einer Kommissionssitzung bzw. für die Prüfung eines zu prüfenden Arztes benötigt wird. 10 KVen konnten eine Einschätzung der Vorbereitungszeit für eine Kommissionssitzung geben, die im Mittel bei 4–5 Stunden liegt (Spannweite 2–5 Stunden und mehr). Die benötigte Vorbereitungszeit der Prüfung pro zu prüfenden Arzt liegt im Mittel bei 3–4 Stunden (Spannweite 1–5 Stunden).

Darüber hinaus wurde gefragt, wie viel Zeit die Prüfung und Bewertung eines zu prüfenden Arztes (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch nimmt. Diese Frage wurde überwiegend getrennt nach Leistungsbereichen beantwortet. Im Mittel nimmt die Prüfung im Leistungsbereich Arthroskopie 30–60 Minuten in Anspruch, was von 12 KVen als Zeitrahmen genannt wurde (Angaben von 15 Minuten bis 1 Stunde und länger). Für die beiden anderen Leistungsbereiche ist der Zeitaufwand im Schnitt geringer. Die Angaben für den Leistungsbereich Kernspintomographie lagen alle im Bereich von 15–60 Minuten. Im Leistungsbereich Radiologie lagen hier die Angaben überwiegend im Bereich von 10–60 Minuten.

Darüber hinaus wurde wieder leistungsbereichsübergreifend nach dem zeitlichen Aufwand für die Erstellung eines schriftlichen Bescheides für einen geprüften Arzt gefragt. Bei dieser Frage haben die meisten KVen zwischen einfachen und komplexen Fällen unterschieden:

- einfache Fälle: 15–30 Minuten bis zu 1–2 Stunden
- komplexe Fälle: zwei bis zu fünf Stunden und mehr

Im Ergebnisworkshop Radiologie wurden die unterschiedlichen Angaben zum zeitlichen Aufwand seitens der Geschäftsstellen angesprochen. Hier gab es den Hinweis, dass dies neben der Größe der KV auch davon abhängig sein kann, ob eine Kooperation mit der Ärztlichen Stelle besteht, da in diesen Fällen ein reduzierter Zeitaufwand bei der Datenaufbereitung besteht.

Eine weitere Frage zum zeitlichen Aufwand, die den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen gestellt wurde, war die Frage nach der durchschnittlichen Anzahl der Sitzungen der QS-Kommissionen in einem Jahr. Variationen zeigen sich hier je nach Leistungsbereich und KV-Größe:

- Leistungsbereich Arthroskopie: im Mittel 3–4 Sitzungen jährlich (Spannweite 1–5 Sitzungen)
- Leistungsbereich Kernspintomographie: im Mittel 2–3 Sitzungen (Spannweite 1–5 Sitzungen)
- Leistungsbereich Radiologie: im Mittel: 4–6 Sitzungen (Spannweite 1–12 Sitzungen)

Zur Sitzungsteilnahme wurde darüber hinaus gefragt, wie oft Vertreter der Krankenkassen an den Sitzungen der QS-Kommissionen teilnehmen. Dies wurde mit Ausnahme von 2 KVen mit „(fast) nie“ beantwortet. Auf die Frage, wie oft Vertreter des G-BA von der jeweiligen KV zu den Sitzungen der QS-Kommissionen eingeladen werden, gab es von allen KVen die Rückmeldung, dass dies nie der Fall ist.

Neben der regulären Vorbereitung und Durchführung von QS-Kommissionssitzungen kann das Nachfordern von nicht vollständigen Dokumentationen ebenfalls einen weiteren zeitlichen Aufwand für die Geschäftsstellen der QS-Kommissionen bedeuten, wobei von allen KVen angegeben wurde, dass dies manchmal, aber überwiegend nicht vorkommt.

Ein letzter Aspekt, der hinsichtlich Aufwandsaspekten erfragt wurde, war, wie häufig es vorkommt, dass gegen eine Maßnahme Widerspruch eingelegt wird, was einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand für die Geschäftsstellen nach sich ziehen kann. Hier gaben 8 KVen an, dass dies manchmal vorkommt und 9 KVen gaben an, dass dies (fast) nie vorkommt.

Zeitlicher Aufwand der QS-Kommissionsärzte

Die QS-Kommissionsärzte wurden leistungsbereichsspezifisch gefragt, wie viel Zeit die Prüfung und Bewertung eines Arztes (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch nimmt. Die Angaben reichten hier über alle Leistungsbereiche hinweg von einem Minimum von null Stunden bis zu einem Maximum von 20 Stunden. Insgesamt ist der Zeitbedarf im Leistungsbereich Kernspintomographie am geringsten, Mittelwert und Median betragen hier eine Stunde. Am höchsten ist der Zeitbedarf im Leistungsbereich Arthroskopie mit einem Mittelwert von vier Stunden und einem Median von zwei Stunden. In Abbildung 47 ist die Verteilung der zeitlichen Angaben für die verschiedenen Leistungsbereiche graphisch aufbereitet.

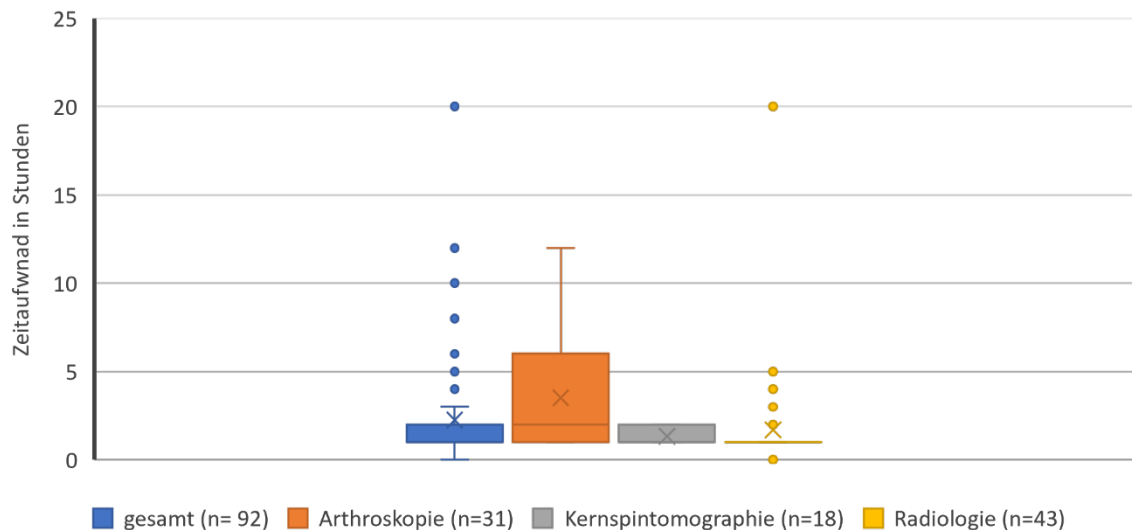


Abbildung 47: Zeitaufwand zur Prüfung und Bewertung eines Arztes aus Sicht von QS-Kommissionsärzten

Die größte Streuung bei den Angaben gibt es im Leistungsbereich Arthroskopie, was auch im Ergebnisworkshop thematisiert wurde. Der sehr hohe zeitliche Aufwand einiger QS-Kommissionen und auch Geschäftsstellen konnte von den Teilnehmern nur bedingt nachvollzogen werden. Ein möglicher Grund könnte sein, dass die Befragten ein unterschiedliches Verständnis darüber hatten, welche Prozesse unter die Fragen zum zeitlichen Aufwand zu subsumieren sind. Darüber hinaus könnte der zeitliche Aufwand der QS-Kommissionen durchaus auch variieren, oftmals sei dies abhängig von der Art der Übermittlung der Dokumentationen (z.B. vereinzelte Lieferung von VHS-Kassetten).

Im Ergebnisworkshop Kernspintomographie wurde zum geringen Zeitaufwand (alle Angaben lagen im Bereich von 1–2 Stunden) angemerkt, dass die Digitalisierung dazu beigetragen hat, den Zeitaufwand zu verringern.

Im Leistungsbereich Radiologie lagen alle bis auf eine Angabe im Bereich von 1–5 Stunden. Bei der Angabe von 20 Stunden wurde im Ergebnisworkshop gemutmaßt, dass es zu einer Verwechslung von Stunden und Minuten gekommen sein könnte. Dies ist auch bei weiteren Angaben möglich, da nach Ansicht einiger Teilnehmer die Zeit für die Prüfung eines Arztes nicht selten unter einer Stunde beträgt, was jedoch im Rahmen

der Befragung nicht angegeben werden konnte. Zudem sei der Aufwand auch davon abhängig, wie die Sitzungen vorbereitet sind.

Zeitlicher Aufwand der Fachärzte

Die Fachärzte wurden gefragt, wie viel Zeit die Zusammenstellung der 12 geforderten Dokumentationen insgesamt in Anspruch genommen hat. Vereinzelt gab es hier Extremwertangaben mit über 20 bis hin zu 120 Stunden, was jedoch, wie in allen Ergebnisworkshops vermutet wurde, auch auf eine Verwechslung der Angabe in Minuten und Stunden zurückzuführen sein könnte. Für die Berechnung der Lagemaße und die Darstellung der Verteilung des Zeitaufwands (vgl. Abbildung 48) wurden Extremwerte über 20 Stunden herausgerechnet (Arthroskopie und Kernspintomographie jeweils eine Angabe, Leistungsbereich Radiologie acht Angaben), um keine verzerrten Ergebnisse zu erhalten. Im Median liegt der Zeitbedarf im Leistungsbereich Kernspintomographie mit zwei Stunden am niedrigsten, in den Leistungsbereichen Arthroskopie und Radiologie liegt der Median bei drei Stunden.

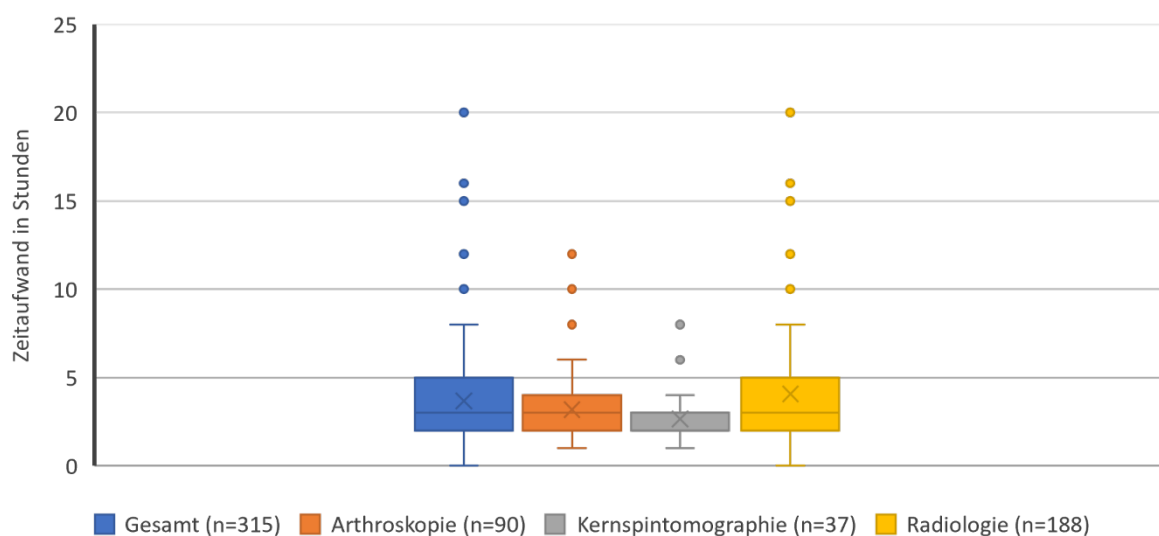


Abbildung 48: Zeitaufwand für die Zusammenstellung der geforderten Dokumentationen aus Sicht von Fachärzten

Im Ergebnisworkshop Arthroskopie wurde der zeitliche Aufwand der Fachärzte sonst nicht weiter bewertet, jedoch darauf verwiesen, dass der Zeitbedarf unter der Berücksichtigung des Projektes des Nationalen Normkontrollrats „Mehr Zeit für Behandlung“ zu bewerten sei. Dort ist im Rahmen der Bürokratiekostenermittlung aufgeführt, wie viel Zeit für die Zusammenstellung der Unterlagen durch die Fachärzte zu veranschlagen sei. Hier gibt es eine Gesamtangabe von knapp drei Stunden, die auch dem Median der Angaben der Fachärzte im Rahmen der Befragung entspricht. Die Teilnehmer des Radiologie-Workshops merkten für die unterschiedlichen Zeitangaben in diesem Leistungsbereich an, dass die Angaben auch davon abhängig sind, ob der Arzt den persönlichen Zeitaufwand oder den Zeitaufwand des Praxispersonals insgesamt zur Zusammenstellung der Dokumentationen angibt.

5.5.2 Nutzen

Da es keine objektiven Kriterien zur Bewertung des Nutzens des Verfahrens gibt, kann man den im vorigen Abschnitt beschriebenen Aufwand dazu auch nicht in ein begründetes Verhältnis setzen.

Der umsetzungsseitig betriebene Aufwand ist KV-übergreifend recht ähnlich und durch die in der Richtlinie formulierten Anforderungen notwendig. Auch für die QS-Kommissionsärzte ist der relative Zeitaufwand der Dokumentationsprüfung ähnlich, wobei hier offensichtlich die unterschiedlich gute Vorbereitung der Prüfung durch die Geschäftsstellen ein Zeitfaktor ist. In letzter Konsequenz ist der investierte Zeitaufwand durch den Kommissionsarzt in einem gewissen Rahmen selbst bestimmbar, weil diese Tätigkeit freiwillig/ehrenamtlich ausgeübt wird.

Auch der zusätzliche Aufwand für jene Fachärzte, die im Zuge der Stichprobenprüfung die entsprechenden Dokumentationen zusammenstellen müssen, ist vertretbar, da dieser in etwa dem vom Normenkontrollrat dafür veranschlagten Rahmen liegt und zudem nicht regelmäßig anfällt. Gegenüber den verpflichtenden QS-Verfahren sowohl der stationären Qualitätssicherung der Krankenhäuser als auch der stationären Pflegeeinrichtungen, die auf regelmäßigen Vollerhebungen bestimmter Fälle basieren, ist das Stichprobenverfahren als vergleichsweise aufwandsarm zu betrachten.

Demgegenüber steht ein zwar nicht quantifizierbarer, aber doch in seiner Effektivität beschreibbarer Nutzen. Dieser ergibt sich also wesentlich aus der Geeignetheit des Verfahrens, die mit ihm verbundenen richtlinienimmanenten (vgl. Abschnitte 5.1 und 5.2) und übergeordneten Zwecke (vgl. Abschnitte 5.3 und 5.4) zu erfüllen sowie auch aus dem eher implizit mitzudenkenden Ziel von QS-Maßnahmen, dass sie in letzter Konsequenz dem Patienten nutzen sollen.

Wie bereits in den vorigen Abschnitten detailliert ausgeführt, herrscht auf der Umsetzungsseite der Richtlinie (KBV, KV-Geschäftsstellen, QS-Kommissionsärzte) eine insgesamt große Zufriedenheit mit dem Prüfverfahren vor. Die Geeignetheit des Instrumentes zur Prüfung der konkreten Richtlinienzwecke (Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit und der Fachlichkeit der Versorgung) wurde ebenso deutlich mehrheitlich bestätigt wie die Erreichung der übergeordneten Ziele der Qualitätssicherung und der Wirksamkeit der qualitätsverbessernden Maßnahmen.

Auf der Wirkebene der Fachärzte wird diese positive Sichtweise eher nicht geteilt. Mehr als die Hälfte der Ärzte, bei denen Beanstandungen festgestellt wurden, gibt an, dass sich ihr Handeln auch infolge von einer KV beschiedenen Maßnahme nicht geändert („verbessert“) hat – knapp mehrheitlich wird lediglich eine Verbesserung des eigenen Dokumentationsverhaltens infolge der Prüfung gesehen. Auch die konkreten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden von den Fachärzten mehrheitlich (60 %) als ungeeignet für diesen Zweck betrachtet. Auch wenn hier ein Antwortbias vermutet werden kann und der Befragungsrücklauf gering war, so ist das Erreichen des übergeordneten Qualitätssicherungszwecks, nämlich das Verbessern der Versorgung zum Wohle der Patienten durch gezielte Maßnahmen fraglich. Wenn man davon ausgeht, dass es auch einen deutlichen Antwortbias der an der Umsetzung beteiligten Akteure gibt, dann sollte man die zwar kleine aber, insbesondere in den Leistungsbereichen Arthroskopie und Radiologie, durchaus nennenswerte Anzahl der QS-Kommissionsärzte beachten, die der Aussage, dass die Gewichtung der Prüfbereiche nicht ihrer Bedeutung für das Patientenwohl entspricht, zustimmen, was für eine Feinjustierung der Gewichtungen sprechen würde. Darüber hinaus stimmen auch 40 % der Kommissionsärzte der Aussage zu, dass es Prüfbereiche gibt, die keine Relevanz hinsichtlich der Beurteilung der Qualität des ärztlichen Handelns haben.

In den Ergebnisworkshops wurde letztlich das bestätigt, was als allgemeine Kritik im (abschätzigen) Begriff der „Dokumentationsprüfung“ zum Ausdruck kommt und auch den Qualitätsprüfungen in der stationären Langzeitpflege in genau dieser Begrifflichkeit jahrelang zum Vorwurf gemacht worden ist. Dass die aufgrund mangelhafter Dokumentationen veranlassten Maßnahmen bei den betroffenen Ärzten (ebenso wie seinerzeit bei den betroffenen Pflegeeinrichtungen) zu einem grundlegenden Zweifel bezüglich des Nutzens des Verfahrens führen, ist nachvollziehbar. Hinzu kommt, und auch dies sollte nochmals betont werden, dass der Nutzen jedes Qualitätsprüfungssystems stark davon abhängt, inwieweit die Geprüften tatsächlich für auftretende Mängel verantwortlich sind und inwieweit sie in der Lage sind, diese Mängel zu beseitigen.

Die QP-RL und die darauf bezogenen weiteren Richtlinien verfolgen sichtbar den Zweck der Vereinheitlichung des Prüfgeschehens, um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erzielen – wofür auch die repräsentative Zufallsstichprobe eine Voraussetzung ist. Wenn man den Nutzen des Verfahrens aber nicht in der Vergleichbarkeit der KV-Ergebnisse sieht, sondern in der Effektivität und der Effizienz der Maßnahmen, die sich idealerweise in einem maximalen Nutzen für die Patienten niederschlägt, dann ist das Nutzenpotenzial dieses Verfahrens (noch) nicht hinreichend ausgeschöpft.

So könnte die Effizienz des Verfahrens gesteigert werden, wenn Stichproben nicht mehr zufällig, sondern „gezielt“, z.B. auf der Basis auffälliger Ergebnisse, gezogen werden. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, Praxen zu

prüfen, bei denen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen größere Effekte haben und dies sollte auch mit einem höheren Patientennutzen einhergehen. Auch für Fachärzte könnte sich die Akzeptanz für Maßnahmen der Qualitätsförderung erhöhen, wenn diese weniger an Dokumentationsmängeln, sondern an "schlechten" Ergebnissen und damit an den patientenrelevanten Konsequenzen des ärztlichen Handelns ansetzen.

6 Gesamtbewertung

Im Folgenden werden im Wesentlichen die Ergebnisse der Evaluation unter den Überschriften der allgemeinen Evaluationsziele gemäß Leistungsbeschreibung zusammengefasst und bewertend kommentiert. Darüber hinaus werden in einem zusätzlichen Abschnitt die mit der Veröffentlichung der neuen QP-RL einhergehenden Veränderungen kurz kommentiert.

6.1 Umsetzung der Richtlinie

6.1.1 Umsetzung der Vorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens

Die QP-RL schreibt eine jährliche Berichtspflicht der KBV gegenüber dem G-BA hinsichtlich der Prüftätigkeit der KVen vor. Diese Jahresberichte legen die Anzahlen der durchgeführten Stichprobenprüfungen bzw. der geprüften 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.

In der Gesamtbetrachtung der in Kapitel 3 und 4 detailliert geschilderten Ergebnisse lässt sich formulieren, dass diese Pflicht von der KBV erfüllt wird. Das heißt, dass die Vorgaben der QP-RL im Großen und Ganzen von allen KVen umgesetzt werden. Dies bezieht sich vor allem auf die Teile der konkreten Prüfpflichten, also die Erfüllung der Mindestmengen bei den Stichprobengrößen, die Übermittlung der gemäß Richtlinie geforderten Angaben sowie die Berichterstattung. Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, weil Richtlinienvorgaben rechtlich verbindlich sind und diesbezüglich keine Verstöße zu erwarten waren. Natürlich könnte man über den betrachteten Gesamtzeitraum der Stichprobenprüfungen für die drei Leistungsbereiche bzw. die vier Verfahren und über alle KVen hinweg kritisch anmerken, dass es sehr vereinzelt zu Unterschreitungen der vorgeschriebenen Mindestprüfquote von 4 % kam. Wenn es dazu kommt, sieht die Richtlinie vor, dass dies im Zuge der Berichterstattung KV-seitig zu begründen ist. Folglich finden sich in den sehr wenigen Ausnahmefällen der Unterschreitung der Mindestprüfquote die entsprechenden Begründungen, womit die Richtlinienvorgabe erfüllt ist.

Analog zu betrachten ist der zum Teil deutlich unterschiedliche Umgang der KVen mit der Durchführung der in der Richtlinie genannten, abgestuften Maßnahmen der Qualitätsförderung. In der Befragung der KV-Geschäftsstellen haben alle Geschäftsstellen zu Protokoll gegeben, dass alle in der Richtlinie genannten Maßnahmen zur Anwendung kommen („weil“ sie in der Richtlinie stehen). Faktisch zeigen die ausgewerteten Berichtsdaten, dass bestimmte Maßnahmen, wie zum Beispiel die Praxisbegehung oder auch das Kolloquium, nur in Ausnahmefällen und von den meisten KVen gar nicht genutzt werden. In den Ergebnisworkshops wurde diese Auffälligkeit thematisiert. Im Ergebnisworkshop Arthroskopie wurde vor allem die Maßnahme der Praxisbegehung als mehr oder weniger grundsätzlich unangemessen betrachtet. Dies wurde ausführlich und durchaus nachvollziehbar begründet, wobei vielfach auf den Sachverhalt hingewiesen wurde, dass hier nicht das ärztliche Handeln im engeren Sinne, sondern die Dokumentation geprüft werde und vorfindliche Mängel der Dokumentation regelmäßig sinnvoller mit anderen, ggf. auch mehreren anderen Maßnahmen abgestellt werden können. Auch in den anderen Leistungsbereichen wird die Praxisbegehung anscheinend eher selten angewendet, obwohl diese Maßnahme im Ergebnisworkshop Radiologie prinzipiell als sinnvoll charakterisiert wurde. Auch hier gilt – nicht zuletzt auch aufgrund „überlappender“ Maßnahmenoptionen in der Richtlinie – die Vorgabe, dass die Auswahl der geeigneten Maßnahme(n) individuell erfolgt und im Ermessensspielraum der KVen liegt (vgl. Kapitel 4). Insofern ist auch hier eine zwar uneinheitliche, aber richtlinienkonforme Umsetzung zu konstatieren, zumal sich in der Gesamtschau auf alle Maßnahmen aller KVen eine positive Korrelation zwischen der Erheblichkeit der Beanstandungen und den veranlassten Maßnahmen erkennen lässt, was der grundsätzlichen Intention der abgestuften Maßnahmen entsprechen dürfte.

Dessen ungeachtet ist darauf hinzuweisen, dass der Maßnahmenkatalog der Richtlinie mit der Praxisbegehung (und mit Abstrichen auch mit dem Kolloquium) zwei Optionen enthält, die praktisch kaum relevant sind, da sie, wie die Ergebnisse der Berichtsdatenanalyse und der Ergebnisworkshops zeigen, nur sehr selten und auch nur von einigen KVen angewendet werden. Demgegenüber werden von den KVen laut übereinstimmenden Aussagen in den Ergebnisworkshops auch häufig weitere Maßnahmen ergriffen, die nicht in der Richtlinie stehen und folglich auch nicht Teil der Berichterstattung sind: Am häufigsten wurde die direkte und persönliche Ansprache beanstandeter Fachärzte bzw. das kollegiale Gespräch genannt.

Generell ist anzumerken, dass die Richtlinie vor allem hinsichtlich der organisatorischen Umsetzung einige Freiheitsgrade im Sinne von Interpretations- und Ermessensspielräumen enthält, sodass ein völlig einheitliches Vorgehen aller KVen nicht zu erwarten ist. Zu nennen wären hier beispielsweise Auswahlkriterien der KVen für QS-Kommissionsärzte, die gemäß Richtlinie nicht nur fachlich besonders qualifiziert sein sollen, sondern auch über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen sollen. Hierzu wurde den KV-Geschäftsstellen konkret die Frage gestellt, wie sie Mitglieder für die Kommissionen auswählen und wie sie die Kriterien der „besonderen Erfahrung“ (fachlich) und „Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung“ operationalisieren. Die Geschäftsstellen gaben hier in der Regel mehrere und zum Teil auch unterschiedliche Operationalisierungen an, aber in der Gesamtschau verdichten sich einige zentrale Aspekte, die man als pragmatisch und nachvollziehbar betrachten kann, sodass man hier insgesamt von einer richtlinienkonformen Umsetzung sprechen muss. Blickt man beispielsweise auf die Erfahrung der QS-Kommissionsärzte, dann liegt die durchschnittliche Berufserfahrung unter den an der Befragung teilnehmenden Ärzten zwischen 17 und 19 Jahren (je nach Leistungsbereich).

Spezifisch mit Blick auf die Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung lässt sich feststellen, dass dies KV-übergreifend nur in wenigen Fällen wirklich vorausgesetzt wird. Die Antworten der KV-Geschäftsstellen zeigen aber, dass die KVen in Form von Materialbereitstellungen, kollegialen Einarbeitungen und anderen Hilfestellungen darum bemüht sind, neue Kommissionsmitglieder mit dieser Thematik vertraut zu machen. Auch hier gilt, dass die Richtlinie keine konkreten Vorgaben über das „wie“ enthält, sodass sich eine positive Bewertung nur darauf beziehen kann, „dass“ es umgesetzt wird.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass auch die Einheitlichkeit der Bewertungsgrundlagen, inklusive zahlreicher Begleitmaßnahmen zur „richtigen“ Anwendung der Beurteilungskriterien und der Ansicht der QS-Kommissionsärzte, dass die Vorgaben so konkret sind, dass jeder Prüfer bei gleichen Fällen auch zu gleichen Ergebnissen kommen müsste, dennoch zu augenscheinlich nicht vergleichbaren Ergebnissen führt – vermutlich, weil die Umsetzung vieler Aspekte in regionaler Verantwortung liegt und die Prüfpraxis am Ende doch individuell ist.

6.1.2 Auswirkung auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse

Mit dem Übergang der Regelungskompetenz für die bereits seit 1989 gesetzlich verankerten Stichprobenprüfungen von den KVen auf den G-BA, hat der Gesetzgeber vor allem auf eine Vereinheitlichung der verfahrenstechnischen Vorgaben abgezielt,⁴² um damit auch eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen. Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien zur Radiologie (1992), zur Kernspintomographie (2000) und zur Arthroskopie (2009), in denen die Anforderungen an die jeweiligen Prozesse bzw. deren Dokumentation konkretisiert sind, unterliegen in diesem Sinne ebenso zunächst der Logik der Vereinheitlichung und der damit einhergehenden Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Mit Blick auf die hier betrachteten Leistungsbereiche ist ersichtlich, dass die Ergebnisse auch abseits des Fallzahlenproblems einige Auffälligkeiten aufweisen. Als erstes fällt auf, dass die Quoten für erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen innerhalb der jeweiligen Leistungsbereiche starken Schwankungen unterworfen sind. Im Leistungsbereich Arthroskopie bewegen sich beispielsweise die Zahlen für die KV Bayerns

⁴² Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

zwischen 46 % im Jahr 2010 und einem beanstandungsfreien Jahr 2013 - ohne, dass dies Ausdruck eines fortgesetzt steil abnehmenden Trends ist. Dies ist ein zwar sehr exponiertes Beispiel, das sich in abgeschwächter Form aber in allen betrachteten Leistungsbereichen bei einigen KVen beobachten lässt – und ebenso schon in der G-BA-Kommentierung der 5-Jahres-Auswertung nachzulesen ist (G-BA 2015). Allerdings besteht auch hier eine so hohe Abhängigkeit von den Fallzahlen, dass diese Aussage (auch schon 2015) nur für die KVen mit größeren Leistungszahlen gilt.

Zweitens fallen die unterschiedlichen durchschnittlichen Beanstandungsquoten (auch hier beschränkt auf erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen) im Vergleich der KVen auf. Nimmt man erneut den Leistungsbereich Arthroskopie und vergleicht drei besonders große und deswegen statistisch seriös vergleichbare KVen, so reicht die durchschnittliche Beanstandungsquote der 8 betrachteten Jahre (2010 bis 2017) von ca. 27 % (Bayern) über ca. 38 % (Westfalen-Lippe) bis fast 61 % (Baden-Württemberg).

Und drittens ist mit Blick auf die jährlichen Beanstandungsquoten festzustellen, dass diese im Leistungsbereich Arthroskopie KV-übergreifend vergleichsweise stabil (bzw. im Trend nur sehr leicht fallend) und hoch (überwiegend zwischen 25 und 30 %) sind, während sie sich in den anderen Leistungsbereichen auf einem deutlich geringeren Niveau bewegen und darüber hinaus im Trend deutlicher abnehmend sind. Insbesondere in den Bereichen Computer- und Kernspintomographie wurden die Ergebnisse vom G-BA als so gut betrachtet, dass die Verfahren zeitweise ausgesetzt bzw. nur noch fakultativ geprüft wurden. Quer zu diesen drei Auffälligkeiten ist darauf hinzuweisen, dass die KV-individuell ausgewiesenen Quoten erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen auf (absolut gesehen) nochmals kleineren Teilmengen der Grundgesamtheit beruhen, sodass hier noch weniger KVen im Ergebnis vergleichbar sind.

Festzuhalten ist also: Auch wenn die zu den Vorgaben der Beurteilungsrichtlinien und der Bewertungsschemata befragten Kommissionsärzte zu einem sehr überwiegenden Teil der Ansicht sind, dass die Vorgaben hinreichend konkret sind, um zu „gleichen“ Ergebnissen zu kommen, zeigt die Auswertung der Berichtsdaten, dass dies nicht (immer) der Fall ist. Die oben genannten, fallzahlenunabhängigen Probleme wurden dementsprechend in den Ergebnisworkshops als Auffälligkeit vorgestellt. U.a. wurde der „menschliche Faktor“ dann doch als eine mögliche und relevante Einflussgröße betrachtet. Allerdings wurde auch darauf verwiesen, dass die aktuell überarbeiteten Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien geeignet seien, hier nochmals etwas mehr Eindeutigkeit zu schaffen.

Damit kann zusammenfassend formuliert werden, dass die mit dem Ziel der besseren Vergleichbarkeit angestrebte Homogenisierung der Qualitätsprüfungen zumindest mit Blick auf die berichteten Ergebnisse der obligatorisch zu prüfenden Leistungsbereiche auch unabhängig von der Problematik kleiner Fallzahlen nicht in intendierter Weise erreicht wird.

6.2 Zielerreichung der Richtlinie

Hinsichtlich der Zielerreichung der Richtlinie ist zu unterscheiden zwischen:

- dem spezifisch in §1 Abs. 1 und 2 der QP-RL konkretisierten instrumentellen Zweck der stichprobenartigen Überprüfung der abgerechneten Leistungen, ob diese dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden,
- dem allgemeinen Richtlinienzweck der Qualitätssicherung und -förderung vertragsärztlicher Leistungen

6.2.1 Spezifischer Richtlinienzweck

Grundsätzlich sind Stichprobenverfahren, wenn und soweit es sich wie im vorliegenden Fall um Zufallsstichproben handelt, durchaus aussagekräftig und als deutlich aufwandsärmer zu bezeichnen als z.B. die Vollerhebungen bestimmter Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung. Mit Blick auf kleinere KV-Regionen und eine geringere Anzahl von Leistungserbringern entsteht das unvermeidbare Problem kleiner Fallzahlen, das sich freilich auch bei kleineren Leistungsbereichen bzw. einem geringeren absoluten Leistungsumfang in größeren KVen einstellt: Die Stichproben sind (teilweise) zu klein, weshalb auch Ergebnisse nicht vergleichbar sind. Um es am Beispiel der kleinsten KV (Bremen) zu illustrieren:

2017 haben insgesamt nur 34 Ärzte arthroskopische Leistungen abgerechnet. Um die vorgeschriebene Mindestprüfquote zu erfüllen, müssten also lediglich 2 Ärzte geprüft werden, was schon einer Prüfquote von 5,9 % entspräche. Auch wenn tatsächlich von der betreffenden KV in diesem Jahr 4 Ärzte und damit 11,8 % geprüft wurden, ist erkenntlich, dass bereits ein „zufällig“ in die Stichprobe einbezogener Arzt mit erheblichen Beanstandungen eine berichtete Gesamtbeanstandungsquote von 0 auf 25 % steigen lässt. Damit sind die Zahlen angesichts ihrer Zufallsabhängigkeit nicht für einen aussagekräftigen Qualitätsvergleich geeignet. Dies ist allerdings vor allem ein Problem der vergleichenden Berichterstattung, die so gesehen „irreführend“ ist. In der Praxis sind die berichteten Zahlen unproblematisch, weil die Ergebnisse auf Ebene der KVen nicht sanktionsbehaftet sind.

Die Befragung der KV-Geschäftsstellen sowie auch der QS-Kommissionsärzte mit langjähriger Praxiserfahrung ergab sehr hohe Zustimmungswerte hinsichtlich der Aussage, dass das Stichprobenverfahren ein effektives Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung ist. Diese Ansicht wird von den geprüften Fachärzten allerdings nicht in gleichem Maß geteilt. Leistungsbereichsübergreifend halten über 40 % der Fachärzte die Qualitätsprüfung für nicht geeignet, die Qualität der ärztlichen Leistung sicherzustellen und zu verbessern. Im Leistungsbereich Arthroskopie beträgt dieser Anteil sogar 51,9 %. Zum Teil ist dies sicherlich in Abhängigkeit davon zu sehen, ob und in welchem Ausmaß die geprüften Ärzte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ausgesetzt wurden. Allerdings fällt ein grundlegendes Missverständnis hinsichtlich der Wortwahl der Richtlinie und dem damit in Verbindung gebrachten Gegenstand der Prüfung auf. So stellt der Prüfzweck der Richtlinie dezidiert auf die „Fachlichkeit“ der Leistungserbringung ab. Insbesondere während der Ergebnisworkshops wurde deutlich, dass man sich (auch) aufseiten der KV bewusst ist, dass es sich hier faktisch „nur“ um eine Dokumentationsprüfung handelt: Zwar sei die Dokumentation ein durchaus wichtiger Teil der Fachlichkeit, aber eben nicht mit dem ärztlichen Handeln gleichzusetzen. Die entscheidungsrelevante Frage lautet also eher, ob und inwieweit die Dokumentation ein geeigneter Indikator zur Beurteilung des ärztlichen Handelns ist.

Insofern ist der in den Workshops gegebene Hinweis nachvollziehbar, dass Fachärzte hinsichtlich der Frage, ob das Instrument geeignet sei, die fachliche Qualität des eigenen ärztlichen Handelns zu überprüfen oder mittels Maßnahmen zu verbessern, durchaus zu einer kritischen Antwort kommen könnten – zumal die gesondert gestellte Frage nach der Verbesserung des Dokumentationsverhaltens deutlich positiver beantwortet wurde.

Nicht nur im Hinblick auf die Fachlichkeit der Ärzte, sondern auch im Hinblick auf die patientenbezogene Ergebnisqualität ergeben sich vor allem in den Leistungsbereichen Radiologie und Kernspintomographie Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse. In diesen ist die fachliche Leistung wesentlich auf die Befundung und Bilderstellung beschränkt, während die Behandlung der Patienten im engeren Sinne des Wortes vor und/oder nach der in diesen Bereichen geprüften Leistung, d.h. bei anderen Leistungserbringern stattfindet. Mit anderen Worten: Diese in der Richtlinie als solche definierten Leistungsbereiche sind per se ungeeignet Ergebnisqualität zu beurteilen, wenn man darunter ein patientenseitig zu beurteilendes Behandlungsergebnis versteht. Der gemeinsame Nenner der gemäß der Richtlinie derzeit obligatorisch zu prüfenden Leistungsbereiche liegt letztlich in der Indikationsstellung.

6.2.2 Allgemeines Richtlinienziel

Auch wenn die Geeignetheit des Stichprobenverfahrens und die nachgewiesene Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahmen zum Zweck der Qualitätssicherung und -förderung explizit bereits in den tragenden Gründen zur Einführung der Richtlinie aufgeführt ist,⁴³ wird dieses Ziel im Rahmen des hier zu evaluierenden Verfahrens nur bedingt erreicht. Wie auch bereits die 5-Jahres-Kommentierung des G-BA 2015 in ähnlichem Wortlaut vermerkt, sind die Stichproben, zumindest bei den kleinen KVen, nicht nur nicht repräsentativ, sondern die ärztlichen Dokumentationen enthalten auch kein „lückenloses Bild über die Behandlung von der Indikationsstellung bis hin zu den Langzeitergebnissen“, weshalb die Ergebnisse auch nur bedingt die Qualität der ärztlichen Behandlung widerspiegeln (vgl. auch G-BA 2015). Ob die Repräsentativität der Ergebnisse der Stichprobenprüfungen als solche ein Ziel des Verfahrens ist, mag an dieser Stelle dahingestellt bleiben. Unter der

⁴³ Vgl.: Tragende Gründe des Beschlusses zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. April 2006

vom Auftraggeber vorgegebenen Fragestellung der Vergleichbarkeit von Verfahren und Ergebnissen ist lediglich zu konstatieren, dass eine Vergleichbarkeit von durch Stichproben gewonnenen Ergebnissen deren Repräsentativität voraussetzt.

Überdies handelt es sich bei der Stichprobenprüfung um ein echtes Querschnittsverfahren, d.h. jedes Jahr wird ein neuer Querschnitt auf einer veränderten Datengrundlage gebildet. Dies ist vor allem hinsichtlich der Beurteilung von Qualitätsverbesserungen problematisch: Entsprechende Aussagen können sich nur auf die allgemeine Entwicklung der Beanstandungsquoten beziehen, da über die Nachverfolgung beanstandeter Ärzte und damit über die Wirksamkeit von ergriffenen Maßnahmen nicht berichtet wird bzw. eine Zuordnung von Mängelgraden zu bestimmten Maßnahmen aufgrund des Ermessensspielraums der KVen nicht möglich ist (vgl. auch schon G-BA 2015).

Zudem lässt sich die Stichprobenprüfung nicht als einzelner Wirkfaktor isoliert betrachten. Wie schon im Evaluationsplan vermerkt, sind im Umfeld der Stichprobenprüfungen nach §135b SGB V auch die Maßnahmen im Kontext des §135 Abs. 2 (und hier vor allem den Genehmigungsverfahren) sowie die verpflichtenden Fortbildungsmaßnahmen angesiedelt. Hinzu kommt die gesetzliche Verpflichtung zu einem internen QM für niedergelassene Ärzte (§135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V), das ebenso stichprobenartig überprüft wird. Für den Leistungsbereich Kernspintomographie existiert zudem eine Mindestmengenregelung, die im Rahmen einer Frequenzregelung überprüft wird. Und für die radiologischen Leistungsbereiche kommt die Prüfung im Rahmen von Strahlenschutzverordnung und Strahlenschutzgesetz durch Ärztliche Stellen hinzu. Tatsächlich müssten auch gesonderte Einzelmaßnahmen, wie zum Beispiel die temporäre Erhöhung der Prüfquoten oder das Verteilen von spezifischen Informationsmaterialien (vgl. z.B. KBV 2016) als „Störvariablen“ gesehen werden – zumal sie teilweise als Konsequenz der Ergebnisse vorheriger Stichprobenprüfungen veranlasst wurden.

Unabhängig davon also, ob sich Qualitätssicherungs- oder -verbesserungseffekte aus den Berichtsdaten ablesen lassen könnten und ebenso ungeachtet der Einschätzung durch die Workshopteilnehmer, die hier Verbesserungen sehen: Bei multifaktoriellen Maßnahmen mit je eigener und je unbekannter Dynamik ist es methodisch unseriös, etwaige Effekte nur auf einen einzelnen Faktor zurückzuführen.

6.3 Auswirkungen der Richtlinie

Sowohl die Geschäftsstellen als auch die QS-Kommissionsärzte wurden gefragt, ob sich die Qualität der ärztlichen Leistung seit Einführung der QP-RL (2007) verbessert hat. Die Geschäftsstellen und die große Mehrheit der Kommissionsärzte haben dies (leistungsbereichsübergreifend) bejaht.

Wenn eine QS-Maßnahme, wie die QP-RL, nur systemisch wirken soll, dann sieht das Evaluationsrahmenkonzept vor, dies als Limitation zu beschreiben. Da aber mit Recht auch darauf hingewiesen wird, dass „eine QS-Maßnahme nur sinnvoll ist, wenn mit ihr letzten Endes mit einer Verbesserung der Patientenversorgung zu rechnen ist“, sollte die Evaluation kritisch prüfen, „ob die (implizit) mitgedachten Effekte auf der Versorgungsebene wirklich eintreten“ (Veit C et al. 2013).

Am Ende bleibt hier jede Bewertung indirekt und von der, durchaus plausiblen, Annahme getragen, dass weniger (Dokumentations-)Mängel bessere Prozesse belegen und dies letztlich zu besseren Ergebnissen aufseiten der Patienten führen muss. Obwohl dieser Kausalzusammenhang in den Ergebnisworkshops in eben dieser Lesart betont wurde, bleibt dies, wie angedeutet, hypothetisch, da in diesem QS-Verfahren keine patientenbezogene Ergebnisqualität geprüft oder gemessen wird.⁴⁴

Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde für den Leistungsbereich Arthroskopie eine Sonderauswertung anhand von Routinedaten durchgeführt. Das Ergebnis zeigt, wenn auch eingeschränkt auf Knie-Arthroskopien und nur als Bundestrend statistisch valide, eine insgesamt gute bis sehr gute Ergebnisqualität. Im Bereich der degenerativen Erkrankungen zeigt sich darüber hinaus im Betrachtungszeitraum ein rückläufiger Trend an Eingriffen

⁴⁴ Nochmals ist an dieser Stelle auf die diesbezüglichen methodischen Beschränkungen des E-RK hinzuweisen, das die patientenbezogene Ergebnisqualität als wichtige und zwingend zu operationalisierende Evaluationsgröße auf der „Wirkebene“ fordert – und deswegen als konzeptueller methodischer Evaluationsrahmen für ein QS-Verfahren dieser Art nur bedingt geeignet ist.

(vgl. Abschnitt 3.1.2.1). Leider war die Datengrundlage der Jahre vor der Einführung der Richtlinie nicht geeignet, einen Vorher-Nachher-Vergleich durchzuführen.

Dieser guten Ergebnisqualität im Bereich Arthroskopie stehen – auch hier nur als Bundestrend betrachtet – vergleichsweise viele (erhebliche und schwerwiegende) Beanstandungen aufseiten der zufällig geprüften Ärzte gegenüber. Letztlich sind die Ergebnisse der beiden Messungen schon aus methodischen Gründen schwer in ein Abhängigkeitsverhältnis zu setzen: Faktisch stehen diese latent widersprüchlichen Ergebnisse mehr oder weniger unverbunden nebeneinander. Die Auswirkungen der Richtlinie sind deshalb nur in dem durch die Richtlinie adressierten Binnensystem der KV-seitigen Umsetzung und der Auswirkung auf Ebene der Ärzte zu bewerten. Hierzu lässt sich zusammenfassen, dass sich die Prüfergebnisse in den rein bildgebenden Leistungsbereichen über die Jahre deutlich verbessert haben. Für die Arthroskopie gilt dies allerdings nur eingeschränkt. Ob und inwieweit dies jeweils eine direkte Auswirkung der Richtlinie ist, lässt sich schwer beurteilen, da die Qualitätsprüfung im Kontext weiterer, sowohl dauerhafter als auch temporärer, QM- und QS-Maßnahmen des KV-Bereichs steht.

6.4 Umsetzungshindernisse

Da das Stichprobenverfahren der KVen mit Inkrafttreten der QP-RL nicht neu eingeführt, sondern nur aus der regionalen Umsetzung in einen bundeseinheitlichen Vorgaberahmen überführt wurde, sind typische Umsetzungshindernisse wie sie bei erstmaligen Implementierungen von neuen QS-Maßnahmen sonst auftreten, hier nicht zu beobachten. Aus eben diesem Grund lässt sich auch schwer beurteilen, wie die Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie war, denn hierbei wäre eher das Jahr 1989 das zu betrachtende Jahr. Bereits in der auf die Berichtsjahre 2008 bis 2012 bezogenen Kommentierung spricht der G-BA von einem gut etablierten Verfahren (G-BA 2015) und dies war auch der Tenor in den Ergebnisworkshops.

Die Problematik der föderativen Umsetzung einer bundeseinheitlichen Rahmenvorgabe stellt sich allerdings im Bereich der Qualitätsprüfungen im vertragsärztlichen Sektor nicht anders als in ähnlich gelagerten gesellschaftlichen Bereichen dar. Soweit eine bundeseinheitliche Vorgabe zur konkreten Umsetzung in die Verantwortung regionaler Organisations- und Durchführungseinheiten gelegt wird, werden regionale Unterschiede nachweisbar sein. Ob dies als Problem angesehen wird, ist eine ordnungspolitische Grundsatzfrage, die nicht im Zuge dieser Evaluation diskutiert werden kann. Theoretische Optionen zur weiteren Vereinheitlichung des Verfahrens wie beispielsweise die Einrichtung einer einzigen QS-Kommission auf Bundesebene, eine bundeseinheitliche Festlegung formaler Auswahlkriterien der QS-Kommissionsärzte oder eine bundesweite Stichprobenziehung könnten vermutlich zur Abmilderung regionaler Unterschiede beitragen. Solange allerdings die praktische Versorgungsorganisation in der Hoheit regionaler Einheiten liegt, ist absehbar, dass der Föderalismus hier ein grundgesetzlich manifestiertes Umsetzungshindernis ist.

Soweit aus öffentlichen Dokumenten ersichtlich, haben KBV und KVen die Herausforderungen der intendierten Vereinheitlichung der Prüfverfahren sukzessive angenommen und bis 2011 bundeseinheitliche Bewertungsschemata für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie erarbeitet und in die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß §75 Abs. 7 SGB V überführt. Für den Leistungsbereich Arthroskopie wurde ein solches Schema ebenfalls entwickelt. Zwischenzeitlich wurde, vermutlich angesichts fortgesetzt schlechter Ergebnisse in diesem Leistungsbereich, eine Informationsbroschüre der KBV „Arthroskopie von Knie und Schulter – Informationen zur Durchführung, Dokumentation und Fehlervermeidung“ herausgegeben, die die Anforderungen der QBA-RL ausführlich erläutert (KBV 2016). Diese Informationsmaßnahme, die KV-seitig im Zuge dieser Evaluation mehrfach als sehr effektiv hervorgehoben wurde, adressiert primär die Fachärzte als potenziell der Prüfung unterworfenen Leistungserbringer und nachrangig auch die Kommissionsärzte als Prüfer.

Im Mai 2018 hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Verweis auf das höherrangige Recht des §299 SGB V die Anforderung nicht anonymisierter Patientendokumentationen im Zuge der Qualitätsprüfungsverfahren für rechtswidrig erklärt (Az. L 7 KA 52/14), was zur Aussetzung der Qualitätsprüfungen für die letzten beiden Quartale 2018 und für das Jahr 2019 führte. Diese Rechtswidrigkeit wurde mit der aktuellen QP-RL beseitigt.

6.5 Kurzkomentar zu den Verbesserungen der aktuell geltenden Richtlinie(n)

Bereits im Kommentar des G-BA zur 5-Jahres-Auswertung der KBV zu Stichprobenprüfungen der Jahre 2008–2012 nach §136 Abs. 2 SGB V sind einige Erkenntnisse zusammengefasst, die in dieser Evaluation bestätigt werden können. Die Kommentierung nennt im Wesentlichen jene, insbesondere fallzahlenabhängigen, methodischen Schwächen, die einen statistisch robusten Vergleich der berichteten Ergebnisse bzw. der Ergebnisse im Trend nicht zulassen sowie auch die erheblichen Schwankungen der Prüf- und Beanstandungsquoten, die trotz aller Vereinheitlichungsbemühungen sichtbar sind.

Diese noch immer anhängigen Probleme hat das aQua-Institut vor allem im Rahmen der Ergebnisworkshops anhand der Darstellung ausgewählter Ergebnisse demonstriert. Teilweise wurden dabei auch konkrete Alternativen vorgestellt, um ein etwaiges Weiterentwicklungspotenzial der Richtlinie bzw. des Prüfverfahrens auszuloten. Hierzu ist festzuhalten, dass mehr oder weniger alle Beteiligten hinsichtlich von Weiterentwicklungsoptionen sehr reserviert waren. Dies ist für das aQua-Institut nachvollziehbar, weil die QP-RL und auch die Beurteilungsrichtlinien gewissermaßen parallel zu dieser Evaluation überarbeitet und veröffentlicht worden sind, weshalb für viele Beteiligte „jetzt“ nicht der richtige Zeitpunkt für eine tiefergehende Diskussion einer Weiterentwicklung war – wenn er nicht sogar gänzlich auf Unverständnis stieß. Überdies ergaben bereits die Interviews mit den Geschäftsstellen eine hohe Zufriedenheit mit dem etablierten Verfahren, dies wurde in den Ergebnisworkshops dann auch vonseiten der KBV, KVen und Kommissionsärzte so bestätigt.

Obwohl die aktuelle Richtlinie ausdrücklich nicht Gegenstand dieser Evaluation ist, adressiert sie in vielen Teilen die in der G-BA-Komentierung der 5-Jahresauswertung der KBV genannten Verbesserungspotenziale und damit letztlich Erkenntnisse und Potenziale, die auch für diese Evaluation relevant sind. Insofern seien die dort genannten Weiterentwicklungsmöglichkeiten hier einleitend kurz kommentiert.

Optimierung des Berichtswesens

Gemäß der neuen QP-RL wird sich das zukünftige Berichtswesen etwas umfangreicher und teilweise auch differenzierter darstellen. Letzteres ist mutmaßlich (auch) als Folge der durch die Richtlinie geforderten Differenzierung des Stichprobenverfahrens zu sehen. Hier wird man die ersten Berichte abwarten müssen: Für Leser außerhalb von KVen, KBV und G-BA ist eher kein Transparenzgewinn anzunehmen, da die Ergebnisberichterstattung nun notwendige Verweise auf die zahlreichen Detailregelungen und flexibilisierte Datengrundlagen enthalten muss. Eine nach Ansicht der Workshopteilnehmer und auch nach unserem Dafürhalten sinnvolle Erweiterung des Berichtswesens der aktuellen QP-RL betrifft die Darstellung von möglichen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in Bezug auf festgestellte Mängel, was einer ex ante angelegten QS-Maßnahme entspricht.

Zuordnung und Vereinheitlichung der Bewertungsschemata

Mit Erscheinen der neuen QP-RL wurden auch die anhängigen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die obligatorisch zu prüfenden Leistungsbereiche überarbeitet und veröffentlicht. In diesen sind die entsprechenden Bewertungsschemata und die Zuordnung von Mängeln sichtbar verbessert worden. In den Ergebnisworkshops wurde vor allem von der KBV der mit dieser Überarbeitung zu erzielende Zweck der Vereinheitlichung der Prüfpraxis und der Abmilderung der Heterogenität der Ergebnisse zwischen den KVen mehrfach betont. An den Ergebnissen wird sich zeigen, ob und inwieweit dies in der Prüfpraxis die gewünschten Effekte zeigt.

Flexibilisierung des Prüfumfanges in Abhängigkeit der Ergebnisse

Mit der neuen QP-RL wurde der Prüfumfang, trotz Beibehaltung der grundsätzlichen 4%-Quotierung, insgesamt und auch in Abhängigkeit von den Ergebnissen flexibilisiert. Die Wirkung wird abzuwarten sein. Die allgemeine Flexibilisierung, die die „Anpassung des prozentualen Anteils der abrechnenden Ärzte“ erlaubt, löst die methodischen Probleme einer aussagekräftigen Evaluierbarkeit nicht (siehe unten). Die nun in der Richtlinie aufgeführten Optionen der Abweichung von obligatorischen Prüfumfängen aufgrund der Ergebnisse, schreibt vor allem die bisher gängige Praxis auf Grundlage von G-BA-Entscheidungen fest.

Zuordnung von Maßnahmen in Abhängigkeit vom Prüfergebnis

Die Zuordnung von Maßnahmen zu bestimmten Prüfergebnissen wurde dahingehend überarbeitet, dass die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Fälle mit schwerwiegenden Beanstandungen verbessert wurde. Dies kann dazu beitragen, die Transparenz im Umgang mit beanstandeten Ärzten zu erhöhen. Eine Zuordnung von konkreten „Scores“ zu bestimmten Maßnahmen ist nicht erfolgt, was auch der grundsätzlich noch immer festgelegten Vorgabe entspricht, dass über geeignete Maßnahmen fallspezifisch, d.h. individuell und nach Art der Mängel entschieden wird.

Überprüfung der Vorgaben für fakultative Prüfungen und mögliche Überführung fakultativer Leistungsbereiche in obligatorische

Die aktualisierte Richtlinie trifft hierzu keine neuen Vorgaben. Allerdings obliegt es der KBV hierzu entsprechende Regelungen in ihren Qualitätssicherungs-Richtlinien zu hinterlegen. Soweit fakultativ geprüfte in obligatorisch zu prüfende Leistungsbereiche überführt werden sollten, würde aber vermutlich die Verabschiedung diesbezüglicher Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien durch den G-BA erforderlich sein, was mutmaßlich eines erheblichen zeitlichen Vorlaufs bedarf.

Beachtung des Zeitbedarfs für die Umsetzung und Wirkung von Vorgaben

Diese Empfehlung des G-BA bezieht sich vermutlich auf die seinerzeit als kurz bevorstehend gesehene Veröffentlichung einer überarbeiteten QP-RL. Sollte dies so sein und sich entsprechend nun auf die neue QP-RL übertragen lassen, so entspricht dies der Meinung der an den Ergebnisworkshops teilnehmenden KV-Vertreter, nun zunächst eine gewisse Zeit abzuwarten und dann zu prüfen, ob und wie sich die neuen Vorgaben auswirken.

Überprüfung der Kriterien für kriterienbezogene Prüfungen unter Einbeziehung der bisherigen Erfahrung

Die neue QP-RL hat sich von dieser Begrifflichkeit getrennt. Augenscheinlich wird der Sachverhalt nun mit dem deutlich besser geeigneten Wort „anlassbezogen“ beschrieben. Hierfür wurden die Kriterien bzw. die Anlässe deutlich differenziert. Ein solcher Anlass ist nun laut QP-RL grundsätzlich eine mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen abgeschlossene Prüfung. Die überarbeitete QBA-RL nennt auch die Neuzulassung von Ärzten für die Durchführung von Arthroskopien als einen solchen Anlass. In den genannten Fällen ist eine anlassbezogene Prüfung nun verpflichtend.

Einheitliche Qualifikationsanforderungen an die Beteiligten der QS-Kommissionen

Hierzu enthält die neue Richtlinie keine neuen Vorgaben.

7 Limitationen

An verschiedenen Stellen dieses Abschlussberichts wird detailliert auf methodische Limitationen und mögliche Ursachen für Verzerrungen hingewiesen. Nachstehend sind die wesentlichen Limitationen hinsichtlich der Aussagekraft der Ergebnisse und darauf bezogener Bewertungen und Interpretationen (nochmals) zusammengefasst.

Vergleichbarkeit der Berichtsdaten

Wie in den Auswertungen der Berichtsdaten sowie in Kapitel 4.4.1 beschrieben, bestehen deutliche Unterschiede in der absoluten Anzahl der geprüften Ärzte sowohl zwischen den einzelnen KVen also auch zwischen den einzelnen (Teil-)Leistungsbereichen. Weiterhin wurde die Prüfverpflichtung für die (Teil-)Leistungsbereiche Kernspintomographie und Computertomographie in einigen Berichtsjahren ausgesetzt. Dadurch ist eine Auswertung auf Bundesebene durch Kumulation der Daten der einzelnen KVen in diesen (Teil-)Leistungsbereichen nicht möglich, die Ergebnisse können die bundesweite Versorgungsqualität in dem Fall nicht abbilden.

Durch die unterschiedlichen, teilweise sehr geringen Fallzahlen, die unterschiedlichen Mindestprüfumfänge und die Möglichkeit der Aussetzung der Prüfverpflichtung in einigen (Teil-)Leistungsbereichen ist die Vergleichbarkeit der Berichtsdaten übergeordnet zwischen den Leistungsbereichen also stark eingeschränkt.

Übergeordnete Maßzahlen (auf Bundesebene) stellen methodisch verzerrte Ergebnisse dar und sind aus diesem Grund nur bedingt repräsentativ für das Verfahren. Weitere Ausführungen finden sich in Abschnitt 4.4.2.

Ebenso besteht eine Limitation dahingehend, dass ein Bezug zwischen den einzelnen Berichtsdaten fehlt (vgl. Abschnitt 4.4.3). Da ein konkreter „Fallbezug“ fehlt, ist aus den Daten nicht ersichtlich, auf welche Beanstandungen welche Maßnahmen folgten oder welche Beanstandungen zu einer kriterienbezogenen Prüfung führten. Aus diesem Grund können alle Berichtsdaten lediglich deskriptiv dargestellt und ausgewertet werden. Zudem stellen die Berichtsdaten Querschnittsdaten dar, weshalb kein kausaler Zusammenhang zwischen den Daten der unterschiedlichen Berichtsjahre besteht.

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist ebenfalls durch Unterschiede im Bewertungsprozess eingeschränkt, da dieser immer subjektive Anteile enthält. Trotz transparenter Vorgaben und überwiegend einheitlichen Vorgehensweisen bestehen noch immer Unterschiede im Bewertungsprozess.

Verzerrung der (Befragungs-)Ergebnisse

Jede Befragung birgt das Risiko, dass es durch zufällige und systematische Fehler in der Datenerhebung zu unerwünschten Verzerrungen der Ergebnisse kommt (Bias), z.B. aufgrund von individuellen, persönlichen Einstellungen der Befragten, Missverstehen der Fragen oder durch einen Selektions-Bias. In methodischer Hinsicht wurden deshalb verschiedene Maßnahmen zur Verringerung solcher Risiken unternommen. So erfolgte z.B. die Befragung der Fachärzte anonym, es wurden Reminder verschickt, die Befragungen zielten – soweit möglich – auf Vollerhebungen ab (alle KV-Regionen, alle geprüften Fachärzte in einheitlich definierten Zeiträumen), die Verständlichkeit von Begriffen und Fragen wurde einem Pretest unterzogen. Dennoch sollten bei der Interpretation der Ergebnisse der Befragungen vor allem folgende Limitationen, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnten, berücksichtigt werden.

Zum einen wies die Befragung der Fachärzte insgesamt eine relativ geringe bzw. nur in einigen KV-Regionen befriedigende Rücklaufquote auf. Dementsprechend hoch ist das Risiko eines „non-response-bias“. Dieser kann in Befragungen zu unerwünschten Antworttendenzen führen. Zum anderen kann, aufgrund der regional sehr unterschiedlichen Beteiligungen von QS-Kommissionsärzten und geprüften Fachärzten, auch ein regionaler Bias nicht ausgeschlossen werden. Beispielsweise entfällt knapp 50 % des gesamten Fragebogen-Rücklaufs der Fachärzte auf die KV Baden-Württemberg, während aus der KV Bremen kein einziger Facharzt an der Befragung teilgenommen hat.⁴⁵ Während das Risiko einer Verzerrung durch regionale Gewichtungen bei den QS-Kommissionärzten als gering einzuschätzen ist, da sich die Fragen bei den QS-Kommissionsärzten überwiegend auf individuelle Erfahrungen mit der Umsetzung der gleichen, überregionalen Vorgaben (der Richtlinien) beziehen, ist das Risiko der Verzerrung bei den befragten Fachärzten deutlich höher, da sich die individuellen Erfahrungen mit vorangegangenen Qualitätsprüfungen letztlich auf Erfahrungen mit ggf. KV-spezifisch unterschiedlich agierenden QS-Kommissionen beziehen. D.h.: Nur wenn man davon ausgeht, dass die allgemeinen Prüfvorgaben KV-übergreifend identisch umgesetzt werden, wäre das Risiko eines regionalen Bias im Antwortverhalten als gering einzuschätzen. Wie sich der letztgenannte potenzielle Bias auf die Ergebnisse auswirkt, kann aufgrund nicht ausreichend verfügbarer Referenzdaten (z.B. aus anderen KVen) nicht beurteilt werden.

Ebenso kann ein zweifacher Erinnerungs-Bias nicht ausgeschlossen werden. Die Erfahrungen der Fachärzte mit den Qualitätsprüfungen liegen zum Teil zeitlich sehr lange zurück (Arthroskopie und Radiologie 2016 und 2017, Kernspintomographie 2014 und 2015). Dementsprechend besteht das Risiko, dass sich nicht an jede Erfahrung korrekt erinnert wurde. Darüber hinaus galten zum Zeitpunkt der Befragung und vor allem auch während der Ergebnisworkshops bereits neue Richtlinien, womit das Risiko einhergeht, dass nicht alle Beteiligten zu jeder Zeit den „alten“ Richtlinienstand korrekt vom aktuellen Stand abgrenzen konnten.

Die mit dem Auftraggeber konsentierete institutionelle Besetzung der Ergebnisworkshops allein mit Vertretern/Repräsentanten aus dem KV-System führt zwangsläufig zu einer einseitigen Interpretation der im Zuge der Evaluation identifizierten und in den Ergebnisworkshops diskutierten Auffälligkeiten. Dies gilt umso mehr,

⁴⁵ Generell ist anzumerken, dass die Rekrutierung sämtlicher Befragungsteilnehmer durch die KVen erfolgte.

da an den Workshops nur wenige unabhängige, d.h. nicht zugleich als QS-Kommissionsärzte tätige Vertreter der Fachärzte teilnahmen. Andererseits ist zu betonen, dass die Durchführung der Qualitätsprüfungen in der alleinigen Verantwortung der KVen liegt und dass Vertreter des G-BA und der Landesverbände der Krankenkassen bzw. der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene (vgl. QP-RL §3, Nr. 5 und 6) nach Aussage der QS-Kommissionen in der Regel nicht an der Kommissionsarbeit beteiligt sind. Vor diesem Hintergrund ist ein „Soziale-Erwünschtheits-Bias“ ebenso wahrscheinlich wie unvermeidbar. Dieser gilt insbesondere für Vertreter der KBV und der KV-Geschäftsstellen, deren Antwortverhalten im Licht der rechtlichen Verbindlichkeit und der Sanktionsbewehrtheit eines Richtlinienverfahrens gesehen wird: Es war zu erwarten, dass bei den Leitfadeninterviews und während der Ergebnisworkshops von den genannten Vertretern grundsätzlich die richtlinienkonforme Umsetzung und Ausgestaltung des Verfahrens bestätigt bzw. sogar ausdrücklich hervorgehoben wurde.

Routinedatenanalyse Kniegelenk-Arthroskopie

Die Auswertungsstrategie basiert auf Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung mit etwa 9 Millionen Mitgliedern. Trotz alters- und geschlechtsstandardisierter Hochrechnung auf die Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten kann nicht komplett ausgeschlossen werden, dass die Datengrundlage sich in weiteren Kriterien, die die Inanspruchnahme von Kniegelenk-Arthroskopien beeinflussen, unterscheidet und dies zu einem Bias führt. Auch lässt sich dieser Bias nicht grundsätzlich eingrenzen, da zu den vertrags- und belegärztlich durchgeführten Kniegelenk-Arthroskopien keine übergreifende Statistik existiert.

Der Vergleich der querschnittlichen Berichtsdaten der QP-RL, die im Wesentlichen auf einer Stichprobenprüfung von 4 % der Ärzte mit 12 Patientenfällen pro Prüfquartal beruhen und neben Knie- auch Schulter-Arthroskopien beinhalten mit den längsschnittlichen Routinedaten aller Knie-Arthroskopie-Eingriffe einer großen Krankenkasse ist nur eingeschränkt möglich, da die Überschneidung der Datengrundlage nicht ohne Weiteres angenommen werden kann.

Der im Qualitätsindex Knie-Arthroskopie vorliegende Trend zu besseren Ergebnissen über die Zeit, kann durch nicht in den Risikofaktoren abgebildeten Patienteneigenschaften, durch Veränderungen der Patientenstrukturen, geänderte Leitlinien, verbesserte diagnostische Methoden oder durch Veränderung in der Kostenübernahme der Krankenkassen, insbesondere bei den Patienten mit primär-degenerativen Erkrankungsbildern hervorgerufen worden sein.

Ergebnisse, Interpretationen und Bewertungen

Wie bereits frühzeitig im Evaluationsplan vermerkt, standen für die hier zu bewertenden Sachverhalte keine objektiven Zielvorgaben oder Referenzgrößen zur Verfügung. In methodischer Hinsicht wurden subjektive Bewertungen (z.B. nach der „Geeignetheit“ von Vorgehensweisen oder zur „Effektivität“ von Maßnahmen) an vielen Stellen in die Befragungsteile integriert. Durch Aggregation subjektiver Bewertungen einerseits oder zum Teil auch im Bewertungsvergleich zwischen unterschiedlichen Datenquellen oder unterschiedlichen Leistungsbereichen andererseits, ergaben sich „Auffälligkeiten“, z.B. im Sinne von Häufungen kritischer Ansichten oder unterschiedliche Bewertungen gleicher Sachverhalte. Einzig zur Klärung und Interpretation dieser Auffälligkeiten wurden die Ergebnisworkshops durchgeführt (siehe Abbildung 1). Die hier generierten Erkenntnisse wurden vom aQua-Institut in diesem Bericht rein deskriptiv ausgewertet, d.h. sie spiegeln im Kern die Meinungen und Interpretationen der Workshopteilnehmer wider, weshalb sie den gleichen Verzerrungsrisiken wie die Befragungen (und hier insbesondere dem „Soziale-Erwünschtheits-Bias“) unterliegen.

Hinsichtlich der Sonderauswertung für den Leistungsbereich der Arthroskopie wurde hervorgehoben, dass die in den Berichtsdaten vorliegenden Informationen nicht ausreichen, um fundierte Kausalannahmen (z.B. „gute/schlechte“ Prozessqualität korreliert positiv mit „guter/schlechter“ patientenseitiger Ergebnisqualität) zu treffen. Auch ist zu berücksichtigen, dass bei einer risikoarmen Operation wie der Arthroskopie am Kniegelenk, die Qualitätsindikatoren aus Routinedaten auch nur einen Baustein, neben den ebenfalls entwickelten Indikatoren der Patientenbefragung, darstellen, um letztendlich das Ergebnis der Operation zu bewerten. Aus gegebenem Anlass ist an dieser Stelle zu betonen, dass diese Erkenntnis nicht weiter interpretierbar ist: Auf Grundlage dieser Datenbasis ist also weder zu folgern, dass es eine Abhängigkeit zwischen Prozess- und

Ergebnisqualität gibt, noch dass es keine Beziehung gibt. Mit anderen Worten: Die guten Ergebnisse (der Routinedatenanalyse) „beweisen“ nicht, dass auch die Strukturen und Prozesse „gut“ sind. Und sie beweisen auch nicht, dass die teilweise „schlechten“ Ergebnisse der Prozessqualität zu „schlechten“ Behandlungsergebnissen führen.

Generell ist anzumerken, dass jede der hier genutzten Datenquellen erhebliche intrinsische Beschränkungen aufweist – einzig die Befragungen konnten hinsichtlich des Evaluationszweckes „geformt“ werden. Insofern sind die einzelnen Datenquellen in gewisser Hinsicht in Bezug auf die Fragestellungen der Evaluation komplementär. Genau dies aber, also die substanzielle Unterschiedlichkeit der Datenquellen lässt es kaum zu, Auswertungsergebnisse aus diesen unterschiedlichen Quellen untereinander in Korrelationen oder Kausalbeziehungen zu setzen. Diese Komplementarität der Datenquellen, also die je begrenzte Geeignetheit der einzelnen Datenquellen zur Beantwortung je spezifischer Fragestellungen wurde im Evaluationsdesign beschrieben (vgl. Tabelle 6).

Alle Interpretationen und Empfehlungen des aQua-Instituts adressieren die Situation unter der Gültigkeit der bis Mitte 2019 gültigen QP-RL und der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien. Damit sind auch alle Empfehlungen insoweit limitiert, als dass sie eine Richtliniensituation adressieren, die aktuell nicht mehr gegeben ist.

8 Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Richtlinie

Da sich diese Evaluation mit den Weiterentwicklungsoptionen auf Basis der bis Mitte Juli 2019 geltenden Richtlinie auseinandergesetzt hat und aus den Ergebnisworkshops relativ wenig „neue“ bzw. über die Regelung der aktuellen Richtlinie hinausgehende Empfehlungen abgeleitet werden können, werden im Folgenden mögliche Handlungsoptionen unabhängig von den Änderungen oder der angenommenen Wirkung der aktuellen Richtlinie thematisiert.

Erhöhung der Repräsentativität der Datengrundlage des Verfahrens

Will man eine (bessere) Vergleichbarkeit der KV-Ergebnisse erreichen,⁴⁶ so müssten die Fallzahlen (zum Teil sehr deutlich) erhöht werden. Grundsätzlich gibt es dafür drei Möglichkeiten:

- die Erhöhung der jährlichen Mindestprüfquoten
- die Zusammenlegung von Auswertungsregionen und
- die Verlängerung der Prüf- bzw. Auswertungszeiträume.

Einer Erhöhung der jährlichen Mindestprüfquoten oder einer vorab festgelegten absoluten Anzahl von mindestens je KV zu prüfenden Ärzten würde für die betroffenen „kleinen“ KVen den Einsatz zusätzlicher Ressourcen und damit einen erheblichen und zum Teil ehrenamtlich zu leistenden Mehraufwand bedeuten – der überdies für die „größeren“ KVen in relativer Perspektive nicht anfiel und damit eine Ungleichbehandlung der KVen zur Folge hätte. In der überarbeiteten QP-RL wird in etwa diese Lösung verfolgt. Hinsichtlich des Stichprobenumfangs wird nach wie vor gefordert, dass er „aussagekräftige Ergebnisse für den überprüften Leistungsbereich“ ermöglicht und „im Hinblick auf den Aufwand für die Qualitätssicherungs-Kommission und für die zu überprüfenden Ärztinnen und Ärzte vertretbar sein“ soll. Das grundlegende methodische Problem wird damit weiterhin nicht gelöst: Zum einen, weil nicht konkret gesagt wird, ab wie vielen geprüften Ärzten man die Ergebnisse für statistisch „aussagekräftig“ hält (faktisch müsste dies mit Schätzungen der zu erwartenden Beanstandungsquoten und einer daraus abzuleitenden Mindestfallzahl einhergehen), zum anderen, weil dies durch den hierzu in Betracht zu ziehenden Aufwands Gesichtspunkt ohnehin relativiert wird.

⁴⁶ Die folgenden methodischen Vorschläge sind unabhängig von den normativen Erwägungen, ob die Qualitätsprüfungen überhaupt das Ziel der Vergleichbarkeit von Ergebnissen anstreben sollten oder ob (z.B. bei guten Ergebnissen) eine Ausweitung des Prüfumfanges überhaupt sinnvoll wäre.

Die Zusammenlegung von Prüfregionen⁴⁷ (bzw. mehrere Regionen übergreifende Auswertungen) ist eine weitere Möglichkeit und sie wäre darüber hinaus mit der erstgenannten Lösung kompatibel. Gemäß der hier zu betrachtenden wie auch der aktuellen Richtlinie haben die KVen auch derzeit schon die Möglichkeit, überregional agierende QS-Kommissionen einzusetzen (wie dies derzeit teilweise im Leistungsbereich Kernspintomographie praktiziert wird). Allerdings können dann auch die Ergebnisse nicht mehr für jede KV ausgewiesen werden, was vor allem die organisatorische Umsetzung in Bezug auf die Veranlassung von allen damit zusammenhängenden Maßnahmen schwierig macht, denn auch diese müssten dann KV-übergreifend abgestimmt werden. Da in der aktuellen Richtlinie die Rolle der KBV gestärkt ist – wiewohl die Umsetzungsverantwortlichkeit nach wie vor nur die KVen adressiert, wäre die Umsetzung einer KBV-moderierten, KV-übergreifenden Lösung eine richtlinienkonforme Ausgestaltungsmöglichkeit.

Die Möglichkeit der Verlängerung von Auswertungszeiträumen und ggf. die Darstellung von gleitenden Durchschnitten wäre ebenfalls ein gangbarer Weg – und auch dieser wäre mit den vorstehend genannten Möglichkeiten kombinierbar. Allerdings müssten mit Blick auf die absolut oft sehr kleinen Zahlen teilweise sehr lange Zeiträume betrachtet werden, die überdies immer wieder auf neuen Querschnittserhebungen mit veränderten Grundgesamtheiten basieren würden. Dennoch ermöglicht eine solche Darstellung aufgrund höherer Fallzahlen prinzipiell seriösere Qualitätsvergleiche.

Verbesserung der Effizienz des Verfahrens durch gezielte Stichproben

Wie gezeigt, sind nicht alle geschilderten Auffälligkeiten den unabänderbaren Eigenschaften eines nicht repräsentativen Stichprobenverfahrens geschuldet. Vergleichsweise hohe Beanstandungsquoten im Bereich der Arthroskopie gegenüber den sehr niedrigen Quoten in den Bereichen der Computer- und Kernspintomographie legen nahe, dass Qualitätsprüfungen unterschiedlich effizient sind. So ist der grundlegende (zeitliche) Aufwand zur Organisation und Durchführung der Stichprobenprüfung bei allen Verfahren ähnlich und damit bei dauerhaft guten Ergebnissen vergleichsweise ineffizient (Deckeneffekt) und bei dauerhaft schlechten Ergebnissen vergleichsweise effizient. Die bisherige Lösung bestand darin, zu bestimmten Zeiten in bestimmten Leistungsbereichen die Prüfquoten temporär zu steigern oder auch die verpflichtenden Prüfungen bei Leistungsbereichen mit guten Ergebnissen auf „fakultativ“ zu setzen. Diese gängige Praxis wurde in der neuen Richtlinie explizit als reguläre Option festgehalten.

Eine mögliche alternative Lösung bestünde darin, gezielte Stichproben, z.B. auf der Grundlage von Abrechnungsdaten, als Ausgangspunkt der Qualitätsprüfungen zu operationalisieren. Z.B. könnten bestimmte Indikatoren zur Messung der Ergebnis- oder ggf. auch der Indikationsqualität entwickelt und eingesetzt werden, auf deren Grundlage dann Stichproben in auffälligen Gebieten oder sogar unter Praxen mit auffälliger Ergebnisqualität gezogen werden – wobei die letztgenannte Möglichkeit faktisch schon immer bestand. In den Workshops, insbesondere dem Ergebnisworkshop Arthroskopie, wurde dieser Ansatz zur Diskussion gestellt. Obwohl anhand der für diesen Leistungsbereich ausgewerteten Routinedaten gezeigt werden konnte, dass die Ergebnisqualität bei im ambulanten Sektor durchgeführten Knie-Arthroskopien gut ist bzw. dass die Ergebnisse hier weit weniger Anlass zur Diskussion als bei den in vielen KVen vorhandenen sehr hohen Beanstandungsquoten bei der Prüfung der Prozessqualität geben, herrschte auf dem Workshop eine durchweg ablehnende Haltung gegenüber der „Nutzung von Routinedaten“ vor – auch wenn ersichtlich war, dass nicht alle Teilnehmer mit den Vor- und Nachteilen der Nutzung von Routinedaten vertraut waren (und beispielsweise Kritik an den gezeigten Indikatoren übten). Mit der Nutzung von Routinedaten bzw. der Einführung einer gezielten, d.h. anlassbezogenen Stichprobe ließe sich das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des Prüfverfahrens verbessern, wenn man das Ziel eines QS-Verfahrens darin sieht, „bad apples“ zu identifizieren und dadurch Qualitätsverbesserungsmaßnahmen gezielt dort umzusetzen, wo die meisten Probleme liegen. Damit bilden die Ergebnisse dann aber nicht mehr die per Zufallsstichprobe gemessene durchschnittliche Prozessqualität aller Praxen ab – was eine grundlegende Änderung der Zielrichtung der QS-Methode bedeutet und ggf. auch zu mehr Maßnahmen (und damit zu erhöhtem Aufwand) führen könnte.

⁴⁷ Derzeit bestehen aufgrund des Körperschaftsrechts und der föderalen Hoheitsrechte kaum überwindbare rechtliche Hürden, Prüfregionen „zusammenzulegen“.

Obligatorische Prüfung weiterer/anderer Leistungsbereiche

In der allgemeinen Formulierung bezieht sich die QP-RL auf die Sicherung und Förderung vertragsärztlich erbrachter Leistungen. In dieser allgemeinen Ausrichtung fällt auf, dass sich das obligatorische Prüfgeschehen nun schon sehr lange auf dieselben Leistungsbereiche beschränkt. Anzunehmen ist, dass es andere Leistungsbereiche gibt, in denen eine bundesweite Stichprobenprüfung ggf. mehr und andere Erkenntnisse über die vertragsärztliche Versorgungsqualität liefern könnte.

Dies wird bereits in der Kommentierung des G-BA zur 5-Jahres-Auswertung adressiert. Angeregt wird dort, mehr oder andere Leistungsbereiche obligatorisch zu prüfen. Mutmaßlich ist die Erstellung und Verabschiedung von weiteren bundesweit geltenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien durch den G-BA das entscheidende Umsetzungshindernis. Andererseits wurde auch auf den Ergebnisworkshops die Problematik diskutiert, dass die aktuellen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien in ihrer jetzigen Form wenig flexibel sind und insofern ihrem Zweck der Überprüfung „aktueller“ wissenschaftlicher und fachlicher Qualitätsanforderungen nur bedingt gerecht werden können. Dies zeigt sich zum Beispiel im Leistungsbereich Kernspintomographie, in dem nur ein kleinerer Teil der Befragten der Aussage „voll und ganz“ zustimmt, dass die Vorgaben der QBK-RL dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien) entsprechen. Das zu lösende Problem für die jeweils geltenden Richtlinien ist folglich, wie es gelingen kann, einheitliche und evidenzbasierte Vorgaben zur Qualitätsbeurteilung zu dynamisieren, damit der Richtlinienzweck der Überprüfung „aktueller“ wissenschaftlicher und fachlicher Qualitätsanforderungen (besser) erreicht werden kann. Im Ergebnisworkshop Kernspintomographie wurde beispielsweise ein standardisierter Aktualisierungsprozess in einem festgelegten Überarbeitungszeitraum vorgeschlagen, in dem bestimmende Aspekte überprüft und ggf. aktualisiert werden müssen.

Wenn man die Problematik wenig flexibler und potenziell „alternder“ Richtlinien zusammen mit den augenscheinlichen Deckeneffekten in den Leistungsbereichen Kernspin- und Computertomographie betrachtet und insgesamt effiziente Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung für das gesamte Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung anstrebt, dann sollten auch weitere Leistungsbereiche (z.B. im Wechsel und zeitlich begrenzt) obligatorisch geprüft werden können. Grundlage der obligatorischen Prüfung könnten die Vorgaben aus einem fakultativ geprüften Leistungsbereich sein, die von der KBV als KV-übergreifende Vorgaben der Prüfverfahren legitimiert werden. Die Erhebung einer solchen gemeinsamen Prüf- und Bewertungsgrundlage in den Status einer durch den G-BA zu verabschiedenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie scheint dafür nicht erforderlich, zumal sich für die hier betrachteten Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien der seinerzeit intendierte Effekt der Abmilderung der Heterogenität der Prüfergebnisse zwischen den KVen durch einheitliche Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nicht nachweisbar eingestellt hat.

Homogenisierung des Prüfgeschehens und der Bewertungen durch KV-übergreifenden Erfahrungsaustausch

Die nach unserer Analyse wesentlichen Ursachen für die Heterogenität der Ergebnisse liegen in den nicht repräsentativen Stichproben einerseits und andererseits in der individuellen Prüfpraxis, die nicht nur zwischen den zahlreichen QS-Kommissionen, sondern auch zwischen einzelnen Prüferärzten besteht. Bereits der G-BA-Kommentar zur 5-Jahres-Auswertung hält hierzu fest, 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.“ Diese individuellen Unterschiede könnten vermutlich durch einen KV-übergreifenden Erfahrungsaustausch zwischen QS-Kommission und Kommissionsärzten deutlich verringert werden. Dies wurde auch explizit aus dem Teilnehmerkreis der Ergebnisworkshops heraus angeregt und scheint mit der aktuellen QP-RL und der nun auf die KBV übergegangene Verantwortung für die Gestaltung von organisationellen Rahmenbedingungen ein gangbarer Weg. Überdies ist es wahrscheinlich, dass ein regelmäßiger KV-übergreifender Austausch (z.B. in der Form von Fallkonferenzen o.ä.) zwischen den Kommissionsärzten zu einer erheblichen Harmonisierung der praktischen Bewertung von Mängeln beitragen kann.

Stärkung des versorgungsbezogenen Verständnisses von Qualitätsförderung

Wenn man die Qualitätssicherungs- und -fördermaßnahmen im KV-Bereich als Zusammenspiel verschiedener Elemente betrachtet, stellt man fest, dass fast das gesamte Portfolio der Maßnahmen Struktur- und

Prozessqualität adressiert und deswegen in gewisser Weise selbstreferenziell ist, wenn nur über den Vollzug dieser Maßnahmen berichtet wird. Dies gilt auch für die Ergebnisdarstellung der Qualitätsprüfungen in den ambulanten Leistungsbereichen. Sie entspricht der Vorgabe eines Rechenschaftsberichts der KVen (bzw. in der Übermittlung durch die KBV) an den G-BA, über die gemäß QP-RL durchgeführten Qualitätsprüfungen. Im Vergleich zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ergibt sich aus dem KBV-Bericht kein Orientierungsnutzen für Patienten hinsichtlich der Auswahl von „guten“ Ärzten, da ein Leistungserbringerbezug der Ergebnisse nicht möglich ist. Insofern ist eine Veröffentlichung über den benannten Kreis hinaus nur bedingt sinnvoll. Dass, wie in den Ergebnisworkshops anmerkt, für jeden geprüften Leistungserbringer die Möglichkeit besteht, auf etwaige Ergebnisse seiner Qualitätsprüfung (z.B. durch Aushang in der Praxis) hinzuweisen, ist richtig, aber eben nicht mit der Verpflichtung zur öffentlichen Qualitätsdarstellung der Krankenhäuser zu vergleichen. Allerdings wäre eine praxisbezogene Verpflichtung zur Darlegung von Prüfergebnissen ohnehin nicht fair, solange sie auf einer Stichprobe basiert und deswegen immer nur einen sehr kleinen Teil der Leistungserbringer betreffen würde. Mit der Sonderauswertung Arthroskopie wurde gezeigt, dass der KV-Bereich hier insgesamt gute Ergebnisse erzielt bzw. dass eine datengestützte Ergebnisdarstellung z.B. der Ausgangspunkt für ein kontinuierliches Qualitätsmonitoring sein könnte und bestimmte Ergebnisse dieses Monitorings dann Ausgangspunkte für gezielte Maßnahmen der Qualitätsförderung sein könnten. Analog wären auch kursorisch durchgeführte Patientenbefragungen möglich, sei es als Ausgangspunkt zur Implementierung gezielter Qualitätsfördermaßnahmen oder als Konsequenz auffälliger Prüfergebnisse.

Ggf. liegt im Ansatz eines mehr ergebnisorientierten und das heißt patientenbezogenen Denkens auch die Möglichkeit, die Zufriedenheit der Ärzte mit einem Prüfverfahren zu erhöhen. Wie die Ergebnisse dieser Evaluation zeigen, sind die „geprüften“ Ärzte von Sinn und Zweck des Prüfverfahrens nicht vollends überzeugt. Abseits der Repräsentativität der in dieser Evaluation einbezogenen Aussagen der prüfenden und geprüften Ärzte, muss es einem zu denken geben, wenn viele Befragte (beider Seiten) der Ansicht sind, dass es sich bei der Qualitätsprüfung im Kern „nur“ um eine Dokumentationsprüfung handelt, die nicht geeignet ist, die Qualität der fachlichen Leistung zu beurteilen. Würde eine Qualitätsprüfung mehr an auffälligen Ergebnissen ansetzen, wäre dieser Sichtweise entgegengewirkt. Dann würde ggf. auch der treibende Gedanke der Qualitätsförderung besser greifen: Wenn KV-seitig in den Workshops gesagt wird, man verzichte weitgehend auf Praxisbegehungen und Kolloquien, weil die Ärzte diese Maßnahmen als „Höchststrafen“ empfinden, dann scheint der eigentliche positive Sinn dieser Maßnahmen, nämlich einer Qualitätsförderung, die an „schlechten“ Ergebnissen ansetzt und diese verbessern will, noch nicht ausreichend im ambulanten Versorgungsmiteinander verankert.

Literaturverzeichnis

- AQUA (2016). Arthroskopie am Kniegelenk – Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen (Stand: 20. Mai 2016). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.
- Franzen, A (2019). Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Baur, N; Blasius, J (Eds.). Wiesbaden: Springer VS: 843-854.
- G-BA (2015). Kommentar des Gemeinsamen Bundesausschusses zur 5-Jahres-Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Stichprobenprüfungen 2008-2012 nach §136 Abs. 2 SGB V. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.
- KBV (2016). Arthroskopie von Knie und Schulter. Informationen zur Durchführung, Dokumentation und Fehlervermeidung [PraxisWissenSpezial]. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV (2014). Stichprobenprüfungen nach §136 Abs. 2 SGB V. 5-Jahres-Auswertung. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kluth, W (2017). Rechtsgutachten Verfassungsrechtliche Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Halle (Saale).
- Penfold, RB; Zhang, F (2013). Use of Interrupted Time Series Analysis in Evaluating Health Care Quality Improvements. *Academic Pediatrics* 13(6): S38-S44.
- Petzold, T; Walther, F; Schmitt, J (2018). Wie ist Qualität im deutschen Gesundheitssystem definiert? Eine systematische Analyse deutscher Gesetzestexte und Richtlinien. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 23(4): 194-204.
- Porst, R (2011). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS - Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schlegel/Voelzke (Ed.) (2016). *juris PraxisKommentar SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung*.
- Veit C; Lüken F; Bungard S; Trümner A; Tewes C; D, H (2013). Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V. Düsseldorf: BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit.

Stand 09.09.2021

Evaluation der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL)

Anhang zum Abschlussbericht

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Evaluation der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL)

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Hinweis

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

Anschrift des Herausgebers

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

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015
und ISO/IEC 27001:2013

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Interviews mit den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

- Anhang A.1 Interviewleitfaden Geschäftsstellen der QS-Kommissionen
- Anhang A.2 Auswertung der Interviews mit den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

Anhang B: Onlinebefragung der QS-Kommissionsärzte

- Anhang B.1 Fragebogen QS-Kommissionsärzte
- Anhang B.2 Ergebnisse der Befragung der QS-Kommissionsärzte

Anhang C: Onlinebefragung der geprüften Fachärzte

- Anhang C.1 Fragebogen geprüfte Fachärzte
- Anhang C.2 Ergebnisse der Befragung der geprüften Fachärzte

Anhang D: Protokolle der Ergebnisworkshops

- Anhang D.1 Protokoll Ergebnisworkshop Arthroskopie
- Anhang D.2 Protokoll Ergebnisworkshop Kernspintomographie
- Anhang D.3 Protokoll Ergebnisworkshop Radiologie

Anhang E: Routinedatenauswertungen

Anhang A.1: Interviewleitfaden Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

Fragen	Beantwortungsmodus
Einheitlichkeit der Verfahrensgestaltung	
Wie werden Ärzte für die QS-Kommission ausgewählt?	Offene Frage
Wie lange sind Sie schon als Facharzt in diesem Leistungsbereich tätig?	Offene Frage
Wie operationalisieren Sie die Anforderung „Kenntnisse oder Erfahrung in der Qualitätssicherung“ im betreffenden Leistungsbereich?	Offene Frage
Wie werden die Mitglieder der QS-Kommission befähigt, die Kriterien der Beurteilungsrichtlinien korrekt anzuwenden (Schulungen/Einweisungen/Checklisten/Prüfblätter/...)?	Offene Frage
Wie wird die Einheitlichkeit des Verfahrens bei der Kommissionsarbeit sichergestellt?	Offene Frage
Einheitlichkeit der Maßnahmen	
Kommen alle Maßnahmen der Qualitätsförderung (§6 Abs. 3 QP-RL) in Ihrer KV zur Anwendung?	Offene Frage
Die nach §6 Abs. 3 QP-RL zu treffenden Maßnahmen in den Punkten 3 (erhebliche Beanstandungen) und 4 (schwerwiegende Beanstandungen) sind in den Punkten a (teilweise), b und d identisch. Erschwert das die Maßnahmenzuordnung? Wie gehen Sie damit in Ihrer KV um?	Offene Frage
Gibt es weitere Maßnahmen der Qualitätsförderung, die Sie in Ihrer KV darüber hinaus anwenden?	Offene Frage
Welche Maßnahmen haben sich nach Ihrer Erfahrung besonders bewährt?	Offene Frage
Maßnahmen werden individuell hinsichtlich der Art der Beanstandungen / der Mängel veranlasst.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Im Einzelfall werden auch bei „geringen Beanstandungen“ weitergehende Hilfsangebote als die schriftliche Empfehlung und ggf. das Beratungsgespräch bereitgestellt.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Im Einzelfall werden auch bei einer unbeanstandeten Prüfung Hilfsangebote (z.B. schriftliche Empfehlung) bereitgestellt.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Im Einzelfall wird bei „geringen Beanstandungen“ keine schriftliche Empfehlung zur Behebung der Mängel veranlasst.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
In welchen Fällen wird ein „Genehmigungswiderruf“ (§6 Abs. 3 QP-RL) in Betracht gezogen?	Offene Frage

Fragen	Beantwortungsmodus
Es gibt klare Vorgaben, in welchen Fällen eine „schriftliche Empfehlung“ (§6 Abs. 3 QP-RL; formale Kategorie) keine hinreichende Maßnahme zur Beseitigung der Mängel ist.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Bei Antwort „Trifft voll und ganz zu“ oder „Trifft eher zu“: Welche Vorgaben gibt es?</i>	Offene Frage
Sind die Scores der Bewertungsschemata geeignet, die Qualität der betreffenden Leistung zu beurteilen? Gibt es ggf. Vorschläge für Verbesserungen?	Offene Frage
Sind die Scores der Bewertungsschemata für eine vergleichende Qualitätsbeurteilung von Leistungen einzelner Ärzte geeignet? Gibt es ggf. Vorschläge für Verbesserungen?	Offene Frage
Effektivität des Verfahrens	
Die Gewichtung der Prüfbereiche (z.B. Indikationsstellung, Bildgebung, Befundung) entspricht ihrer Bedeutung für das Patientenwohl.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Beanstandungen verteilen sich ungefähr gleichmäßig über alle Prüfbereiche.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Bei Antwort „Trifft eher nicht zu“ oder „Trifft überhaupt nicht zu“ bitte folgende Fragen beantworten.</i>	
<p>Die <u>meisten</u> Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden:</p> <p>Im Leistungsbereich Arthroskopie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikation Patient/Arzt <input type="checkbox"/> Medizinische Fragestellung/Operationsgrund <input type="checkbox"/> Schriftliche Dokumentation der Operation <input type="checkbox"/> Bildliche Darstellung der Operation <p>Im Leistungsbereich Radiologie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Wichtige Bilddetails (analog/digital) <input type="checkbox"/> Kritische Strukturen/kritische Bildelemente <input type="checkbox"/> Strahlenschutz <input type="checkbox"/> Befundung <p>Im Leistungsbereich Kernspintomographie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Untersuchungsvolumen <input type="checkbox"/> Messparameter <input type="checkbox"/> Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Befundung 	Geschlossene Antworten (Mehrfachangaben möglich)

Fragen	Beantwortungsmodus
<p>Die <u>wenigsten</u> Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Im Leistungsbereich Arthroskopie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikation Patient/Arzt <input type="checkbox"/> Medizinische Fragestellung/Operationsgrund <input type="checkbox"/> Schriftliche Dokumentation der Operation <input type="checkbox"/> Bildliche Darstellung der Operation <p>Im Leistungsbereich Radiologie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Wichtige Bilddetails (analog/digital) <input type="checkbox"/> Kritische Strukturen/kritische Bildelemente <input type="checkbox"/> Strahlenschutz <input type="checkbox"/> Befundung <p>Im Leistungsbereich Kernspintomographie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Untersuchungsvolumen <input type="checkbox"/> Messparameter <input type="checkbox"/> Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Befundung 	<p>Geschlossene Antworten (Mehrfachangaben möglich)</p>
<p>Wie viel Zeit benötigen Sie für die Vorbereitung der Prüfung für einen zu prüfenden Arzt/für eine Kommissionssitzung?</p>	<p>Offene Frage</p>
<p>Wie viele Sitzungen der QS-Kommissionen finden in einem Jahr durchschnittlich statt?</p>	<p>Offene Frage</p>
<p>Wie viele Personen nehmen an einer Kommissionssitzung teil?</p>	<p>Offene Frage</p>
<p>Wie viel Zeit nimmt die Prüfung und Bewertung eines zu prüfenden Arztes (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch?</p>	<p>Offene Frage</p>
<p>Wie viel Zeit nimmt die Erstellung eines schriftlichen Bescheides für einen geprüften Arzt in Anspruch?</p>	<p>Offene Frage</p>
<p>Wie häufig wird gegen eine Maßnahme Widerspruch eingelegt? <i>[ggf. nachfragen, ob quantifizierbar?]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>
<p>Wie oft nehmen Vertreter der Krankenkassen an den Sitzungen der QS-Kommissionen teil? <i>[ggf.: nehmen KK-Vertreter regelmäßig an den Sitzungen der QS-Kommissionen teil?]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>
<p>Wie oft werden Vertreter des G-BAs von ihrer KV zu den Sitzungen der QS-Kommissionen eingeladen? <i>[ggf. Werden G-BA Vertreter regelmäßig zu Sitzungen der QS-Kommissionen eingeladen?]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>

Fragen	Beantwortungsmodus
Wie häufig kommt es vor, dass Ärzte keine vollständigen Dokumentationen im Sinne der Vorgaben vorlegen (können)? <i>[ggf. Abfrage einer Einschätzung nach Fällen]</i>	Im Leistungsbereich Arthroskopie: <input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich Im Leistungsbereich Radiologie: <input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich Im Leistungsbereich Kernspintomographie: <input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Wie häufig kommt es (durchschnittlich) vor, dass Ärzte (auch nach Erinnerung) keine Dokumentationen einreichen?	<input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Wie häufig kommt es (durchschnittlich) vor, dass Ärzte (auch nach Erinnerung) keine Dokumentationen einreichen?	<input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Wie häufig weicht die Kassenärztliche Vereinigung von den empfohlenen Maßnahmen der QS-Kommissionen ab? <i>[ggf. nachfragen, ob quantifizierbar bzw. auch nach dem Grund]</i>	<input type="checkbox"/> (Fast) immer <input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> (Fast) nie <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die definierten Prüfbereiche der Qualitätsbeurteilungsrichtlinien sind geeignet, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die definierten Prüfbereiche der Qualitätsbeurteilungsrichtlinien haben einen direkten Bezug zum Patientenwohl.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die im Rahmen einer Prüfung möglichen Beanstandungen oder Mängel beziehen sich auf Strukturen und Prozesse, die ein geprüfter Arzt durch sein eigenes Handeln beseitigen kann.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich

Fragen	Beantwortungsmodus
Das gegenwärtige Prüfsystem ist ein effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Qualität der ärztlichen Leistung hat sich aus Ihrer Sicht seit Einführung der Qualitätsprüfungsrichtlinie (2007) verbessert.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich

Anhang A.2: Auswertung der Interviews mit den Geschäftsstellen der QS-Kommissionen

Wie werden Ärzte für die QS-Kommission ausgewählt? (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
Vorschläge bisheriger Kommissionsmitglieder	15
Vorstand entscheidet final	13
Ärzte mit guten Ergebnissen in den Stichprobenprüfungen	11
Berufsverbände werden um Vorschläge gebeten	9
Ärzte melden sich aus Eigeninitiative	4
Ausschreibung der Stelle über Homepage/Mitteilungsheft	3
Empfehlungen von erfahrenen Kollegen	3

Wie operationalisieren Sie die Anforderung „der besonderen Erfahrung“ im betreffenden Leistungsbereich? (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
Facharztweiterbildung	13
gute Ergebnisse in den Stichprobenprüfungen	9
Fachärzte mit Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen	9
Fachärzte mit längerer Berufserfahrung	9
Weiterbildungen/Zusatzqualifikationen	6
guter Ruf/Reputation	3
kollegiale Einschätzung	2

Wie operationalisieren Sie die Anforderung „Kenntnisse oder Erfahrung in der Qualitätssicherung“ im betreffenden Leistungsbereich? (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
Willkommensmappe/Infomappe für neue Mitglieder mit Richtlinien, Checklisten, Prüfblättern etc.	12
Einweisung/Einarbeitung durch etablierte Kommissionsärzte	9
Newsletter/Informationsschreiben zu Qualitätsthemen	6
Erläuterung des Prüfablaufs durch Geschäftsstelle	5
Überprüfung, ob Kenntnisse in der Qualitätssicherung vorhanden sind	3
Arzt muss Leistung aktiv und schon längere Zeit durchführen	2
Arzt sollte schon einer Qualitätsprüfung unterzogen worden sein	2
Hospitation in Kommissionssitzung	2
Möglichkeit von E-Learning-Modulen	1
Protokolle von jährlichem Erfahrungsaustausch von Kommissionsmitgliedern (Radiologie) werden zur Verfügung gestellt	1

Wie werden die Mitglieder der QS-Kommission befähigt, die Kriterien der Beurteilungsrichtlinien korrekt anzuwenden (Schulungen/Einweisungen/Checklisten/Prüfblätter...)? (n=17)

Antworten	Anzahl der Angaben
Anleitung neuer Kommissionsmitglieder von etablierten Mitgliedern (in Sitzungen, im Gespräch, Mentoring)	13
Willkommensmappe/Infomaterial für neue Mitglieder mit Richtlinien, Checklisten, Prüfblättern etc.	11
Information, Einweisung und Anleitung durch die Geschäftsstelle	10
Probedokumentationen/Übungsfälle werden ausgegeben und gemeinsam besprochen	4
Erläuterung der Aufgaben im Rahmen der konstituierenden Sitzung in neuer Legislaturperiode	4
Vorab-Hospitationen in den Sitzungen	3
IT-Programm zur Erläuterung des Verfahrensablaufs/E-Learning	2

Wie wird die Einheitlichkeit des Verfahrens bei der Kommissionsarbeit sichergestellt? (n=17)

Antworten	Anzahl der Angaben
einheitliches Bewertungsschema und festgelegte Standards, Checklisten, Prüfbögen etc.	10
Bearbeitung von Musterfällen/Probedokumentationen	6
Bewertungen werden mit anwesenden Kommissionsmitgliedern gemeinsam besprochen und beurteilt	6
Anleitung neuer Mitglieder und Heranführung an die Aufgaben	2
bei neuen Verfahren oder umfangreichen Richtlinienänderungen: gesonderte Sitzungen zu den neuen Anforderungen	2
jährliche Treffen aller Kommissionsmitglieder, wo Fragen und offene Punkte besprochen werden, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen	1
länderübergreifende Kommissionen für gewisse Themen in denen sich beraten und ein einheitliches Schema angewendet wird	1

Kommen alle Maßnahmen der Qualitätsförderung (§6 Abs. 3 QP-RL) in Ihrer KV zur Anwendung? (n=17)

Antwort	Anzahl der Angaben
ja	17
nein	0
Anmerkungen: Praxisbegehungen und Honorarrückforderungen in einigen KVen sehr selten	

Die nach §6 Abs. 3 zu treffenden Maßnahmen in Punkt 3 (erhebliche Beanstandungen) und 4 (schwerwiegende Beanstandungen) sind in den Punkten a (teilweise), b und d identisch. Erschwert das die Maßnahmenzuordnung? Wie gehen Sie damit in Ihrer KV um? (n=17)

Antworten	Anzahl der Angaben
Maßnahmenzuordnung erschwert	0
Maßnahmenzuordnung nicht erschwert	17

Gibt es weitere Maßnahmen der Qualitätsförderung, die Sie in Ihrer KV darüber hinaus anwenden? (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
Broschüren KBV/Wegweiser/Informationsmaterialien	13
Telefongespräche/persönliche Gespräche mit (Kommissions)ärzten	12
Vorschlag Hospitation bei Kommissionsmitgliedern	8
Fortbildungsveranstaltungen/Seminare/Workshops/Schulungen	6
Informationen auf Homepage	5
Qualitätszirkel	3
Angebot zur Initialprüfung	1

Welche Maßnahmen haben sich nach Ihrer Erfahrung besonders bewährt? (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
persönliche/kollegiale Beratungsgespräche	11
Broschüren KBV/Wegweiser/Informationsmaterialien	4
generell viel informieren/Transparenz	4
Hospitationen	3
Informationen auf Homepage	2
Wiederholungsprüfungen	2
Qualitätszirkel	1
Seminare/Workshops	1
Angebot zur Initialprüfung	1

Maßnahmen werden individuell hinsichtlich der Art der Beanstandungen/der Mängel veranlasst. (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	17
Trifft eher zu	0
Trifft eher nicht zu	0
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

Im Einzelfall werden auch bei „geringen Beanstandungen“ weitergehende Hilfsangebote als die schriftliche Empfehlung und ggf. das Beratungsgespräch bereitgestellt. (n=17)	
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	0
Trifft eher zu	1
Trifft eher nicht zu	4
Trifft überhaupt nicht zu	11
Keine Beurteilung möglich	1

	Im Einzelfall werden auch bei einer unbeanstandeten Prüfung Hilfsangebote (z.B. schriftliche Empfehlung) bereitgestellt. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	0
Trifft eher zu	2
Trifft eher nicht zu	4
Trifft überhaupt nicht zu	10
Keine Beurteilung möglich	1

	Im Einzelfall wird bei „geringen Beanstandungen“ keine schriftliche Empfehlung auf die Mängel veranlasst. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	0
Trifft eher zu	0
Trifft eher nicht zu	3
Trifft überhaupt nicht zu	14
Keine Beurteilung möglich	0

	In welchen Fällen wird ein „Genehmigungswiderruf“ (§6 Abs. 3 QP-RL) in Betracht gezogen? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
in den Fällen, die in der Richtlinie definiert sind: Gefahr für Leib und Leben und wiederholt nicht bestanden Kolloquium	17

	Es gibt klare Vorgaben, in welchen Fällen eine „schriftliche Empfehlung“ (§6 Abs. 3 QP-RL; formale Kategorie) keine hinreichende Maßnahme zur Beseitigung der Mängel ist. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	1
Trifft eher zu	0
Trifft eher nicht zu	2
Trifft überhaupt nicht zu	14
Keine Beurteilung möglich	0

	Sind die Scores der Bewertungsschemata geeignet, die Qualität zur betreffenden Leistung zu beurteilen? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
ja	17
nein	0

Anmerkung: Optimierungsbedarf bei Radiologie, Strahlenschutz kommt zu kurz; detailliertere Aufgliederung bei Indikation/Bildqualität

	Sind die Scores der Bewertungsschemata für eine vergleichende Qualitätsbeurteilung von Leistungen einzelner Ärzte geeignet? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
ja	17
nein	0

Anmerkung: Optimierungsbedarf bei der Gewichtung der Punkte und Vergleich muss sich auf den gleichen Mangel beziehen

	Die Gewichtung der Prüfbereiche (z.B. Indikationsstellung, Bildgebung, Befundung) entspricht ihrer Bedeutung für das Patientenwohl. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz	3
Trifft eher zu	13
Trifft eher nicht zu	1
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Die Beanstandungen verteilen sich ungefähr gleichmäßig über alle Prüfbereiche. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz	0
Trifft eher zu	0
Trifft eher nicht zu	17
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Die meisten Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Arthroskopie (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Identifikation Arzt/Patient	1
Medizinische Fragestellung/Operationsgrund	2
Schriftliche Dokumentation der Operation	12
Bildliche Darstellung der Operation	15

	Die meisten Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Kernspintomographie (n=12)
Antworten	Anzahl der Angaben
Indikation	1
Untersuchungsvolumen	0
Messparameter	6
Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation	6
Befundung	3

	Die meisten Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Radiologie (n=16)
Antworten	Anzahl der Angaben
Indikation	3
Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation	8
Wichtige Bilddetails (analog/digital)	8
Kritische Strukturen/kritische Bildelemente	5
Strahlenschutz	13
Befundung	0

	Die wenigsten Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Arthroskopie (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Identifikation Arzt/Patient	14
Medizinische Fragestellung/Operationsgrund	8
Schriftliche Dokumentation der Operation	0
Bildliche Darstellung der Operation	0

	Die wenigsten Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Kernspintomographie (n=12)
Antworten	Anzahl der Angaben
Indikation	8
Untersuchungsvolumen	5
Messparameter	0
Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation	1
Befundung	7

	Die wenigsten Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden: Radiologie (n=16)
Antworten	Anzahl der Angaben
Indikation	10
Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation	0
Wichtige Bilddetails (analog/digital)	0
Kritische Strukturen/kritische Bildelemente	0
Strahlenschutz	0
Befundung	12

	Wie viel Zeit benötigen Sie für die Vorbereitung der Prüfung für eine Kommissionssitzung? (n=10)
Antworten	Anzahl der Angaben
2–4 Stunden	3
4–5 Stunden	5
5 Stunden und mehr	2

	Wie viel Zeit benötigen Sie für die Vorbereitung der Prüfung für einen zu prüfenden Arzt? (n=8)
Antworten	Anzahl der Angaben
1 Stunde	2
2,5–4 Stunden	3
4–5 Stunden	3

	Wie viele Sitzungen der QS-Kommissionen finden in einem Jahr durchschnittlich statt? Arthroskopie (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
1–2 Sitzungen	4
3–4 Sitzungen	10
5 Sitzungen	3

	Wie viele Sitzungen der QS-Kommissionen finden in einem Jahr durchschnittlich statt? Kernspintomographie (n=16)
Antworten	Anzahl der Angaben
1–2 Sitzungen	7
3–4 Sitzungen	7
5 Sitzungen und mehr	2

	Wie viele Sitzungen der QS-Kommissionen finden in einem Jahr durchschnittlich statt? Radiologie (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
1–3 Sitzungen	3
4–6 Sitzungen	8
7–8 Sitzungen	4
12 Sitzungen	2

	Wie viel Zeit nimmt die Prüfung und Bewertung eines zu prüfenden Arztes (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch? Arthroskopie (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
15–30 Minuten	2
30–60 Minuten	12
1 Stunde und länger	3

	Wie viel Zeit nimmt die Prüfung und Bewertung eines zu prüfenden Arztes (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch? Kernspintomographie (n=15)
Antworten	Anzahl der Angaben
15–30 Minuten	6
30 Minuten	4
30–60 Minuten	5

	Wie viel Zeit nimmt die Prüfung und Bewertung eines zu prüfenden Arztes (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch? Radiologie (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
10–20 Minuten	6
30 Minuten	5
30–60 Minuten	4
1 Stunde länger	2

	Wie viel Zeit nimmt die Erstellung eines schriftlichen Bescheides für einen geprüften Arzt in Anspruch? – einfache Fälle (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
15–30 Minuten	13
1–2 Stunden	4

	Wie viel Zeit nimmt die Erstellung eines schriftlichen Bescheides für einen geprüften Arzt in Anspruch? – komplexe Fälle (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
bis zu 2 Stunden	9
bis zu 4 Stunden	6
5 Stunden und mehr	1

	Wie häufig wird gegen eine Maßnahme Widerspruch eingelegt? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	0
Oft	0
Manchmal	8
(Fast) nie	9
Keine Beurteilung möglich	0

	Wie häufig sind die Widersprüche erfolgreich? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	0
Oft	2
Manchmal	5
(Fast) nie	9
Keine Beurteilung möglich	1

	Wie oft nehmen Vertreter der Krankenkassen an den Sitzungen der QS-Kommissionen teil? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	1
Oft	0
Manchmal	1
(Fast) nie	15
Keine Beurteilung möglich	0

	Wie oft werden Vertreter des G-BAs von ihrer KV zu den Sitzungen der QS-Kommissionen eingeladen? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	0
Oft	0
Manchmal	0
(Fast) nie	17
Keine Beurteilung möglich	0

	Wie häufig kommt es vor, dass Ärzte keine vollständigen Dokumentationen im Sinne der Vorgaben vorlegen (können)? (n=17)		
	Arthroskopie	Radiologie	Kernspintomographie
Antworten	Anzahl der Angaben		
(Fast) immer	0	0	0
Oft	0	0	0
Manchmal	11	7	5
(Fast) nie	6	9	11
Keine Beurteilung möglich	0	1	1

	Wie oft kommt ein „unzureichend begründetes oder mehrfaches Fehlen von angeforderten Unterlagen“ vor? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	0
Oft	0
Manchmal	2
(Fast) nie	15
Keine Beurteilung möglich	0

	Wie häufig kommt es (durchschnittlich) vor, dass Ärzte (auch nach Erinnerung) keine Dokumentationen einreichen? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	0
Oft	0
Manchmal	2
(Fast) nie	15
Keine Beurteilung möglich	0

	Wie häufig weicht die Kassenärztliche Vereinigung von den empfohlenen Maßnahmen der QS-Kommissionen ab? (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
(Fast) immer	0
Oft	0
Manchmal	0
(Fast) nie	17
Keine Beurteilung möglich	0

	Die definierten Prüfbereiche der Qualitätsbeurteilungsrichtlinien sind geeignet, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	15
Trifft eher zu	2
Trifft eher nicht zu	0
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Die definierten Prüfbereiche der Qualitätsbeurteilungsrichtlinien sind geeignet, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	15
Trifft eher zu	2
Trifft eher nicht zu	0
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Die definierten Prüfbereiche der Qualitätsbeurteilungsrichtlinien haben einen direkten Bezug zum Patientenwohl. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	14
Trifft eher zu	3
Trifft eher nicht zu	0
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Die im Rahmen einer Prüfung möglichen Beanstandungen oder Mängel beziehen sich auf Strukturen und Prozesse, die ein geprüfter Arzt durch sein eigenes Handeln beseitigen kann. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	7
Trifft eher zu	3
Trifft eher nicht zu	7
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Das gegenwärtige Prüfsystem ist ein effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	14
Trifft eher zu	3
Trifft eher nicht zu	0
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

	Die Qualität der ärztlichen Leistung hat sich aus Ihrer Sicht seit Einführung der Qualitätsprüfungsrichtlinie (2007) verbessert. (n=17)
Antworten	Anzahl der Angaben
Trifft voll und ganz zu	10
Trifft eher zu	7
Trifft eher nicht zu	0
Trifft überhaupt nicht zu	0
Keine Beurteilung möglich	0

Anhang B.1: Fragebogen QS-Kommissionsärzte

Fragen	Beantwortungsmodus
<i>Nachfolgend möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Tätigkeit als Arzt für die Qualitätssicherungskommission zu machen.</i>	
In welchem Leistungsbereich sind Sie aktuell als Arzt für die Qualitätssicherungskommission tätig?	<input type="checkbox"/> Arthroskopie <input type="checkbox"/> Radiologie (Röntgen/CT) <input type="checkbox"/> Kernspintomographie
Wie lange sind Sie schon als QS-Kommissionsarzt für diesen Leistungsbereich tätig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Anzahl Jahre)
In welcher KV-Region sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> KV Bayerns <input type="checkbox"/> KV Berlin <input type="checkbox"/> KV Brandenburg <input type="checkbox"/> KV Bremen <input type="checkbox"/> KV Hamburg <input type="checkbox"/> KV Hessen <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen <input type="checkbox"/> KV Nordrhein <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz <input type="checkbox"/> KV Saarland <input type="checkbox"/> KV Sachsen <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt <input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein <input type="checkbox"/> KV Thüringen <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe
<i>Im Folgenden möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu Vorgaben und Bewertungsgrundlagen des Prüfverfahrens zu beantworten.</i>	
Welche Unterstützung bietet Ihnen Ihre KV zur einheitlichen Anwendung der Kriterien der Beurteilungsrichtlinie?	(Mehrfachantwort möglich) <input type="checkbox"/> Schulungen <input type="checkbox"/> Einweisungen <input type="checkbox"/> Checklisten <input type="checkbox"/> Prüfblätter <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Andere
In meinem Leistungsbereich gibt es konkrete Vorgaben, wie das jeweilige Bewertungsschema für Mängel anzuwenden ist.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Beurteilungskriterien der Beurteilungsrichtlinie sind so eindeutig, dass jeder Kollege die gleichen Aspekte prüft.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Beurteilungskriterien der Beurteilungsrichtlinie sind hinreichend differenziert, um zu einer fachlich eindeutigen Entscheidung zu kommen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich

Die Beurteilungskriterien der Beurteilungsrichtlinie enthalten einen Spielraum, der in Einzelfällen eine sachgerechte individuelle Entscheidung zulässt.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Das Bewertungsschema ist hinreichend differenziert, um eine fachlich angemessene Bewertung vorzunehmen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Fragen zu Wissenschaftlichkeit, Relevanz und Geeignetheit der Prüfinhalte der Qualitätsprüfung stellen.</i>	
Die Vorgaben der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie entsprechen aus meiner Sicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien und sonstigen fachlichen Vorgaben).	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Es gibt Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Bei Antwort „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“: Um welche Prüfinhalte handelt es sich?</i>	Offene Frage
Es fehlen relevante Prüfinhalte zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Bei Antwort „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“: Um welche Prüfinhalte handelt es sich?</i>	Offene Frage
Die zu prüfenden Aspekte sind geeignet, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die zu bewertenden Aspekte haben einen direkten Bezug zum Patientenwohl.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Gewichtungen der Prüfbereiche gemäß Bewertungsschemata entspricht ihrer Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich

<p>Bei den nachfolgenden Fragen interessieren wir uns für die Mängel/Beanstandungen in den verschiedenen Prüfbereichen.</p>	
<p>Die Beanstandungen verteilen sich ungefähr gleichmäßig über alle Prüfbereiche.</p>	<p><input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>
<p>Falls „Trifft eher nicht zu“ oder „Trifft überhaupt nicht zu“ geantwortet wurde: Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf den Leistungsbereich, in dem Sie als Arzt für eine Qualitätssicherungskommission tätig sind.</p>	
<p>Die <u>meisten</u> Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden:</p> <p>Im Leistungsbereich Arthroskopie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikation Patient/Arzt <input type="checkbox"/> Medizinische Fragestellung/Operationsgrund <input type="checkbox"/> Schriftliche Dokumentation der Operation <input type="checkbox"/> Bildliche Darstellung der Operation <p>Im Leistungsbereich Radiologie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Wichtige Bilddetails (analog/digital) <input type="checkbox"/> Kritische Strukturen/kritische Bildelemente <input type="checkbox"/> Strahlenschutz <input type="checkbox"/> Befundung <p>Im Leistungsbereich Kernspintomographie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Untersuchungsvolumen <input type="checkbox"/> Messparameter <input type="checkbox"/> Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Befundung 	<p>Geschlossene Antworten (Mehrfachangaben möglich)</p>

<p>Die <u>wenigsten</u> Mängel/Beanstandungen sind in folgenden Prüfbereichen zu finden:</p> <p>Im Leistungsbereich Arthroskopie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikation Patient/Arzt <input type="checkbox"/> Medizinische Fragestellung/Operationsgrund <input type="checkbox"/> Schriftliche Dokumentation der Operation <input type="checkbox"/> Bildliche Darstellung der Operation <p>Im Leistungsbereich Radiologie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Wichtige Bilddetails (analog/digital) <input type="checkbox"/> Kritische Strukturen/kritische Bildelemente <input type="checkbox"/> Strahlenschutz <input type="checkbox"/> Befundung <p>Im Leistungsbereich Kernspintomographie für folgende Prüfbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Untersuchungsvolumen <input type="checkbox"/> Messparameter <input type="checkbox"/> Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation <input type="checkbox"/> Befundung 	<p>Geschlossene Antworten (Mehrfachangaben möglich)</p>
<p><i>Die folgende Frage zielt auf den Aufwand für die Qualitätsprüfung ab.</i></p>	
<p>Wieviel Zeit nimmt die Prüfung und Bewertung eines Leistungserbringers (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch?</p>	<p>ca. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Stunden</p>
<p><i>Mit den abschließenden Fragen würden wir gerne Ihre Meinung zum gegenwärtigen Prüfsystem als Instrument zur Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen erfahren.</i></p>	
<p>Das gegenwärtige Prüfsystem ist ein effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<p>Die Qualität der ärztlichen Leistung hat sich meiner Ansicht nach seit Einführung der Qualitätsprüfungsrichtlinie (2007) verbessert. <i>[Frage wird nur gestellt, wenn der Arzt bereits mehr als zwei Jahre aktiv in der QS-Kommission ist.]</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich

Anhang B.2: Ergebnisse der Befragung der QS-Kommissionsärzte

Antworten	In welchem Bereich sind Sie aktuell als Arzt für die Qualitätssicherungskommission tätig? (n=92)	
	n	%
Arthroskopie	31	33,7%
Kernspintomographie	18	19,6%
Radiologie (Röntgen/CT)	43	46,7%

	Wie lange sind Sie schon als QS-Kommissionsarzt für diesen Leistungsbereich tätig? (Angabe in Jahren)			
	gesamt	Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie
	n=92	n=31	n=18	n=43
Minimum	1	2	3	1
Mittelwert	9	9	9	9
Median	8	8	10	7
Maximum	25	20	20	25

Antworten	In welcher KV-Region sind Sie tätig?							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
KV Baden-Württemberg	10	10,9%	6	19,4%	2	11,1%	2	4,7%
KV Bayerns	8	8,7%	3	9,7%	2	11,1%	3	7,0%
KV Berlin	3	3,3%	0	0,0%	1	5,6%	2	4,7%
KV Brandenburg	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
KV Bremen	5	5,4%	2	6,5%	1	5,6%	2	4,7%
KV Hamburg	7	7,6%	2	6,5%	0	0,0%	5	11,6%
KV Hessen	7	7,6%	2	6,5%	1	5,6%	4	9,3%
KV Mecklenburg-Vorpommern	3	3,3%	1	3,2%	1	5,6%	1	2,3%
KV Niedersachsen	6	6,5%	0	0,0%	2	11,1%	4	9,3%
KV Nordrhein	5	5,4%	2	6,5%	2	11,1%	1	2,3%
KV Rheinland-Pfalz	11	12,0%	2	6,5%	2	11,1%	7	16,3%
KV Saarland	3	3,3%	1	3,2%	1	5,6%	1	2,3%
KV Sachsen	4	4,3%	1	3,2%	1	5,6%	2	4,7%
KV Sachsen-Anhalt	4	4,3%	3	9,7%	1	5,6%	0	0,0%
KV Schleswig-Holstein	4	4,3%	1	3,2%	0	0,0%	3	7,0%
KV Thüringen	6	6,5%	2	6,5%	1	5,6%	3	7,0%
KV Westfalen Lippe	6	6,5%	3	9,7%	0	0,0%	3	7,0%

Antworten	Welche Unterstützung bietet Ihnen Ihre KV zur einheitlichen Anwendung der Kriterien der Beurteilungsrichtlinie? (Mehrfachantworten möglich)							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schulungen	8	8,7%	5	16,1%	1	5,6%	3	7,0%
Einweisungen	50	54,3%	13	41,9%	9	50,0%	28	65,1%
Checklisten	71	77,2%	25	80,6%	17	94,4%	29	67,4%
Prüfblätter	65	70,7%	21	67,7%	12	66,7%	32	74,4%
Keine	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%
Andere	10	10,9%	4	12,9%	4	22,2%	2	4,7%
	Checklisten/Prüfungsunterlagen von KBV							
	Besprechungen, Informationsgespräche, Kollegengespräche							
	Beratung/Absprachen zwischen den Kommissionsmitgliedern							
	aktualisierte Spruchpraxen							
	Formulierungshilfen							

Antworten	In meinem Leistungsbereich gibt es konkrete Vorgaben, wie das jeweilige Bewertungsschema für Mängel anzuwenden ist.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	52	56,5%	18	58,1%	12	66,7%	22	51,2%
Trifft eher zu	38	41,3%	12	38,7%	6	33,3%	20	46,5%
Trifft eher nicht zu	2	2,2%	1	3,2%	0	0,0%	1	2,3%
Trifft überhaupt nicht zu	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Antworten	Die Beurteilungskriterien der Beurteilungsrichtlinie sind so eindeutig, dass jeder Kollege die gleichen Aspekte prüft.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	32	34,8%	6	19,4%	9	50,0%	17	39,5%
Trifft eher zu	48	52,2%	22	71,0%	8	44,4%	18	41,9%
Trifft eher nicht zu	10	10,9%	3	9,7%	1	5,6%	6	14,0%
Trifft überhaupt nicht zu	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%
Keine Beurteilung möglich	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Antworten	Die Beurteilungskriterien der Beurteilungsrichtlinie sind hinreichend differenziert, um zu einer fachlich eindeutigen Entscheidung zu kommen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	25	27,2%	4	12,9%	8	44,4%	13	30,2%
Trifft eher zu	56	60,9%	21	67,7%	10	55,6%	25	58,1%
Trifft eher nicht zu	9	9,8%	5	16,1%	0	0,0%	4	9,3%
Trifft überhaupt nicht zu	1	1,1%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%

Antworten	Die Beurteilungskriterien der Beurteilungsrichtlinie enthalten einen Spielraum, der in Einzelfällen eine sachgerechte individuelle Entscheidung zulässt.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	43	46,7%	13	41,9%	9	50,0%	21	48,8%
Trifft eher zu	47	51,1%	17	54,8%	8	44,4%	22	51,2%
Trifft eher nicht zu	2	2,2%	1	3,2%	1	5,6%	0	0,0%
Trifft überhaupt nicht zu	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Antworten	Das Bewertungsschema ist hinreichend differenziert, um eine fachlich angemessene Bewertung vorzunehmen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	32	34,8%	9	29,0%	9	50,0%	14	32,6%
Trifft eher zu	50	54,3%	17	54,8%	9	50,0%	24	55,8%
Trifft eher nicht zu	7	7,6%	4	12,9%	0	0,0%	3	7,0%
Trifft überhaupt nicht zu	1	1,1%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%

Antworten	Die Vorgaben der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie entsprechen aus meiner Sicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien und sonstigen fachlichen Vorgaben).							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	29	31,5%	8	25,8%	6	33,3%	15	34,9%
Trifft eher zu	48	52,2%	20	64,5%	6	33,3%	22	51,2%
Trifft eher nicht zu	13	14,1%	2	6,5%	6	33,3%	5	11,6%
Trifft überhaupt nicht zu	2	2,2%	1	3,2%	0	0,0%	1	2,3%
Keine Beurteilung möglich	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Antworten	Es gibt Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	10	10,9%	3	9,7%	1	5,6%	6	14,0%
Trifft eher zu	27	29,3%	13	41,9%	5	27,8%	9	20,9%
Trifft eher nicht zu	43	46,7%	12	38,7%	10	55,6%	21	48,8%
Trifft überhaupt nicht zu	11	12,0%	3	9,7%	2	11,1%	6	14,0%
Keine Beurteilung möglich	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%

Prüfinhalte ohne Relevanz: Um welche Prüfinhalte handelt es sich? Arthroskopie

Das Problem besteht unter anderem darin, dass die Prüfvoraussetzungen völlig überaltert sind, da sich die arthroskopischen Techniken extrem weiterentwickelt haben. So erhalten Ärzte die volle Zulassung für alle Eingriffe durch Erfüllung der alten 3 Kategorien an Eingriffen, obwohl sie z.B. keine arthroskopischen vordere Kreuzbandersatzplastiken oder Schulterstabilisierungsoperationen oder Rotatorenmanschettenoperationen durchgeführt haben. Das muss sofort geändert werden. Weiterhin gibt es für Wiederholungstätter, die ins Kolloquium müssen, keine Vorgaben zur Prüfung und/oder Möglichkeiten, diese Kollegen in ihren Räumen voroperieren zu lassen. Hier besteht ebenfalls erheblicher Nachbesserungsbedarf.

Die Prüfinhalte sind eher zur Prüfung der Qualität der Dokumentation als zur Qualität der medizinischen Versorgung konzipiert.

Narkosezeit, Anästhesiezeit

Rein formale Kriterien ohne Bezug zur ärztlichen Leistung.

Anwendung Blutsperr

technische Qualität der Dokumentation

Patientendaten vereinzelt nur unvollständig verfügbar, Qualität der ASK jedoch gut.

Es werden außer der ärztlichen, fachlichen Leistungen methodische und apparative sowie technische und dokumentarische Leistungen geprüft

Indikation und Qualität der Ausführung wird zu gering bewertet. Schlimmer ist, wenn ein Bild fehlt.

Zeit der Operation

Lagerung des Patienten, Blutsperrzeit

Prüfinhalte ohne Relevanz: Um welche Prüfinhalte handelt es sich? Kernspintomographie

Die Qualität der ärztlichen Leistung ist nicht an der Bildqualität festzumachen.

Überflüssige Dokumentationen

Überprüfung der Änderung des Tumorstadiums bei den PET/CT-Untersuchungen. Wie bei anderen Untersuchungen sollte hier die Überprüfung der rechtfertigenden und GBA-konformen Indikation und die Qualität des Befundberichts im Vordergrund stehen.

z.B. Indikation zur pAVK, diese ist offiziell erst ab Stadium 2b gegeben, häufig bestehen aber schwer einzuordnende Beschwerden, so dass es auch Sinn macht, bei diesen Patienten eine Untersuchung zu machen, schließlich kann man einen Patienten mit Termin ja kaum unverrichteter Dinge zurückschicken.

Prüfinhalte ohne Relevanz: Um welche Prüfinhalte handelt es sich? Radiologie

Seitenzeichen-Prüfung

z.B. extremes Übergewicht der untersuchten Person

Messung d. Leitungsgeschwindigkeit i. d. Teleradiologie. Sollte es diese Problematik geben, ist die Dienstleistung nicht mgl., konsekutiv Vertrag nicht erfüllt! Lichtdichtemessungen der Monitore

falsch gelesen

Die Qualität der Befundung wird nur unzureichend geprüft bzw. bewertet.

Dabei handelt es sich um die Prüfkriterien, die sich mit der Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen beschäftigen. Da fast ausschließlich Digitaltechnik zur Anwendung kommt, ist die Beurteilung bzgl. kritischer Strukturen und wichtiger Bilddetails als Prüfkriterium entbehrlich und damit sinnlos, zumal damit im alten Bewertungsschema automatisch 6 Punkte generiert wurden.

Einstellung der Röntgenanlage durch Techniker

Die drei Kriterien: Kritische Bildmerkmale, Wichtige Bilddetails, Kritische Strukturen sind schwammig und nicht definiert.

technische Bildparameter: Einblendung, Zentrierung etc. bei Röntgenaufnahmen

Korrelation zur Diagnose durch Untersuchung zu Therapiekonsequenz in DXA nicht vorhanden- Gefahr der Strahlenexposition ohne adäquate therapeutische Konsequenz

Bildeinstellung ist primär Tätigkeit der MTRA und nicht ärztliche Leistung. Natürlich steht die korrekte Durchführung in der Verantwortung des Arztes, aber ein nicht optimal eingestelltes Röntgenbild ist kein Hinweis auf nicht optimale Qualität des Arztes.

Antworten	Es fehlen relevante Prüfinhalte zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	3	3,3%	3	9,7%	0	0,0%	0	0,0%
Trifft eher zu	10	10,9%	4	12,9%	1	5,6%	5	11,6%
Trifft eher nicht zu	48	52,2%	13	41,9%	13	72,2%	22	51,2%
Trifft überhaupt nicht zu	30	32,6%	10	32,3%	4	22,2%	16	37,2%
Keine Beurteilung möglich	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fehlende relevante Prüfinhalte: Um welche Prüfinhalte handelt es sich? Arthroskopie

keine definierten Prüfinhalte für OSG-, Hand- und Ellenbogenarthroskopien

Medizinisch richtige OP! Im Bereich der ASK kann man manuell z.B. den IM richtig resezieren, ohne dass er geschädigt gewesen ist. Es gäbe keine Punktreduktion.

Beurteilung der Güte des durchgeführten Eingriffs

Erfassung von systembezogenen Daten, z.B. Arthroskop usw.

qualitative Beurteilung der OP-Indikation, der pathologischen Befunde und der Qualität des therapeutischen Vorgehens

Indikation - fachliche Eignung (meniskuserhaltende Chirurgie etc.)

Krankenhäuser werden nicht geprüft.

Fehlende relevante Prüfinhalte: Um welche Prüfinhalte handelt es sich? Kernspintomographie

keine Angaben

Fehlende relevante Prüfinhalte: Um welche Prüfinhalte handelt es sich? Radiologie

Die ärztliche Leistung ist eigentlich der Befund, dieser spielt aber nur eine untergeordnete oder gar keine Rolle in der Bewertung.

Befundinhalt wird nur eingeschränkt hinterfragt.

Antworten	Die zu prüfenden Aspekte sind geeignet, die fachliche Qualität der ärztlichen Leistung zu beurteilen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	28	30,4%	8	25,8%	6	33,3%	14	32,6%
Trifft eher zu	56	60,9%	19	61,3%	11	61,1%	26	60,5%
Trifft eher nicht zu	7	7,6%	3	9,7%	1	5,6%	3	7,0%
Trifft überhaupt nicht zu	1	1,1%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Antworten	Die zu bewertenden Aspekte haben einen direkten Bezug zum Patientenwohl.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	33	35,9%	8	25,8%	7	38,9%	18	41,9%
Trifft eher zu	45	48,9%	16	51,6%	10	55,6%	19	44,2%
Trifft eher nicht zu	11	12,0%	5	16,1%	1	5,6%	5	11,6%
Trifft überhaupt nicht zu	2	2,2%	2	6,5%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%

Antworten	Die Gewichtung der Prüfbereiche gemäß Bewertungsschemata entspricht ihrer Bedeutung/Relevanz für das Patientenwohl.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	33	35,9%	8	25,8%	7	38,9%	18	41,9%
Trifft eher zu	45	48,9%	16	51,6%	10	55,6%	19	44,2%
Trifft eher nicht zu	11	12,0%	5	16,1%	1	5,6%	5	11,6%
Trifft überhaupt nicht zu	2	2,2%	2	6,5%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%

Antworten	Der Arzt kann alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel durch sein eigenes Handeln beseitigen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	43	46,7%	13	41,9%	12	66,7%	18	41,9%
Trifft eher zu	39	42,4%	14	45,2%	6	33,3%	19	44,2%
Trifft eher nicht zu	8	8,7%	4	12,9%	0	0,0%	4	9,3%
Trifft überhaupt nicht zu	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Beurteilung möglich	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%

Antworten	Die Beanstandungen verteilen sich ungefähr gleichmäßig über alle Prüfbereiche.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	8	8,7%	1	3,2%	4	22,2%	3	7,0%
Trifft eher zu	44	47,8%	21	67,7%	9	50,0%	14	32,6%
Trifft eher nicht zu	32	34,8%	8	25,8%	5	27,8%	19	44,2%
Trifft überhaupt nicht zu	4	4,3%	1	3,2%	0	0,0%	3	7,0%
Keine Beurteilung möglich	4	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	9,3%

Antworten	Die meisten Mängel/Beanstandungen sind in den folgenden Prüfbereichen zu finden: Arthroskopie (Mehrfachangaben möglich)				Die wenigsten Mängel/Beanstandungen sind in den folgenden Prüfbereichen zu finden: Arthroskopie (Mehrfachangaben möglich)			
	n=31				n=31			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Identifikation Arzt/Patient	0	0,0%	8	53,3%				
Medizinische Fragestellung/ Operationsgrund	5	29,4%	2	13,3%				
Schriftliche Dokumentation der Operation	4	23,5%	5	33,3%				
Bildliche Darstellung der Operation	8	47,1%	0	0,0%				
keine Angabe	22	71,0%	22	71,0%				

Antworten	Die meisten Mängel/Beanstandungen sind in den folgenden Prüfbereichen zu finden: Kernspintomographie (Mehrfachangaben möglich)		Die wenigsten Mängel/Beanstandungen sind in den folgenden Prüfbereichen zu finden: Kernspintomographie (Mehrfachangaben möglich)	
	n=18		n=18	
	n	%	n	%
Indikation	1	11,1%	3	37,5%
Untersuchungsvolumen	0	0,0%	3	37,5%
Messparameter	4	44,4%	0	0,0%
Kritische Bildelemente einschl. Bildidentifikation	3	33,3%	1	12,5%
Befundung	1	11,1%	1	12,5%
keine Angabe	13	72,2%	13	72,2%

Antworten	Die meisten Mängel/Beanstandungen sind in den folgenden Prüfbereichen zu finden: Radiologie (Mehrfachangaben möglich)		Die wenigsten Mängel/Beanstandungen sind in den folgenden Prüfbereichen zu finden: Radiologie (Mehrfachangaben möglich)	
	(n=43)		(n=43)	
	n	%	n	%
Indikation	10	22,2%	6	15,8%
Charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation	3	6,7%	6	15,8%
Wichtige Bilddetails (analog/digital)	5	11,1%	7	18,4%
Kritische Strukturen/kritische Bildelemente	2	4,4%	8	21,1%
Strahlenschutz	18	40,0%	2	5,3%
Befundung	7	15,6%	10	26,3%
keine Angabe	21	48,8%	21	48,8%

Antworten	Wieviel Zeit nimmt die Prüfung und Bewertung eines Leistungserbringers (12 Dokumentationen) durchschnittlich in Anspruch (Angabe in Stunden)?							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
Minimum	0		1		1		0	
Mittelwert	2		4		1		2	
Median	1		2		1		1	
Maximum	20		12		2		20	
0 Stunden	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%
1 Stunde	54	58,7%	9	29,0%	12	66,7%	33	76,7%
2 Stunden	17	18,5%	7	22,6%	6	33,3%	4	9,3%
3 Stunden	4	4,3%	3	9,7%	0	0,0%	1	2,3%
4 Stunden	3	3,3%	2	6,5%	0	0,0%	1	2,3%
5 Stunden	3	3,3%	2	6,5%	0	0,0%	1	2,3%
6 Stunden	5	5,4%	5	16,1%	0	0,0%	0	0,0%
über 6 Stunden	4	4,3%	3	9,7%	0	0,0%	1	2,3%

Antworten	Das gegenwärtige Prüfsystem ist ein effektives Instrument zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	19	20,7%	5	16,1%	5	27,8%	9	20,9%
Trifft eher zu	58	63,0%	21	67,7%	9	50,0%	28	65,1%
Trifft eher nicht zu	11	12,0%	4	12,9%	3	16,7%	4	9,3%
Trifft überhaupt nicht zu	3	3,3%	1	3,2%	0	0,0%	2	4,7%
Keine Beurteilung möglich	1	1,1%	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%

Antworten	Die Qualität der ärztlichen Leistung hat sich aus Ihrer Sicht seit Einführung der Qualitätsprüfungsrichtlinie (2007) verbessert.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=92		n=31		n=18		n=43	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	30	32,6%	7	22,6%	7	38,9%	16	37,2%
Trifft eher zu	38	41,3%	13	41,9%	6	33,3%	19	44,2%
Trifft eher nicht zu	6	6,5%	1	3,2%	2	11,1%	3	7,0%
Trifft überhaupt nicht zu	3	3,3%	1	3,2%	0	0,0%	2	4,7%
Keine Beurteilung möglich	15	16,3%	9	29,0%	3	16,7%	3	7,0%

Anhang C.1: Fragebogen geprüfte Fachärzte

Fragen	Beantwortungsmodus
<i>Zunächst möchten wir Sie bitten, einige Angaben zur Tätigkeit in Ihrem Leistungsbereich und vorangegangenen Qualitätsprüfungen zu machen.</i>	
In welchem Leistungsbereich sind Sie als Facharzt zuletzt geprüft worden?	<input type="checkbox"/> Arthroskopie <input type="checkbox"/> Radiologie (Röntgen/CT) <input type="checkbox"/> Kernspintomographie
Wie lange sind Sie schon als Facharzt in diesem Leistungsbereich tätig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Anzahl Jahre)
Wenn Sie Arthroskopien oder radiologische Diagnostik durchführen: In welchem Kalenderjahr fand eine Qualitätsprüfung bei Ihnen statt? (Bitte beachten Sie: Gemeint ist NICHT die Prüfung durch ärztliche Stellen)	<input type="checkbox"/> 2016 <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2016 und 2017
Wenn Sie Kernspintomographien durchführen: In welchem Kalenderjahr fand eine Qualitätsprüfung bei Ihnen statt? (Bitte beachten Sie: Gemeint ist NICHT die Prüfung durch ärztliche Stellen)	<input type="checkbox"/> 2014 <input type="checkbox"/> 2015 <input type="checkbox"/> 2014 und 2015
In welcher KV-Region sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> KV Bayerns <input type="checkbox"/> KV Berlin <input type="checkbox"/> KV Brandenburg <input type="checkbox"/> KV Bremen <input type="checkbox"/> KV Hamburg <input type="checkbox"/> KV Hessen <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen <input type="checkbox"/> KV Nordrhein <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz <input type="checkbox"/> KV Saarland <input type="checkbox"/> KV Sachsen <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt <input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein <input type="checkbox"/> KV Thüringen <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe
Wenn Sie schon zu einem früheren als dem oben genannten Zeitraum geprüft wurden, bitte geben Sie an, wie oft Sie geprüft wurden.	<input type="checkbox"/> (Anzahl)
<i>Die folgenden Fragen richten sich auf die Qualitätsanforderungen in Ihrem Leistungsbereich.</i>	
Ich wusste, dass es Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung gibt, bevor ich erstmals geprüft wurde (Bitte beachten Sie: Gemeint ist NICHT die Prüfung durch ärztliche Stellen).	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Welche Informationsquellen nutzen Sie, um sich über die Qualitätsanforderungen in Ihrem Leistungsbereich zu informieren?	(Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Qualitätsbeurteilungsrichtlinie <input type="checkbox"/> Richtlinien & andere gesetzliche Vorgaben <input type="checkbox"/> Medizinische Leitlinien <input type="checkbox"/> Fachliteratur <input type="checkbox"/> Infoveranstaltungen der KV <input type="checkbox"/> Infomaterialien der KV <input type="checkbox"/> Sonstiges

Fragen	Beantwortungsmodus
Die Anforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie haben bereits vor der Prüfung dazu beigetragen, die Qualität meiner Behandlungen zu verbessern (Indikationsstellung, Befundung usw.).	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie haben die Qualität meiner Dokumentationen verbessert.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie entsprechen nach meiner Ansicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien).	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Bei Antwort „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“: Bei welchen Anforderungen sehen Sie relevante Abweichungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft?</i>	Offene Frage
<i>Die nachfolgenden Fragen sollen erfassen, wie Sie die Qualitätsprüfung wahrgenommen haben.</i>	
Die im Rahmen der Stichprobenprüfung angeforderten Unterlagen sind geeignet, meine fachliche Qualität zu beurteilen (Bitte beachten Sie: Gemeint ist NICHT die Prüfung durch ärztliche Stellen).	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Infolge einer Stichprobenprüfung hat sich mein ärztliches Handeln verbessert (unabhängig vom konkreten Ergebnis der Prüfung). (Bitte beachten Sie: Gemeint ist NICHT die Prüfung durch ärztliche Stellen).	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Infolge von Beanstandungen hat sich mein ärztliches Handeln verbessert.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
Infolge von Beanstandungen hat sich mein Dokumentationsverhalten verbessert.	<input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich
<i>Die folgenden Fragen sollen erfassen, welche Auswirkung eventuell veranlasste Maßnahmen auf Ihr ärztliches Handeln hatten.</i>	Offene Frage
Welche Maßnahme(n) wurden bei Ihnen infolge der Prüfung ggf. veranlasst?	(Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Es wurden keine Maßnahmen veranlasst <input type="checkbox"/> Schriftliche Empfehlung o. Verpflichtung mit oder ohne Beratungsgespräch <input type="checkbox"/> Nichtvergütung und Rückforderung bereits

Fragen	Beantwortungsmodus
<p>Wenn Maßnahmen veranlasst wurden: Die Maßnahme(n) waren geeignet, die Qualität meiner Arbeit zu verbessern.</p>	<p>geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen</p> <p><input type="checkbox"/> Fortsetzung des Prüfverfahrens</p> <p><input type="checkbox"/> Praxisbegehung</p> <p><input type="checkbox"/> Kolloquium</p> <p><input type="checkbox"/> Widerruf der Genehmigung</p> <p><input type="checkbox"/> Genehmigung mit Auflagen</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>
<p>Es war mir möglich, alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel persönlich zu beseitigen. Alle Probleme lagen in meinem Verantwortungsbereich.</p>	<p><input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>
<p><i>Die folgende Frage bezieht sich auf den zeitlichen Aufwand für die Qualitätsprüfung.</i></p>	
<p>Wieviel Zeit hat die Zusammenstellung der 12 geforderten Dokumentationen insgesamt in Anspruch genommen?</p>	<p>ca. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Stunden</p>
<p><i>Mit der abschließenden Frage möchten wir Ihre Gesamteinschätzung der Qualitätsprüfung erfahren.</i></p>	
<p>Das Prüfverfahren ist aus meiner Sicht geeignet, die Qualität der ärztlichen Versorgung sicherzustellen und zu verbessern.</p>	<p><input type="checkbox"/> Trifft voll und ganz zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft überhaupt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Beurteilung möglich</p>

Anhang C.2: Ergebnisse der Befragung der geprüften Fachärzte

Antworten	In welchem Leistungsbereich sind Sie als Facharzt zuletzt geprüft worden (n=325)?	
	n	%
Arthroskopie	91	28,0%
Kernspintomographie	38	60,3%
Radiologie (Röntgen/CT)	196	11,7%

	Wie lange sind Sie schon als Facharzt in diesem Leistungsbereich tätig (Angabe in Jahren)?			
	gesamt	Arthroskopie	Kernspintomographie	Radiologie
	n=325	n=91	n=38	n=196
Minimum	3	3	8	4
Mittelwert	18	17	17	18
Median	18	17	17	19
Maximum	45	45	32	43

Antworten	Wenn Sie Arthroskopien oder radiologische Diagnostik durchführen: In welchem Kalenderjahr fand eine Qualitätsprüfung bei Ihnen statt (n=287)?	
	n	%
2016	66	23,0%
2017	117	40,8%
2016 und 2017	86	30,0%
keine Angabe	18	6,3%

Antworten	Wenn Sie Kernspintomographien durchführen: In welchem Kalenderjahr fand eine Qualitätsprüfung bei Ihnen statt (n=38)?	
	n	%
2014	7	18,4%
2015	15	39,5%
2014 und 2015	14	36,8%
keine Angabe	2	5,3%

Antworten	In welcher KV-Region sind Sie tätig?							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
KV Baden-Württemberg	156	48,0%	36	39,6%	27	71,1%	93	47,4%
KV Bayerns	20	6,2%	5	5,5%	0	0,0%	15	7,7%
KV Berlin	13	4,0%	1	1,1%	0	0,0%	12	6,1%
KV Brandenburg	4	1,2%	4	4,4%	0	0,0%	0	0,0%
KV Bremen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
KV Hamburg	5	1,5%	1	1,1%	1	2,6%	3	1,5%
KV Hessen	20	6,2%	8	8,8%	1	2,6%	11	5,6%
KV Mecklenburg-Vorpommern	6	1,8%	3	3,3%	1	2,6%	2	1,0%
KV Niedersachsen	14	4,3%	9	9,9%	1	2,6%	4	2,0%
KV Nordrhein	13	4,0%	12	13,2%	0	0,0%	1	0,5%
KV Rheinland-Pfalz	11	3,4%	0	0,0%	1	2,6%	10	5,1%
KV Saarland	4	1,2%	3	3,3%	1	2,6%	0	0,0%
KV Sachsen	14	4,3%	5	5,5%	0	0,0%	9	4,6%
KV Sachsen-Anhalt	5	1,5%	0	0,0%	1	2,6%	4	2,0%
KV Schleswig-Holstein	6	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	6	3,1%
KV Thüringen	6	1,8%	3	3,3%	1	2,6%	2	1,0%
KV Westfalen Lippe	28	8,6%	1	1,1%	3	7,9%	24	12,2%

Antworten	Wenn Sie schon zu einem früheren als dem oben genannten Zeitraum geprüft wurden, bitte geben Sie an, wie oft Sie geprüft wurden.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=193		n=48		n=18		n=127	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	36	18,7%	16	33,3%	4	22,2%	16	12,6%
2	47	24,4%	16	33,3%	3	16,7%	28	22,0%
3	30	15,5%	8	16,7%	4	22,2%	18	14,2%
4	25	13,0%	5	10,4%	2	11,1%	18	14,2%
5	31	16,1%	2	4,2%	2	11,1%	27	21,3%
6	4	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	3,1%
7	6	3,1%	0	0,0%	1	5,6%	5	3,9%
8	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
10	9	4,7%	0	0,0%	1	5,6%	8	6,3%
12	3	1,6%	0	0,0%	1	5,6%	2	1,6%
15	1	0,5%	1	2,1%	0	0,0%	0	0,0%

Antworten	Welche Informationsquellen nutzen Sie, um sich über die Qualitätsanforderungen in Ihrem Leistungsbereich zu informieren? (Mehrfachantworten möglich)							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsbeurteilungsrichtlinie	152	46,8%	40	44,0%	23	60,5%	89	45,4%
Richtlinien & andere gesetzliche Vorgaben	173	53,2%	33	36,3%	22	57,9%	118	60,2%
Medizinische Leitlinien	179	55,1%	47	51,6%	20	52,6%	112	57,1%
Fachliteratur	161	49,5%	46	50,5%	23	60,5%	92	46,9%
Infoveranstaltungen der KV	53	16,3%	11	12,1%	2	5,3%	40	20,4%
Infomaterialien der KV	162	49,8%	59	64,8%	17	44,7%	86	43,9%
Sonstiges	23	7,1%	4	4,4%	5	13,2%	14	7,1%
Angaben unter „Sonstiges“								
			Fortbildungen/ Kongresse		Fortbildungen/ Kongresse		Fortbildungen/ Kongresse	
			Berufsverband		Richtlinien/ Verordnungen		Berufsverband	
			Internet		Geschäftsführung		Kollegengespräche	
							Techniker Röntgen	
							Richtlinien/ Verordnungen	
							Prüfungsergebnisse Ärztliche Stelle	
							Qualitätszirkel	

Antworten	Die Anforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie haben bereits vor der Prüfung dazu beigetragen, die Qualität meiner Behandlungen zu verbessern (Indikationsstellung, Befundung usw.)							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	86	26,5%	20	22,0%	13	34,2%	53	27,0%
Trifft eher zu	92	28,3%	25	27,5%	7	18,4%	60	30,6%
Trifft eher nicht zu	76	23,4%	19	20,9%	11	28,9%	46	23,5%
Trifft überhaupt nicht zu	61	18,8%	27	29,7%	6	15,8%	28	14,3%
Keine Beurteilung möglich	10	3,1%	0	0,0%	1	2,6%	9	4,6%

Antworten	Die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie haben die Qualität meiner Dokumentationen verbessert.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	69	21,2%	19	20,9%	9	23,7%	41	20,9%
Trifft eher zu	122	37,5%	33	36,3%	15	39,5%	74	37,8%
Trifft eher nicht zu	84	25,8%	26	28,6%	8	21,1%	50	25,5%
Trifft überhaupt nicht zu	43	13,2%	13	14,3%	5	13,2%	25	12,8%
Keine Beurteilung möglich	7	2,2%	0	0,0%	1	2,6%	6	3,1%

Antworten	Die Qualitätsanforderungen der Qualitätsbeurteilungsrichtlinie entsprechen nach meiner Ansicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (den aktuellen medizinischen Leitlinien).							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	102	31,4%	27	29,7%	10	26,3%	65	33,2%
Trifft eher zu	162	49,8%	50	54,9%	18	47,4%	94	48,0%
Trifft eher nicht zu	32	9,8%	8	8,8%	6	15,8%	18	9,2%
Trifft überhaupt nicht zu	9	2,8%	3	3,3%	0	0,0%	6	3,1%
Keine Beurteilung möglich	20	6,2%	3	3,3%	4	10,5%	13	6,6%

Bei welchen Anforderungen sehen Sie relevante Abweichungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft? Arthroskopie

Bilddokumentation, Darstellungsanforderungen der Gutachter

Es gibt überhaupt keinen Sinn, tätige Ärzte zu prüfen!!!! Die Prüfung soll vor der Zulassung als Facharzt stattfinden.

Anforderungen an Bilddokumentation, Beurteilung der Bilder durch die von der KV bestellten Gutachter!!!!

Bilddokumentation

Die Qualitätsrichtlinien haben in meinem Fall nichts mit Wissenschaft zu tun, sondern betreffen den Ablauf.

Seit Jahren verfasse ich einen umfangreichen OP-Bericht und speichere die relevanten Bilder. Inzwischen soll man einen Lehrfilm für Berufsanfänger speichern bzw. dokumentieren. Es kann nicht sein, dass alle Schritte wie in einer OP-Anleitung wie beispielsweise bei Arthrex(R) dargestellt werden sollen. Die Bilder geben auch nur Anhalte für das therapeut. Vorgehen wieder.

Anforderungen bzgl. der Bilddokumentation, welche KV-Gutachter stellen, entsprechen nicht den eigentlichen Leitlinien

Bilddokumentation nicht digital möglich.

Bei welchen Anforderungen sehen Sie relevante Abweichungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft? Kernspintomographie

Festlegung auf 4-6 MRT-Sequenzen nicht immer zeitgemäß

Die Qualität der Geräte ist sowieso fortschrittlicher und die Anforderungen an die Indikation entsprechen nicht mehr der Wirklichkeit.

Qualität einer MRT-Untersuchung ist nicht abhängig von der Anzahl der angefertigten Sequenzen.

Durch neuere Technik (3D) könnte man mit weniger Messungen auskommen bei gleichem oder besserem Ergebnis.

MRT Sequenzen nicht adäquat, z.B. dwi, T2* etc. fehlen und werden nicht von KV bezahlt.

MRT Mamma

Bei welchen Anforderungen sehen Sie relevante Abweichungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft? Radiologie

Zitierung der Leitlinien unzureichend. Wissenschaftliche Literatur wird nicht zur Kenntnis genommen. Verständnisprobleme der ärztlichen Stellen in der Bewertung der Methoden. Fehlende ärztliche Kompetenz.

v.a. Abweichungen zu den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften, technische Entwicklungen der letzten 15-20 Jahre sind in aller Regel nicht berücksichtigt

die Anforderungen an Röntgen-Bild-Darstellung der Richtlinien sind theoretische und in der Praxis am schmerzgeplagten Patient mit frischem Unfall nicht immer einhaltbar

Bei den formalen Anforderungen an die Befundgestaltung.

Die Richt- und Leitlinien sind zum Teil praxisfern.

Hier wird nur versucht, Teilradiologen zu quälen!

Das Wirtschaftlichkeitsgebot kollidiert mit Leitlinien

medizinische Fragestellung und Richtlinien sind nicht immer miteinander vereinbar.

Rechtfertigende Indikation wurde völlig falsch beurteilt und erst nach meinem mehrfachen Widerspruch mit eigenen Gegengutachten anerkannt. Willkür und Unkenntnis der Prüfer.

Röntgenuntersuchungen werden von Kliniken trotz vorhandener hoch qualitativer Bilder erneut durchgeführt! Bemängelt niemand. CD und USB-Sticks einzulesen und zu verwerfen ist nicht möglich, da Virengefahr und: Meist mit Warnung versehen: Nicht für diagnostische Zwecke also keine Zweitmeinung zu digitalen Aufnahmen per CD rechtlich möglich. Papierausdrucke auf DIN A4 Format !! werden regelmäßig mitgebracht. Qualität ??? Die Beurteilung und Kritik an eingelebten Rändern ist strahlenshygienisch gesehen nicht gerechtfertigt und muss überarbeitet werden. ...

Einige Untersuchungen, z.B. MRT Prostata, sind im Leistungskatalog nicht abgebildet und erfordern so eine Doppeluntersuchung, um Patienten nach dem Stand der Wissenschaft untersuchen zu können; möchte man auch noch den überholten S3-Leitlinien in diesem Fall Genüge tun, so ist eine noch aufwändigere Untersuchung mit sinnlosen Sequenzen notwendig. Darunter leidet die Bildqualität, da die Untersuchung zu lang wird und die Patienten nicht mehr ruhig liegen können.

Berücksichtigung finden ausschließlich Kriterien des Gebiets Radiologie, nicht die spezifischen Kriterien meines Fachgebiets

Die Orientierungshilfe entspricht nicht dem aktuellen Stand der Medizin, und steht in verschiedenen Widersprüchen zu AWMF Leitlinien und speziellen Publikationen einzelner Fachbereiche, wird/wurde von der KV Berlin aber als verbindlich betrachtet. In den Kommissionen sitzen Kollegen der Großpraxen in Berlin, die über die Qualitätssicherung verdeckt Politik machen. Z.B. befangene Prüfer, die Gerichtsverfahren mehrfach verloren haben, wurden von der KV verdeckt wiederholt in denselben Verfahren eingesetzt, was natürlich immer zum Durchfallen in den Prüfungen führt. >> Verfahren im Sozialgericht. Die Beurteilungen der KV Berlin Qualitätssicherung stehen im Gegensatz zu Gutachten von Beratern der Bundesärztekammer im Strahlenschutz und den renommiertesten Radiologen Strahlenschützern Deutschlands. Schauen Sie sich die Veröffentlichungen der Daten der Durchfallquoten in Berlin in der QS-Prüfung CT und Röntgen in den Veröffentlichungen an, und fragen Sie sich, wieso Berlin davon so massiv abweicht. Alles nur pars pro toto für die Bananenrepublik Berlin im Mantel der Qualitätssicherung. Um den Vorgaben der Qualitätssicherung zu entsprechen, wird bewusst auf bestimmte Untersuchungen verzichtet entsprechend der aktuellen Literatur und schlechtere Untersuchungen gemacht, um vor der Qualitätssicherung nicht angreifbar zu sein!

Willkürliche Anwendung der Richtlinien durch Kommissionen, in denen Mitglieder konkurrierender Praxen sitzen. Nur mit dem Ziel, andere Praxen zu schädigen. Als Arzt bin ich auch ohne diese Prüfungen ständig bemüht, die Qualität meiner Arbeit auf dem Stand der Zeit zu halten.

Im Zeitalter von digitaler Radiographie und extrem niedriger Strahlendosis sowie budgetierter Leistungen sowie Arbeitsdichte völliger Quatsch

QRL KST deckt sich kaum noch mit den Empfehlungen der Fachgesellschaften und dem technischen Stand der Geräte

die Qualität der Arbeit wird nicht beurteilt, lediglich, ob die Dokumentation vollständig ist oder z.B. ein Ellenbogen in 90° gebeugt geröntgt wurde.

Antworten	Die im Rahmen der Stichprobenprüfung angeforderten Unterlagen sind geeignet, meine fachliche Qualität zu beurteilen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	73	22,5%	8	8,8%	12	31,6%	53	27,0%
Trifft eher zu	113	34,8%	37	40,7%	15	39,5%	61	31,1%
Trifft eher nicht zu	90	27,7%	24	26,4%	7	18,4%	59	30,1%
Trifft überhaupt nicht zu	47	14,5%	22	24,2%	4	10,5%	21	10,7%
Keine Beurteilung möglich	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%

Antworten	Infolge einer Stichprobenprüfung hat sich mein ärztliches Handeln verbessert (unabhängig vom konkreten Ergebnis der Prüfung).							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	34	10,5%	7	7,7%	4	10,5%	23	11,7%
Trifft eher zu	74	22,8%	16	17,6%	11	28,9%	47	24,0%
Trifft eher nicht zu	112	34,5%	23	25,3%	14	36,8%	75	38,3%
Trifft überhaupt nicht zu	96	29,5%	43	47,3%	8	21,1%	45	23,0%
Keine Beurteilung möglich	9	2,8%	2	2,2%	1	2,6%	6	3,1%

Antworten	Falls es zu Beanstandungen an Ihren Dokumentationen kam: Ich konnte die Bewertung der Beanstandungen (gering/erheblich/schwerwiegend) fachlich nachvollziehen.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	49	15,1%	11	12,1%	6	15,8%	32	16,3%
Trifft eher zu	98	30,2%	24	26,4%	14	36,8%	60	30,6%
Trifft eher nicht zu	63	19,4%	18	19,8%	5	13,2%	40	20,4%
Trifft überhaupt nicht zu	32	9,8%	15	16,5%	1	2,6%	16	8,2%
Keine Beurteilung möglich bzw. es gab keine Beanstandungen	83	25,5%	23	25,3%	12	31,6%	48	24,5%

Antworten	Infolge von Beanstandungen hat sich mein ärztliches Handeln verbessert.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	36	11,1%	5	5,5%	6	15,8%	25	12,8%
Trifft eher zu	65	20,0%	17	18,7%	8	21,1%	40	20,4%
Trifft eher nicht zu	80	24,6%	16	17,6%	11	28,9%	53	27,0%
Trifft überhaupt nicht zu	69	21,2%	33	36,3%	3	7,9%	33	16,8%
Keine Beurteilung möglich bzw. es gab keine Beanstandungen	75	23,1%	20	22,0%	10	26,3%	45	23,0%

Antworten	Infolge von Beanstandungen hat sich mein Dokumentationsverhalten verbessert.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	60	18,5%	19	20,9%	10	26,3%	31	15,8%
Trifft eher zu	111	34,2%	31	34,1%	11	28,9%	69	35,2%
Trifft eher nicht zu	48	14,8%	12	13,2%	4	10,5%	32	16,3%
Trifft überhaupt nicht zu	34	10,5%	12	13,2%	2	5,3%	20	10,2%
Keine Beurteilung möglich bzw. es gab keine Beanstandungen	72	22,2%	17	18,7%	11	28,9%	44	22,4%

Antworten	Welche Maßnahme(n) wurden bei Ihnen infolge der Prüfung ggf. veranlasst? (Mehrfachangaben möglich)							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Es wurden keine Maßnahmen veranlasst	214	65,8%	53	58,2%	33	86,8%	128	65,3%
Schriftliche Empfehlung/ Verpflichtung mit oder ohne Beratungsgespräch	78	24,0%	29	31,9%	3	7,9%	46	23,5%
Nichtvergütung & Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen	24	7,4%	13	14,3%	1	2,6%	10	5,1%
Fortsetzung des Prüfverfahrens	19	5,8%	2	2,2%	1	2,6%	16	8,2%
Praxisbegehung	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Kolloquium	6	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	6	3,1%
Widerruf der Genehmigung	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%
Genehmigung mit Auflagen	7	2,2%	2	2,2%	0	0,0%	5	2,6%

Antworten	Die Maßnahme(n) waren geeignet, die Qualität meiner Arbeit zu verbessern.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=111		n=38		n=5		n=68	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	16	14,4%	2	5,3%	1	20,0%	13	19,1%
Trifft eher zu	34	30,6%	14	36,8%	0	0,0%	20	29,4%
Trifft eher nicht zu	34	30,6%	7	18,4%	3	60,0%	24	35,3%
Trifft überhaupt nicht zu	25	22,5%	15	39,5%	1	20,0%	9	13,2%
Keine Beurteilung möglich	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,9%

Antworten	Es war mir möglich, alle in einer Prüfung beanstandeten Mängel persönlich zu beseitigen (alle Probleme lagen in meinem Verantwortungsbereich).							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	104	32,0%	24	26,4%	14	36,8%	66	33,7%
Trifft eher zu	77	23,7%	23	25,3%	8	21,1%	46	23,5%
Trifft eher nicht zu	29	8,9%	10	11,0%	1	2,6%	18	9,2%
Trifft überhaupt nicht zu	18	5,5%	8	8,8%	1	2,6%	9	4,6%
Keine Beurteilung möglich	97	29,8%	26	28,6%	14	36,8%	57	29,1%

Antworten	Wieviel Zeit hat die Zusammenstellung der 12 geforderten Dokumentationen insgesamt in Anspruch genommen (Angabe in Stunden)?							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Minimum	0		1		1		0	
Mittelwert	5		4		3		6	
Median	3		3		2		3	
Maximum	120		120		15		100	
0 Stunden	3	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%
1 Stunde	51	15,7%	20	22,0%	6	15,8%	25	12,8%
2 Stunden	89	27,4%	22	24,2%	17	44,7%	50	25,5%
3 Stunden	61	18,8%	20	22,0%	8	21,1%	33	16,8%
4 Stunden	31	9,5%	9	9,9%	2	5,3%	20	10,2%
5 Stunden	21	6,5%	6	6,6%	0	0,0%	15	7,7%
6 Stunden	23	7,1%	9	9,9%	3	7,9%	11	5,6%
7 Stunden	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%
8 Stunden	11	3,4%	1	1,1%	1	2,6%	9	4,6%
10 Stunden	11	3,4%	1	1,1%	0	0,0%	10	5,1%
12 Stunden	7	2,2%	2	2,2%	0	0,0%	5	2,6%
15 Stunden und mehr	15	4,6%	1	1,1%	1	2,6%	13	6,6%

Antworten	Das Prüfverfahren ist aus meiner Sicht geeignet, die Qualität der ärztlichen Versorgung sicherzustellen und zu verbessern.							
	gesamt		Arthroskopie		Kernspintomographie		Radiologie	
	n=325		n=91		n=38		n=196	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trifft voll und ganz zu	71	21,8%	14	15,4%	11	28,9%	46	23,5%
Trifft eher zu	110	33,8%	27	29,7%	15	39,5%	68	34,7%
Trifft eher nicht zu	84	25,8%	29	31,9%	9	23,7%	46	23,5%
Trifft überhaupt nicht zu	51	15,7%	20	22,0%	2	5,3%	29	14,8%
Keine Beurteilung möglich	9	2,8%	1	1,1%	1	2,6%	7	3,6%

Anhang D.1: Protokoll Ergebnisworkshop Arthroskopie

Datum	Uhrzeit	Ort
24.08.2020	15.00-19.00 Uhr	Online-Meeting via Zoom

Teilnehmer

Christopher Arndt (KV Westfalen-Lippe), Thorben Breitkreuz (aQua), Björn Broge (aQua), Dr. Carl-Christian Büll (QS-Kommission KV Schleswig-Holstein, ab 16.15 Uhr), Katja Heinze (KBV), Ruth Lingnau (aQua), Frank Michel (KBV), Dr. Robin Möhring (Facharzt KV Nordrhein), Daniela Nagel (KV Westfalen-Lippe), Dr. Stephan Pietsch (QS-Kommission KV Thüringen), Dr. Gerd Rauch (QS-Kommission KV Hessen, ab 18 Uhr), Carina Stammann (aQua), Dr. Gerald Willms (aQua), Dr. Alexander Ziegert (Facharzt KV Sachsen), Conny Zimmermann (KV Sachsen-Anhalt)

Thema	Ergebnis
Beanstandungsquoten im Leistungsbereich Arthroskopie	<p><i>aQua thematisiert mit Blick auf teilweise sehr hohe Beanstandungsquoten vor allem eine erhebliche Heterogenität der Beanstandungsquoten sowohl im zeitlichen Verlauf als auch zwischen den einzelnen KVen; aQua verweist auch auf die teilweise geringen Fallzahlen, die einen Vergleich aller Ergebnisse aus methodischen Gründen nicht zulassen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertungen sind individuell und deswegen letztlich auch nicht unabhängig vom prüfenden Arzt zu sehen, was v.a. die Streuung erklärt. ▪ Erhebliche und schwerwiegende Beanstandungen seien aufgrund der Bewertungsvorgaben oft bereits bei wenig patientenrelevanten Versäumnissen auszusprechen (z.B. fehlende Patienten-ID), was die hohe Anzahl von Beanstandungen erkläre. ▪ TN sehen in den gezeigten Auswertungen hinsichtlich der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen insgesamt einen positiven Trend (über den Zeitverlauf) und eine Glättung über die KVen hinweg – Prüfinstrumentarium wird als lernendes System auf der Basis von Erfahrungen gesehen: Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Einheitlichkeit - Bewertungsgrundlagen wurden angepasst, Verbesserung der Informationsweitergabe an Ärzte, die aufgrund von Informationsmangel häufig nicht wussten, welche Unterlagen einzureichen waren. ▪ TN betonen, dass durch die neue QBA-RL viele Problemquellen eliminiert werden.
Maßnahmen der Qualitätsförderung	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätsförderung, v.a. die Tatsache, dass Praxisbegehungen von keiner KV genutzt werden.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praxisbegehungen werden als „letztes Mittel“ gesehen, weil: <ol style="list-style-type: none"> 1. dies von Praxen nicht als Qualitätsförderung, sondern eher als Maßnahme des Misstrauens gesehen werde; 2. weil es ein hoheitlicher Verwaltungsakt und deswegen auch unangemessen aufwendig sei; 3. weil dies auch verwaltungstechnisch relativ sei und ggf. Widerspruchsverfahren begünstige. ▪ Praxisbegehungen werden im Leistungsbereich Arthroskopie als nicht angemessen betrachtet, weil <ol style="list-style-type: none"> 4. es in der Prüfung nicht um die Prüfung der praktischen Abläufe bzw. der OP gehe, sondern um die Dokumentation (des Prozesses); 5. aufgezeigte, auch erhebliche oder schwerwiegende Mängel der Dokumentation nicht patientengefährdend sind; 6. in einem schriftlichen Bescheid alle Mängel hinreichend adressiert werden können; 7. das Verfahren auch auf ehrenamtlicher Arbeit der QS-Kommissionsärzte basiere, für die ein entsprechender Mehraufwand anfallt.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den Berichtsdaten wird nicht zwischen „schriftlicher Empfehlung“ und „schriftlicher Verpflichtung“ unterschieden, dies ist aber für die KVen ein (großer) Unterschied, weil die „Verpflichtung“ zur Mängelbeseitigung bereits eine erhebliche Maßnahme sei. ▪ In den Berichtsdaten wird nicht dokumentiert, dass das persönliche Gespräch (zwischen geprüfem Facharzt und QS-Kommission) sehr oft genutzt wird – und sich als sehr effektiv erwiesen hat. ▪ Das persönliche Gespräch sei „in bestimmten Fällen“ auch wegen seiner direkten und persönlichen Art dem formalen Kolloquium vorzuziehen.
<p>Kriterienbezogene Prüfungen</p>	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Anwendung kriterienbezogener Prüfungen, v.a. dass dieses Mittel sehr selten oder teilweise nie angewendet wird.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Diskrepanz zwischen der Anzahl der tatsächlich durchgeführten kriterienbezogenen Prüfungen und der Anzahl der erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen kann nicht nachvollzogen werden: Kriterienbezogene Prüfungen werden grundsätzlich bei Beanstandungen der Stufe 3 (erheblich) und Stufe 4 (schwerwiegend) durchgeführt; es wird vermutet, dass die übermittelten bzw. berichteten Zahlen für kriterienbezogenen Prüfungen nicht stimmen. ▪ Zukünftig werde die verpflichtende Initialprüfung für alle Ärzte mit neuer Genehmigung die scheinbare Problematik abmildern. ▪ Als mögliche Gründe für das tatsächliche Nichtstattfinden von kriterienbezogenen Prüfungen wurde genannt (Einzelfälle): <ol style="list-style-type: none"> 1. Vertragsarztstätigkeit wurde beendet 2. arthroskopische Leistungen werden nicht mehr abgerechnet 3. Genehmigungsrückgabe durch Ärzte 4. Widerspruchsverfahren läuft
<p>Aktualität (Wissenschaftlichkeit) der QBA-RL</p>	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Beurteilung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens durch befragte Ärzte (Qualitätssicherungszweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 der QP-RL)</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN bewerten den Anteil der Befragten, die angeben, dass die Vorgaben der QBA-RL dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, als erfreulich hoch („extreme Zustimmungsrate“). ▪ Wissenschaftlichkeit bzw. Aktualität des Wissensstandes wird fortlaufend auch in G-BA-Beratungen berücksichtigt. ▪ Aktuelle Leitlinien – soweit existierend (nicht für alle OPs gebe es LL) – werden auch von KVen und Berufsverbänden angesprochen und diskutiert. ▪ Für die Indikationsstellung gebe es grundsätzlich keine LL-Vorgaben, sie seien aber Teil der Prüfung und explizit auf Wunsch des GKV-SV aufgenommen (und in der neuen QBA-RL sei dies explizit berücksichtigt). ▪ Auch für bspw. OP-Berichte gebe es keine (wissenschaftlichen) inhaltlichen Vorgaben. ▪ Bewertungen entstehen aus einem Diskussionsprozess verschiedener Ärzte (auch unterschiedliche Altersgruppen) der QS-Kommission, so dass auch das Wissen stetig aktualisiert bzw. überprüft wird (Neue Standards setzen sich langsam durch und werden dann in die Prüfungen integriert). ▪ Die zu prüfenden Dokumentationsparameter sind nach Ansicht der TN aktuell und treffen damit den Fokus der Dokumentationsprüfung.
<p>Geeignetheit der Prüfung zur Sicherung/Feststellung der Fachlichkeit</p>	<p><i>aQua thematisiert die Geeignetheit der Prüfung zur Beurteilung der Fachlichkeit des ärztlichen Handelns (Qualitätssicherungszweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 der QP-RL)</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Rücklaufquote wird von den TN als ungenügend interpretiert und es wird ein erheblicher Antwortbias seitens der geprüften Ärzte vermutet: „schlechte“ Ergebnisse in der Befragung der Fachärzte könnten dadurch begründet sein, dass sich typischerweise jene an der Befragung beteiligen, die dem Verfahren kritisch gegenüberstehen. ▪ Die Prüfung sei nicht geeignet, Fachlichkeit „als Ganzes“ zu beurteilen: Sie beurteilt die Qualität der Dokumentation bzw. auch der Organisation der Prozesse, was nur einen Teil der Fachlichkeit abbilde.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachliche Qualität könne letztlich nur „live“ beurteilt werden, dies erkläre auch den hohen Anteil der Ärzte, die angeben, dass die Unterlagen nicht geeignet sind, die fachliche Qualität zu beurteilen. ▪ Aspekte, wie z.B. die kontinuierliche Betreuung von und der Umgang mit Patienten, könnten ebenso nicht in der Prüfung abgebildet werden. ▪ Allerdings: Die angeforderten Unterlagen vermittelten als Surrogat-Parameter dennoch einen geeigneten Eindruck von der Fachlichkeit des geprüften Arztes. ▪ Fachliche Qualität sei als Begrifflichkeit besser zu definieren und dahingehend zu operationalisieren.
Effektivität des Prüfinstrumentes	<p>aQua thematisiert die Effektivität des Prüfinstrumentes, insbesondere mit Blick auf die Relevanz und Geeignetheit der Prüfbereiche und -inhalte hinsichtlich des Patientenwohls.</p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfbereiche seien im G-BA bzw. insbesondere auch in Zusammenarbeit mit GKV-SV abgestimmt. ▪ TN bestätigen die Ineffektivität einzelner Aspekte der alten QBA-RL, diese seien aber weitgehend in der neuen QBA-RL beseitigt: So widme sich die neue QBA-RL dezidiert dem Thema und enthalte differenziertere und erweiterte Prüfinhalte, v.a. die Indikation stehe weit mehr im Fokus. ▪ Laut KBV wurden auch die Dokumentationsinhalte für die neue QBA-RL mit den Krankenkassen und dem G-BA abgestimmt, mit dem Ergebnis, dass alle Inhalte relevant seien. ▪ Patientenwohl könne nur durch die Prüfung indirekt beeinflusst werden – aber wenn Ärzte geprüft und Missstände beseitigt würden, diene dies dem Patientenwohl.
Aufwand	<p>aQua thematisiert den Aufwand der Prüfung, vor allem hinsichtlich teilweise großer Abweichungen von Durchschnittswerten.</p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr hoher zeitlicher Aufwand einiger KV-Geschäftsstellen und QS-Kommissionen kann von den TN nicht nachvollzogen werden. TN mutmaßen, dass die Befragten ein unterschiedliches Verständnis darüber hatten, welche Prozesse unter die Fragen zum zeitlichen Aufwand zu subsumieren sind. ▪ Zeitlicher Aufwand der QS-Kommissionen könne durchaus variieren, oftmals sei dies abhängig von der Art der Übermittlung der Dokumente (z.B. wurden vereinzelt VHS-Kassetten geliefert). ▪ Soweit es die Aussagen der geprüften Ärzte betreffe, sei im Bericht an den G-BA das Projekt des Nationalen Normenkontrollrats „Mehr Zeit für Behandlung“ zu berücksichtigen – dort sei aufgeführt, wie viel Zeit für die Zusammenstellung der Unterlagen durch die Fachärzte gebraucht werde.
Geeignetheit des Prüfinstrumentes zur Qualitätssicherung und -verbesserung	<p>aQua thematisiert den Nutzen des Prüfverfahrens zur Erreichung des Qualitätssicherungs- und Förderungszweckes.</p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit Hinblick auf die schlechte Bewertung des Verfahrens wird Antwortbias der geprüften Ärzte vermutet: „Schlechte“ Ergebnisse in der Befragung der Fachärzte könnten dadurch begründet sein, dass sich typischerweise jene an der Befragung beteiligen, die dem Verfahren kritisch gegenüberstehen (Wiederholung!). Im Einzelnen dennoch: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfungen beziehen sich auf die Dokumentation und nicht auf das ärztliche Handeln (Schäden am Patienten werden nicht aufgedeckt). 2. bisher kaum Kriterien für ärztliches Handeln vorhanden – was in neuer QBA-RL nachgeschärft wurde: Indikationsstellung bekommt größeren Raum 3. Begriff „ärztliches Handeln“ ist nicht klar definiert. 4. Ärzte würden nicht sagen, dass sich ihr Handeln durch die Prüfung „grundlegend“ verbessert hat, weil dies bedeuten würde, dass es vorher schlecht/unzureichend war. ▪ TN sehen gegenwärtiges Verfahren, mangels echter Alternativen, als nützlich und geeignet. ▪ TN merken ebenfalls an, dass sich bei Wiederholungsprüfungen häufig Verbesserungen zeigen.

Zusammenfassende Ergebnisse Routinedatenanalyse	<p>aQua stellt eine Zusammenfassung der Ergebnisse der ergänzenden Routinedatenanalyse dar.</p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergebnisse der Routinedatenanalyse werden positiv bewertet, insbesondere Rückgang der Wiederholungsarthroskopien (eventuell seien bereits Deckeneffekte erreicht). ▪ Eine Verbindung der Qualitätsprüfung zu den Ergebnissen der Routinedatenanalysen werden nicht gesehen.
Gesamtbewertung und Weiterentwicklung des Verfahrens	<p><i>aQua thematisiert einige Aspekte hinsichtlich der Begrenztheit des Verfahrens (v.a. hinsichtlich der vergleichenden Qualitätsdarstellung) und möglicher Weiterentwicklungen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN teilen grundsätzlich die von aQua dargestellte Sicht auf Probleme hinsichtlich einer vergleichenden Ergebnisdarstellung in den Qualitätsberichten <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Erhöhung der Prüfquote zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird „aufgrund fehlender belastbarer Datengrundlage“ kritisch gesehen: QS-Kommissionsärzte arbeiten ehrenamtlich und mehr zeitlicher Aufwand wäre nicht machbar. 2. Eine gezielte Stichprobe auf Grundlage (z.B. per Routinedaten entdeckter) regionaler Auffälligkeiten wird kritisch gesehen. In neuer QP-RL werde dies ohnehin schon etwas besser umgesetzt durch Prüfung aller Neuzulassungen ▪ TN sehen die vorgestellten Optionen zur Stärkung der Ergebnisqualität kritisch: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenbefragungen werden als ungeeignet betrachtet, da meist nur diejenigen antworten, die negative Erlebnisse hatten. 2. Routinedaten: Die vorgestellten Indikatoren werden zur Abbildung der Ergebnisqualität als nur eingeschränkt geeignet betrachtet. ▪ Eine Weiterentwicklung wird mit Blick auf das gerade erst weiterentwickelte Verfahren grundsätzlich kritisch gesehen: Das neue Prüfverfahren sollte sich zunächst etablieren und beobachtet werden. ▪ Ein TN hält Mindestmengen für eine diskutabile Möglichkeit der Qualitätssicherung. ▪ TN sehen im gegenwärtigen Verfahren einen (hohen) indirekten Patientennutzen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärzte erhalten umfassenden, individuellen Bericht und können Prozesse anpassen – Qualitätsförderung. 2. Maßnahmen verpflichten Ärzte zur Beseitigung von Mängeln – auch das nutzt den Patienten. 3. Patienten werden informiert, dass Ärzte einer regelmäßigen Prüfung unterliegen (z.B. durch Aushang in Praxis). 4. Teilweise Zertifikat für gute Qualität bei guter Stichprobenprüfung (für den geprüften Arzt). 5. Zukünftig: Alle neu zugelassenen Ärzte werden geprüft. 6. Zukünftig: Die Möglichkeit zu anlassbezogenen Prüfungen wird gestärkt.

Protokolldaten

Erstellt von	Carina Stammann, Ruth Lingnau, Dr. Gerald Willms - aQua-Institut GmbH
Erstellt am	25.08.2020

Anhang D.2: Protokoll Ergebnisworkshop Kernspintomographie

Datum	Uhrzeit	Ort
24.09.2020	15.00-17.45 Uhr	Online-Meeting via Zoom

Teilnehmer

Björn Broge (aQua), Dr. Johannes Blietz (QS-Kommission KV Bremen), Dr. Franco Caldarone (QS-Kommission KV Niedersachsen), Claudia Christossek (KV Niedersachsen), Dr. Albrecht Hochmuth (Facharzt KV Baden-Württemberg), Anna-Lena Kandziora (aQua), Ruth Lingnau (aQua), Christoph Maass (KV Bremen), Dr. Friedrich-Wilhelm Roloff (QS-Kommission KV Baden-Württemberg), Markus Stengel (KBV), Carina Stammann (aQua), Irene Voß (KV Baden-Württemberg)

Thema	Ergebnis
Beanstandungsquoten im Leistungsbereich Kernspintomographie	<p><i>aQua thematisiert im Leistungsbereich Kernspintomographie die geringen Raten an erheblichen/schwerwiegenden Beanstandungen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgestellte Ergebnisse werden von den TN als „nicht auffällig“ eingeschätzt. ▪ TN sprechen die niedrige Anzahl an Prüfungen in den Jahren 2016 und 2017 an; ursächlich sei die aufgrund guter Versorgungsqualität im Leistungsbereich erfolgte Aussetzung der Prüfverpflichtung gemäß QP-RL. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein TN hat die Frage aufgeworfen, ob es überhaupt wünschenswert ist, weiter im Leistungsbereich zu prüfen, was bejaht wurde.
Maßnahmen der Qualitätsförderung	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätsförderung, v.a. die Tatsache, dass Praxisbegehungen nicht als Maßnahme genutzt werden; aQua verweist weiter darauf, dass im Leistungsbereich Kernspintomographie von knapp der Hälfte der KVen nur die schriftliche Empfehlung als Maßnahme der Qualitätsförderung genutzt wird.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN diskutieren über die Nichtnutzung von Praxisbegehungen im Leistungsbereich und sehen dafür folgende Gründe: <ol style="list-style-type: none"> 1. überwiegend gute Versorgungsqualität im Leistungsbereich → Praxisbegehungen nur selten notwendig 2. Berücksichtigung der Angemessenheit einer Maßnahme → Praxisbegehungen als schwerwiegendere Maßnahme werden nur bei systematischen Fehlern eingesetzt 3. sehr hoher Aufwand (für QS-Kommissionen) und hohes „Strafmaß“ für geprüfte Ärzte ▪ TN begründen die hohe Quote an schriftlichen Empfehlungen dadurch, dass bereits geringe Beanstandungen zu einer schriftlichen Empfehlung führen können. ▪ TN erwähnen, dass sich aufgrund der bereits homogenen (guten) Qualität im Leistungsbereich und dadurch, dass der Leistungsbereich verhältnismäßig „klein“ sei, positive Synergieeffekte zeigten. <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN bemerken, dass teilweise im Anschluss an eine schriftliche Empfehlung Wiederholungsprüfungen durchgeführt würden, die in den Berichtsdaten dann nicht mehr erfasst werden.
Kriterienbezogene Prüfungen	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Anwendung kriterienbezogener Prüfungen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN erläutern den sehr seltenen Grund „begründete, ggf. datengestützte Hinweise auf eine unzureichende Qualität im betreffenden Leistungsbereich“ für kriterienbezogene Prüfungen. Darunter könnte Folgendes verstanden werden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Praxis wird in Plausibilitätsprüfungen auffällig 2. Beschwerden/Hinweise anderer Ärzte

<p>Aktualität (Wissenschaftlichkeit) der QBK-RL</p>	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Beurteilung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens durch befragte Ärzte (Qualitätssicherungszweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 der QP-RL).</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN diskutieren die Aktualität der alten QBK-RL <ol style="list-style-type: none"> 1. Leitlinien der BÄK, an denen sich die alte Fassung der Beurteilungsrichtlinie orientiert hat, entsprachen nicht mehr dem aktuellen Stand und wurden im Jahr 2013 zurückgezogen. 2. Überarbeitungs- bzw. Aktualisierungsprozess der Richtlinien durch eine interdisziplinäre Fachgruppe (u.a. GKV-Spitzenverband, Patientenvertreter) hat über einen Zeitraum von 2 Jahren stattgefunden – diese spiegeln den aktuellen Stand der Wissenschaft wider. ▪ TN diskutieren die Frage, wie die Aktualität der Richtlinien aufrechterhalten werden könne: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückmeldungen der Kommissionen und KVen sind zentral (aber zeitintensiv). 2. Orientierung an dem Turnus der Deutschen Röntgengesellschaft, die Leitlinien im 3-Jahres-Turnus aktualisiert. 3. Standardisierter Aktualisierungsprozess mithilfe eines Überarbeitungszeitraums, in welchem zu bestimmende Aspekte aktualisiert werden müssen (3 Jahre vs. 5 Jahre). 4. allgemeine Verbindlichkeit der Richtlinien - Diese könne z.B. durch regelmäßige Nachrichten der KVen sichergestellt werden (aktueller Status quo, Grundlagen für eine Aktualisierung). 5. bessere Kommunikation und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der KVen (z.B. für Absprachen und Austausch bzgl. der Anpassung der zu prüfenden Kriterien). ▪ TN verweisen darauf, dass es wichtig wäre, dass die neue RL den KVen und Kommissionsmitgliedern nähergebracht wird – Fachgruppensitzung ist geplant.
<p>Geeignetheit der Prüfung zur Sicherung/Feststellung der Fachlichkeit</p>	<p><i>aQua thematisiert die Geeignetheit der Prüfbereiche zur Beurteilung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung (Qualitätssicherungszweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 der QP-RL) und die Nachvollziehbarkeit der Beanstandungen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN bewerten die vorgestellten Ergebnisse der Geeignetheit der Prüfbereiche zur Beurteilung der Fachlichkeit als sehr positiv. ▪ TN verweisen auf die hohe Standardisierung der Kernspintomographie. <ul style="list-style-type: none"> – TN merken an, dass festgestellte Beanstandungen (noch) besser erläutert werden sollten, sodass sie von den geprüften Ärzten nachvollzogen werden können.
<p>Effektivität des Prüfinstrumentes</p>	<p><i>aQua thematisiert die Effektivität des Prüfinstrumentes, insbesondere mit Blick auf die Relevanz und Geeignetheit der Prüfbereiche und -inhalte hinsichtlich des Patientenwohls.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN merken an, dass die zu prüfenden Inhalte turnusgemäß aktualisiert werden sollten. ▪ TN verweisen auch darauf, dass sich ein Großteil des Verfahrens auf die technische Durchführung bezieht, wohingegen die Kernkompetenzen eines Arztes die Interpretation und Befundung der Bilder seien → insgesamt sollte die Gesamtleistung im Vordergrund stehen. ▪ Neue RL: Untersuchungsdurchführung hat an Bedeutung verloren, die Befundung an Bedeutung gewonnen; Beschriftung des Bildes hat immer noch in der Bewertung ein relativ hohes Gewicht. <ul style="list-style-type: none"> – TN verweisen darauf, dass insgesamt das Patientenwohl im Vordergrund stehe, wozu auch eine gute Bildqualität dient.
<p>Aufwand</p>	<p><i>aQua thematisiert den verhältnismäßig geringen zeitlichen Aufwand der Prüfung für Geschäftsstellen, QS-Kommissionsärzte und geprüfte Fachärzte.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der Dokumentationen erfolgt arbeitsteilig in den Kommissionen, daher ist der Aufwand bei unauffälligen Prüfungen eher gering; nur bei „Problemfällen“ kommt es zu ausführlichen Diskussionen. ▪ TN verweisen darauf, dass durch die Digitalisierung der Zeitaufwand eher geringer geworden ist.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TN geben an, dass der Zeitaufwand auch davon abhängig ist, wie gezielt die Vorbereitung auf eine Prüfung ist. – TN vermuten, dass bei einigen Zeitangaben wohl Minuten und Stunden verwechselt wurden.
Geeignetheit des Prüfinstrumentes zur Qualitätssicherung und -verbesserung	<p><i>aQua thematisiert den Nutzen des Prüfverfahrens zur Erreichung des Qualitätssicherungs- und Förderungszweckes.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN merken zur hohen Rate der Verbesserung des Dokumentationsverhaltens an, dass die Dokumentation nicht nur dem Selbstschutz, sondern auch dem eigenen Interesse des Arztes dient (Dokumentation betrifft den Verantwortungsbereich und das Selbstverständnis des Arztes). – TN verweisen darauf, dass systematische Fehler im Verantwortungsbereich des Arztes liegen – sollte eine schlechte Bildqualität durch technische Mängel oder den Patientenzustand bedingt sein, wird dies dokumentiert und in der Prüfung berücksichtigt.
Gesamtbewertung und Weiterentwicklung des Verfahrens	<p><i>aQua thematisiert die Möglichkeiten der vergleichenden Qualitätsdarstellung vor dem Hintergrund möglicher Weiterentwicklungen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN geben an, dass der „eingeschränkte“ Patientennutzen der Berichterstattung (z.B. Vergleich einzelner Praxen nicht möglich) mit der Art der Prüfung, dem Stichprobenverfahren, zusammenhängt. ▪ TN verweisen darauf, dass mit der neuen RL und dem darin enthaltenen Punktesystem die Prüfergebnisse der KVen besser verglichen werden können. ▪ TN verweisen darauf, dass ein direkter Vergleich der QS durch das ambulante Stichprobenverfahren mit der QS im stationären Sektor nicht möglich sei. <p>Vorschläge zur Weiterentwicklung des Verfahrens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdisziplinären Austausch zwischen den KVen intensivieren ▪ Regelmäßiger Turnus zur Aktualisierung der RL (Prüfkriterien) ▪ Verbreitung des Kenntnisstandes der neuen RL verbessern: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktuelles Vorgehen der KVen: Rundschreiben an alle Ärzte mit Verweis auf die Homepage, welche alle relevanten Informationen enthält; Landesrundschreiben, Obleute 2. Vorschläge zur Optimierung: <ol style="list-style-type: none"> a) Individuelle Anschreiben (einzelne Ärzte) b) Zielgruppenspezifische Informationen c) Veröffentlichung auf Homepages der KVen d) Verbreitung der Informationen über entsprechende Multiplikatoren ▪ Informationsweitergabe wird durch fehlende E-Mail-Adressen von Ärzten erschwert. ▪ TN verweisen weiterhin auf die Fortbildungspflicht der Ärzte, wonach aktuelle Entwicklungen und Anpassungen der Untersuchungsstrategien auch ohne explizite Information Beachtung finden müssen.

Protokolldaten

Erstellt von	Carina Stammann, Ruth Lingnau, Anna-Lena Kandziora - aQua-Institut GmbH
Erstellt am	25.09.2020

Anhang D.3: Protokoll Ergebnisworkshop Radiologie

Datum	Uhrzeit	Ort
16.09.2020	15.00-19.00 Uhr	Online-Meeting via Zoom

Teilnehmer

Dr. Johann Benter (QS-Kommission KV Berlin), Björn Broge (aQua), Dr. Albrecht Hochmuth (Facharzt KV Baden-Württemberg), Ruth Lingnau (aQua), Dr. Rupert Pfandzelter (KBV), Dr. Friedrich-Wilhelm Roloff (QS-Kommission KV Baden-Württemberg), Dr. Elke Scheying (Fachärztin KV Berlin), Markus Stengel (KBV), Carina Stammann (aQua), Marita Stuckart (KV Rheinland-Pfalz), Dr. Norbert Vogel (QS-Kommission KV Rheinland-Pfalz), Irene Voß (KV Baden-Württemberg), Dr. Gerald Willms (aQua), Patrick Wittig (KV Berlin)

Thema	Ergebnis
Beanstandungsquoten im Leistungsbereich Radiologie	<p><i>aQua thematisiert im Leistungsbereich konventionelle Röntgendiagnostik die großen Unterschiede zwischen den KVen hinsichtlich erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine andere bzw. teilweise strengere Auslegung der Bewertungsgrundlagen von KVen könnte die Heterogenität bei den Beanstandungsquoten zwischen den KVen erklären (Beispiel einer KV: Bewertung bei der Indikation schlecht = schlechte Bewertung im Strahlenschutz). ▪ Ein TN merkt an, dass Teilradiologen eher das Problem bei Beanstandungen sind (z.B. häufig veraltete Technik, schlecht ausgebildetes Personal). ▪ Unterschiede zwischen denjenigen KVen, die mit einer Ärztlichen Stelle zusammenarbeiten, und denjenigen, die das nicht tun (Fokus dieser Prüfung ist ein anderer). ▪ TN erläutern, dass CT-Untersuchungen hochstandardisiert sind, was eine Erklärung für die insgesamt geringen Beanstandungsquoten in diesem Leistungsbereich sein kann. Wenn Probleme vorliegen, dann häufig im Bereich der Strahlenbelastung (Field of View häufig zu groß gewählt) oder der technischen Geräte – die Qualität der Untersuchungen ist zunehmend nicht mehr zu beanstanden. ▪ TN halten Stichprobenprüfungen im Bereich der CT für verzichtbar. <p>Unterschiede im Bewertungsprozess:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mangelnde Kenntnis der KVen über die Prüfprozesse der anderen KVen → Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist als eingeschränkt zu betrachten; nur ein direkter Austausch könnte das ändern (insbesondere zwischen KVen mit niedrigen und hohen Beanstandungsquoten). ▪ TN führen einige Beispiele an, welche Maßnahmen derzeit schon angewendet werden, um die Einheitlichkeit in der Bewertung zu sichern: <ol style="list-style-type: none"> 1. Erfahrungsaustausch unter den QS-Kommissionsmitgliedern mit Fallbesprechungen 2. Fachgruppensitzungen einzelner KVen mit Diskussion der Bewertungskriterien 3. Jährlicher Austausch einzelner KVen mit Diskussion von Fallbeispielen und des Bewertungskataloges (welche Mängel bekommen welche Punkte) 4. Klassische Ringversuche – der gleiche Fall wird von mehreren Prüfarzten bewertet. ▪ Hinweis zur neuen Richtlinie: In den Anlagen ist ein differenzierteres Bewertungsschema mit aufgeführt, mit dem Ziel, die Heterogenität zwischen den KVen abzumildern.
Maßnahmen der Qualitätsförderung	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätsförderung, v.a. die Tatsache, dass Praxisbegehungen nur sehr selten genutzt werden; aQua verweist weiter darauf, dass im Leistungsbereich Computertomographie von mehr als der Hälfte der KVen nur die schriftliche Empfehlung als Maßnahme der Qualitätsförderung genutzt wird.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN bewerten grundsätzlich alle Maßnahmen der Qualitätsförderung als sinnvoll. ▪ TN betonen, dass alle Maßnahmen immer zum Ziel der Qualitätsverbesserung durchgeführt werden sollten.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen liegen grundsätzlich im individuellen Ermessensspielraum der KVen und werden an den Einzelfall angepasst – je nach Arzt und Art der Fehler (Gerätefehler, Probleme in der Einstelltechnik, Befund etc.). ▪ Anmerkungen der TN zur Praxisbegehung: <ol style="list-style-type: none"> 1. sinnvoll, z.B. bei groben Fehlern in der Einstelltechnik 2. sehr nachhaltiger Effekt 3. Beanstandungen können sehr gut nachvollzogen werden ▪ Anmerkungen der TN zum Kolloquium: <ol style="list-style-type: none"> 1. einschneidende Erfahrung für geprüfte Fachärzte („maximale Strafe“) 2. wird häufig als Prüfung empfunden 3. sollte nur als Ultima Ratio durchgeführt werden ▪ Anmerkungen der TN zur Wiederholungsprüfung <ol style="list-style-type: none"> 1. Ziel: Überprüfung, ob die veranlassten Maßnahmen zu Veränderungen geführt haben. 2. Sollte bei erheblichen/schwerwiegenden Beanstandungen durchgeführt werden. 3. Lehrreicher Effekt für Praxen, Ergebnisse nach Wiederholungsprüfung oft besser ▪ Anmerkungen der TN zur Nichtvergütung/Rückerstattung <ol style="list-style-type: none"> 1. keine effektive Maßnahme im Bereich der Röntgendiagnostik ▪ Kein Unterschied zwischen „schriftlicher Empfehlung“ und „schriftlicher Verpflichtung“ in den Berichtsdaten; in der Realität besteht hier allerdings ein großer Unterschied. ▪ TN erläutern, dass es trotz einzelner Dokumentationen mit geringen Beanstandungen in der Gesamtbewertung des Arztes die Einstufung „keine Beanstandungen“ geben kann → keine Maßnahme notwendig.
Kriterienbezogene Prüfungen	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Anwendung kriterienbezogener Prüfungen</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN verweisen auf das Ziel der Qualitätsverbesserung von Wiederholungsprüfungen und kriterienbezogenen Prüfungen: Es soll überprüft werden, ob die veranlassten Maßnahmen positive Effekte zeigen. ▪ Kriterienbezogene Prüfungen sind nach alter Richtlinie bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen möglich, bei erheblichen Beanstandungen ist eine Fortsetzung des Prüfverfahrens möglich, nach neuer Richtlinie sind erneute Prüfungen in beiden Fällen verpflichtend. ▪ TN verweisen darauf, dass der zeitliche Umfang des gesamten Prüfprozesses in den Berichtsdaten teilweise nicht abgebildet werden kann, da einige Prüfprozesse bis in das nächste Berichtsjahr andauern (Schwachstelle der Berichtsdaten). <ol style="list-style-type: none"> 1. Werden auch im Rahmen einer Wiederholungs- oder kriterienbezogenen Prüfung (wieder) erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen festgestellt, sollten Maßnahmen wie Kolloquium, Praxisbegehung oder Genehmigungswiderruf greifen.
Aktualität (Wissenschaftlichkeit) der QBR-RL	<p><i>aQua thematisiert Auffälligkeiten hinsichtlich der Beurteilung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens durch befragte Ärzte (Qualitätssicherungszweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 der QP-RL).</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN bewerten den Anteil der Befragten, die angeben, dass die Vorgaben der QBR-RL dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, vor dem Hintergrund, dass die Röntgenrichtlinie aus dem Jahr 2002 ist, als sehr hoch. ▪ TN verweisen auf den technischen Fortschritt und die Digitalisierung in den letzten Jahren, was jedoch in der Praxis zwar zu Verbesserungen im Strahlenschutz, aber nicht zu relevanten Änderungen im Bereich der Diagnostik geführt hat. ▪ Ein TN verweist darauf, dass im Bereich Röntgendiagnostik heute auch noch gilt, was vor 20 Jahren galt, weshalb die alten Kriterien ausreichen.

<p>Geeignetheit der Prüfung zur Sicherung/Feststellung der Fachlichkeit</p>	<p><i>aQua thematisiert die Geeignetheit der Prüfbereiche zur Beurteilung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung (Qualitätssicherungszweck gemäß §1 Absätze 1 und 2 der QP-RL) und die Nachvollziehbarkeit der Beanstandungen.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN merken an, dass die „fachliche Qualität“ als Begriff näher zu differenzieren sei → eine unterschiedliche Auffassung des Begriffs könnte den erhöhten Anteil derjenigen Fachärzte erklären, die angeben, dass die Stichprobenprüfungen nicht geeignet seien, die fachliche Qualität zu beurteilen. ▪ Zum nennenswert hohen Anteil der Nichtnachvollziehbarkeit der Beanstandungen aus Sicht der geprüften Fachärzte konstatieren die TN, dass es essenziell sei, die Ergebnisse der Prüfungen (Beanstandungen) besser zu vermitteln (evtl. durch persönliche Gespräche) – hier wird Verbesserungspotenzial gesehen.
<p>Effektivität des Prüfinstrumentes</p>	<p><i>aQua thematisiert die Effektivität des Prüfinstrumentes, insbesondere mit Blick auf die Relevanz und Geeignetheit der Prüfbereiche und -inhalte hinsichtlich des Patientenwohls.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Erklärungsansatz für den Anteil derjenigen, die angeben, dass es Prüfinhalte ohne Relevanz zur Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistung gibt, ist nach Ansicht der TN, dass der Umfang der „ärztlichen Leistung“ nicht exakt definiert ist - TN betonen, dass der Arzt für die Gesamtleistung verantwortlich ist. ▪ Die unterschiedliche Verteilung der Mängel auf die Prüfbereiche kann aus Sicht der QS-Kommissionsärzte und Geschäftsstellen erklärt werden durch: <ol style="list-style-type: none"> 1. die nicht klare Trennung der Prüfbereiche in der alten Richtlinie – Aspekt wurde in neuer Richtlinie berücksichtigt, Differenzierung der Prüfbereiche klarer 2. unterschiedliche Erfahrungen in den KVen ▪ Zur Optimierung der Prüfbereiche hinsichtlich des Patientenwohls merken die TN an, dass alle Punkte für das Patientenwohl relevant sind.
<p>Aufwand</p>	<p><i>aQua thematisiert den zeitlichen Aufwand der Prüfung für Geschäftsstellen, QS-Kommissionsärzte und geprüfte Fachärzte.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiede im zeitlichen Aufwand der Beteiligten können aus folgenden Gründen resultieren: <ol style="list-style-type: none"> 1. Für Geschäftsstellen: Aufwand abhängig davon, ob eine Kooperation mit der Ärztlichen Stelle besteht (reduzierter Zeitaufwand bei Datenaufbereitung). 2. Für QS-Kommissionsärzte: Aufwand abhängig davon, wie die Sitzungen vorbereitet sind. 3. Für Fachärzte: Aufwand abhängig davon, ob der Arzt den persönlichen Zeitaufwand oder den generellen Zeitaufwand zur Zusammenstellung der Dokumentationen angibt. ▪ TN mutmaßen, dass es bei einigen Angaben der Ärzte bezüglich des zeitlichen Aufwands zu einer Verwechslung von Stunden und Minuten gekommen sein kann, da die Zeit für die Prüfung eines Arztes nicht selten unter 1 Stunde beträgt.
<p>Geeignetheit des Prüfinstrumentes zur Qualitätssicherung und -verbesserung</p>	<p><i>aQua thematisiert den Nutzen des Prüfverfahrens zur Erreichung des Qualitätssicherungs- und Förderungszweckes mit explizitem Fokus auf den Verantwortungsbereich des Arztes.</i></p> <p>Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TN können Angaben aus den Befragungen zu beanstandeten Mängeln, die nicht im Verantwortungsbereich des Arztes liegen bzw. die er nicht durch sein eigenes Handeln beseitigen kann, nicht nachvollziehen - Mögliche Erklärung: Entsprechend geprüfte Fachärzte sehen „nur“ die Befundung im eigenen Verantwortungsbereich. ▪ Meinung aller TN: Der Arzt ist für die Gesamtleistung verantwortlich, also z.B. auch für technischen Mängel. ▪ TN verweisen erneut auf die zentrale Bedeutung der Kommunikation: Eine persönliche Kontaktaufnahme der KV mit dem geprüften Arzt könnte viele Probleme lösen; ist dies nicht möglich, muss es eine verständlich formulierte schriftliche Empfehlung geben. ▪ TN geben an, dass den geprüften Fachärzten teilweise nicht klar ist, von welcher Institution sie geprüft werden, da die Unterlagen generell an die KV geschickt werden.

Gesamtbewertung und Weiterentwicklung des Verfahrens

aQua thematisiert den Patientennutzen des Verfahrens und die Möglichkeiten der vergleichenden Qualitätsdarstellung vor dem Hintergrund möglicher Weiterentwicklungen.

Erläuterungen, Erklärungen und Anmerkungen der TN

- TN betonen den indirekt vorhandenen Patientennutzen des Verfahrens, die Prüfungen werden im Sinne der Patienten durchgeführt (z.B. eine verbesserte Röntgenqualität kann die Strahlenbelastung reduzieren).
- Qualitätsberichte sind als „Rechenschaftsberichte“ zu verstehen; sie zeigen, was im Bereich Radiologie von den KVen gemacht wird.
- Qualitätsberichte werden vom G-BA (öffentlich) unter Beteiligung der Patientenvertretung diskutiert, entsprechende Berichte sind auch für Patienten zugänglich.
- Mit der neuen Richtlinie werden weitere inhaltliche Informationen in den Qualitätsbericht aufgenommen (z.B. in welchen Bereichen die Mängel liegen), was einer Weiterentwicklung in diesem Bereich entspricht.
- Möglichkeit der Weiterentwicklung bezüglich des Patientennutzens: Darstellung guter Ergebnisse in den Stichprobenprüfungen können (z.B. auf der Homepage der geprüften Ärzte) freiwillig veröffentlicht werden.

Diskussion der TN im Hinblick auf Möglichkeiten der vergleichenden Qualitätsdarstellung

1. Die gesetzlichen Vorgaben (§135b SGB V) schreiben die Stichprobenprüfungen vor, somit ist klar, dass keine Längsschnittbetrachtung möglich ist und jedes Jahr ein neuer Querschnitt gebildet wird (Längsschnitt auch von geprüften Fachärzten nicht erwünscht, aufgrund des hohen Aufwandes, wird als „Kontrolle“ empfunden und als nicht vereinbar mit Selbständigkeit)
 2. Stichproben werden für diese Prüfung als akzeptabel von den TN erachtet, die Qualität hat sich im Zeitverlauf verbessert.
 3. Die insgesamt gute Versorgungsqualität im Bereich Radiologie lässt eine Intensivierung des Verfahrens nicht sinnvoll erscheinen.
 4. Nicht die Prüfung ist das zentrale Kriterium, sondern die Qualitätsverbesserung, für die eine Ausgewogenheit der Maßnahmen zentral ist.
- TN verweisen zum Abschluss nochmals auf die Kommunikation als zentrales Element einer möglichen Weiterentwicklung
 1. Diskussion der Bewertungsgrundlagen zwischen den KVen (ähnlich „strukturiertem Dialog“ im stationären Setting)
 2. Ergebnisse der Bewertungen im Dialog mit den Ärzten besprechen
 - Zusammenarbeit zwischen Ärztlicher Stelle und KV

Protokolldaten

Erstellt von	Carina Stammann, Ruth Lingnau, Dr. Gerald Willms - aQua-Institut GmbH
Erstellt am	17.09.2020

Anhang E: Routinedatenauswertungen

Hinweis: Die Reihenfolge der Abbildungen zu den einzelnen KV-Regionen erfolgt anhand der alphanumerischen KV-Identifikationsnummer der technischen Anlagen zur Datenübermittlung gemäß Anlage 1 Abschnitt 1.2¹.

Anzahl an Knie-Arthroskopie-Eingriffen nach KV-Regionen

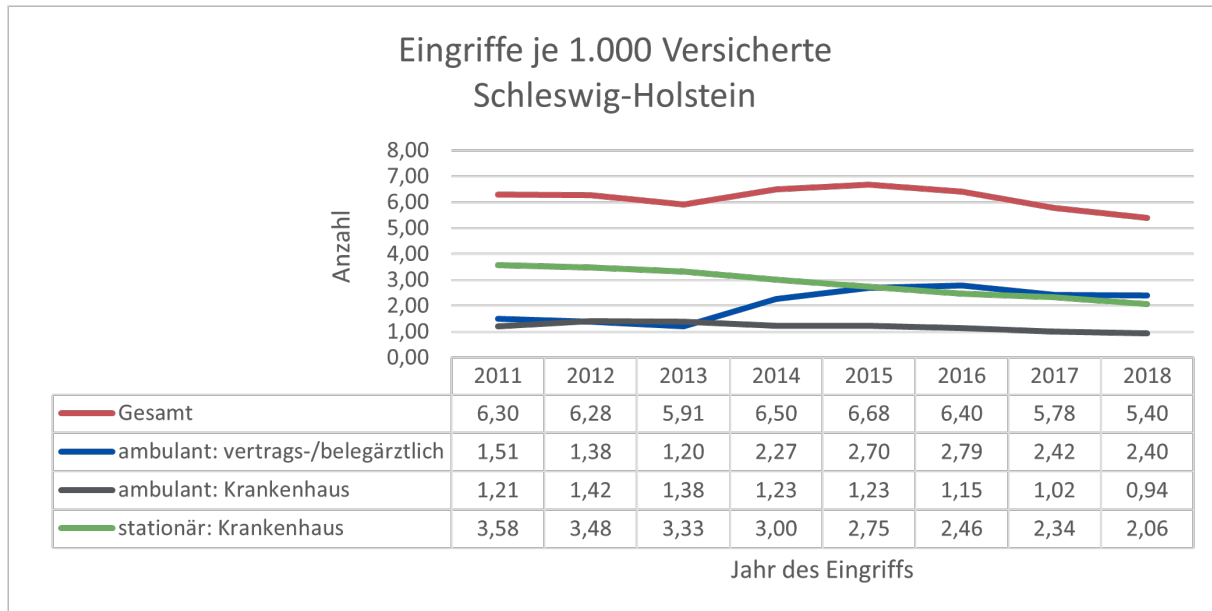


Abbildung 1: Knie-Arthroskopien – Schleswig-Holstein

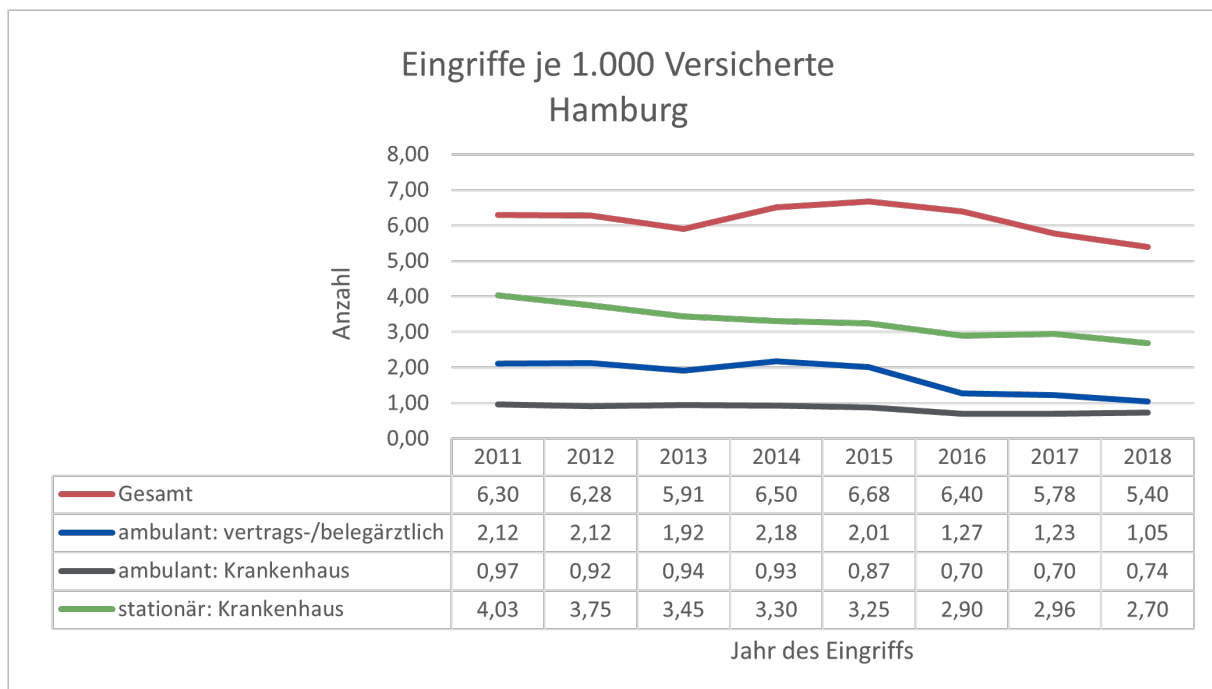


Abbildung 2: Knie-Arthroskopien – Hamburg

¹ Anhang 1 zur Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Stand: 30.01.2020)

https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/aerzte/technische_anlagen___aktuell/20200130_Anhang1_TA1.pdf
(abgerufen am 15.10.2020)

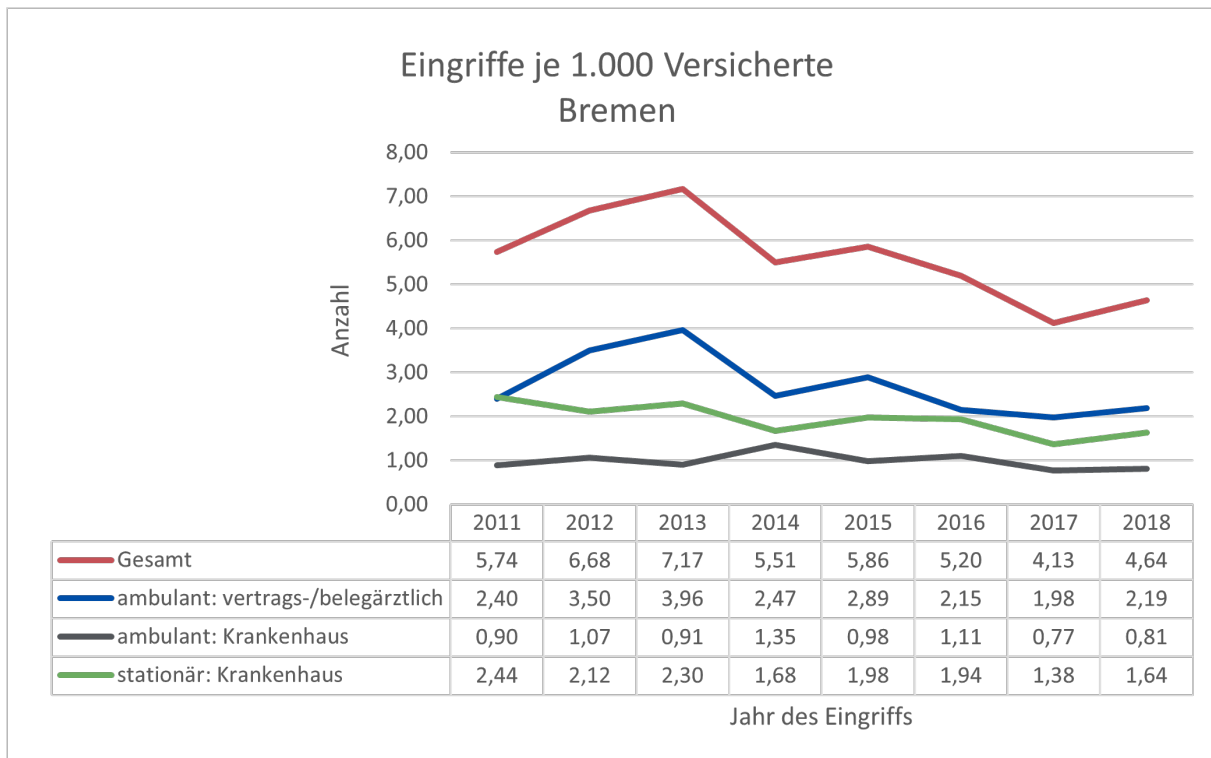


Abbildung 3: Knie-Arthroskopien – Bremen

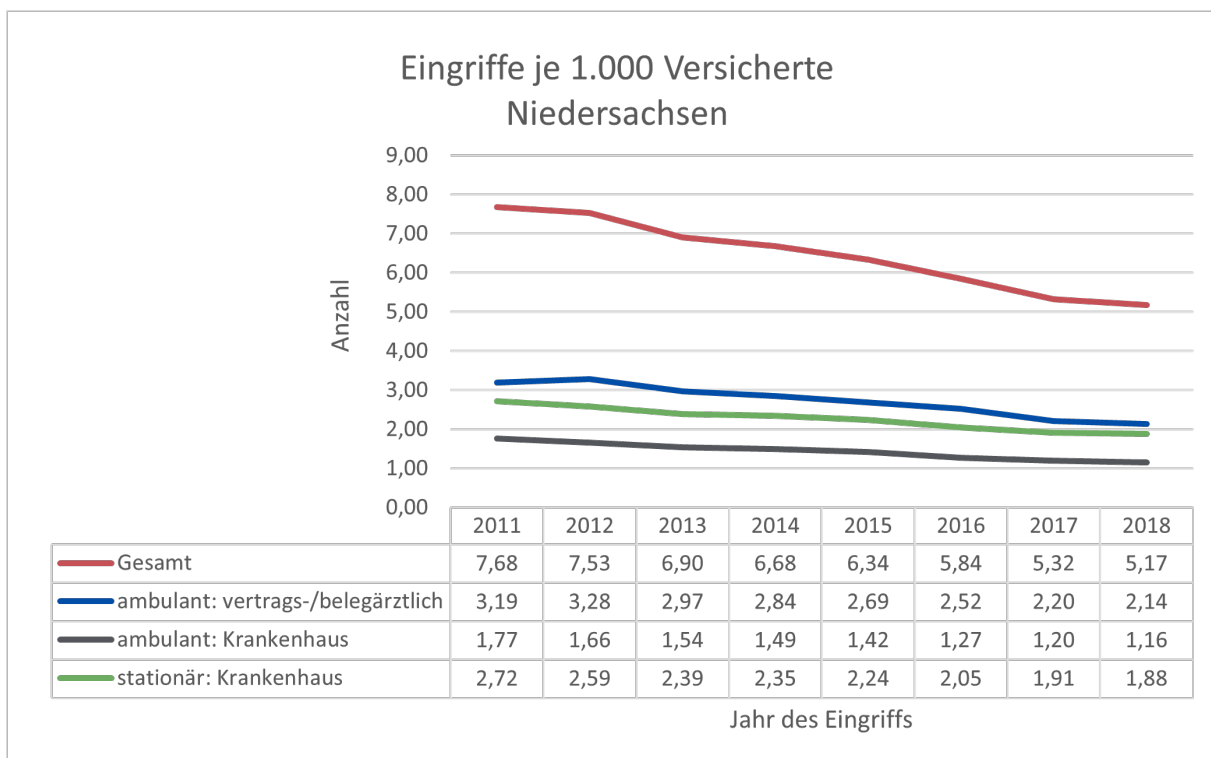


Abbildung 4: Knie-Arthroskopien – Niedersachsen

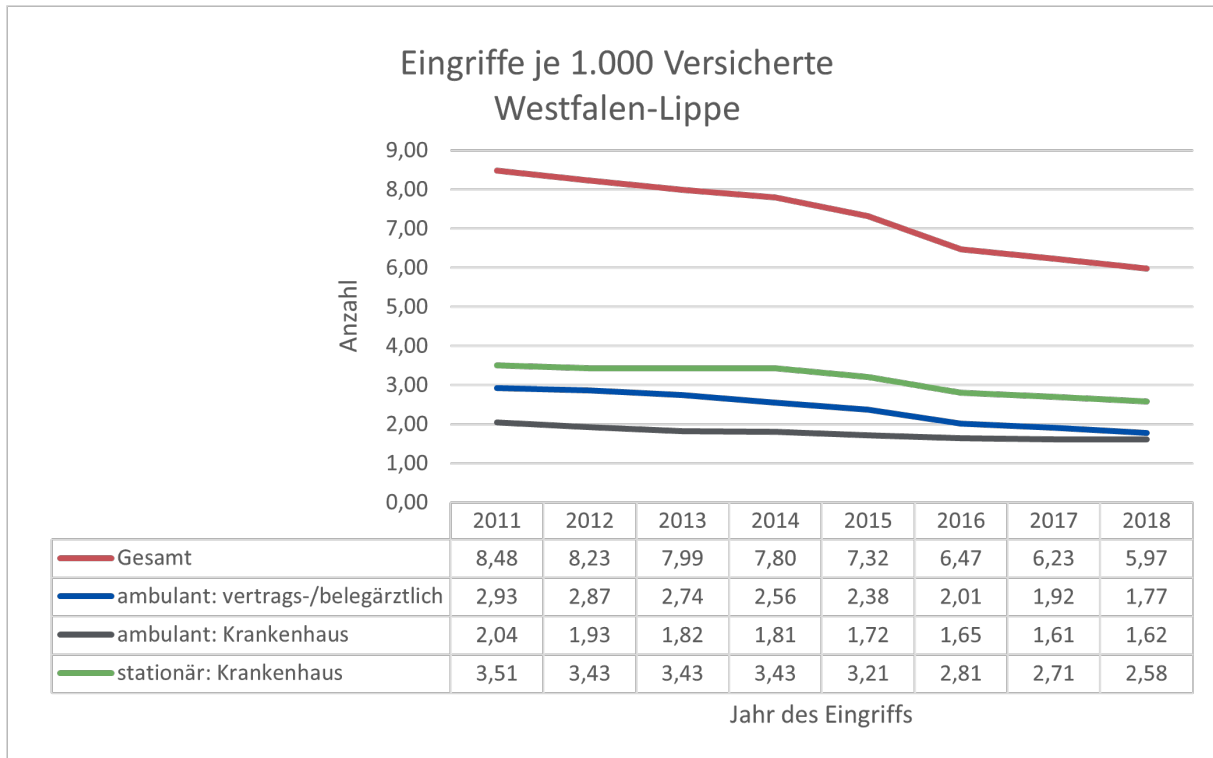


Abbildung 5: Knie-Arthroskopien – Westfalen-Lippe

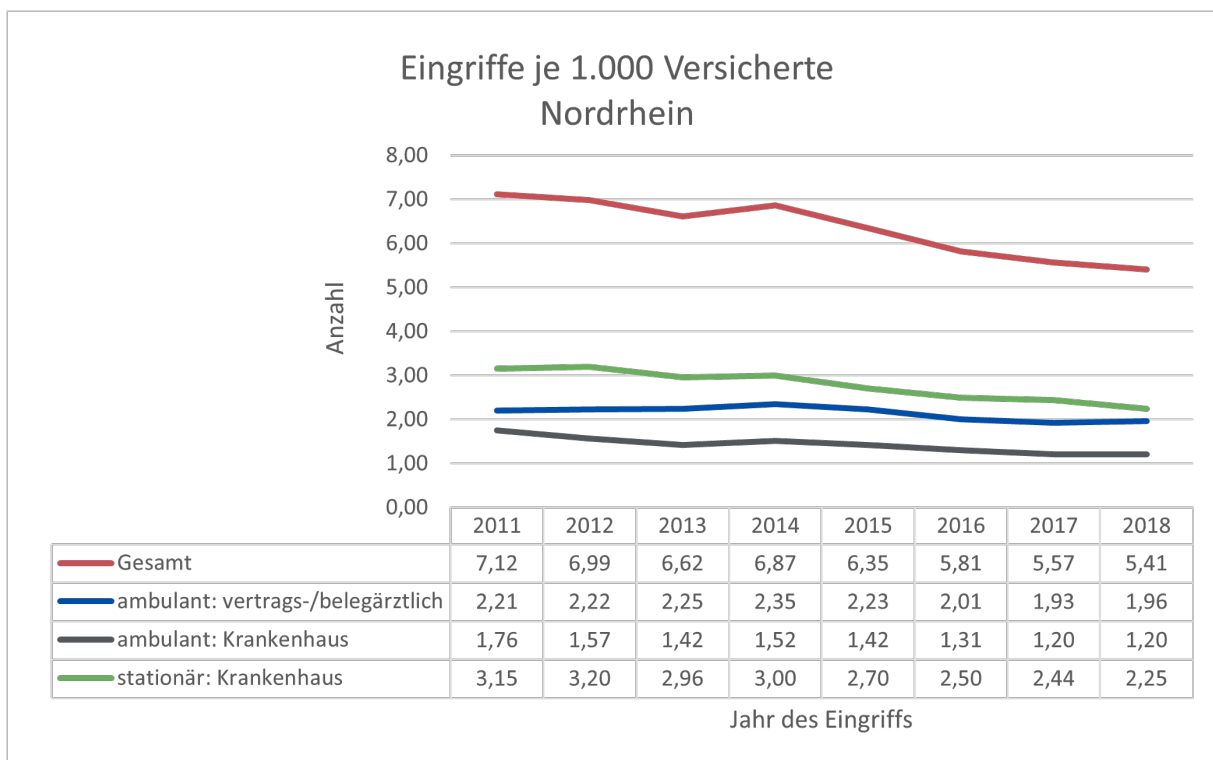


Abbildung 6: Knie-Arthroskopien – Nordrhein

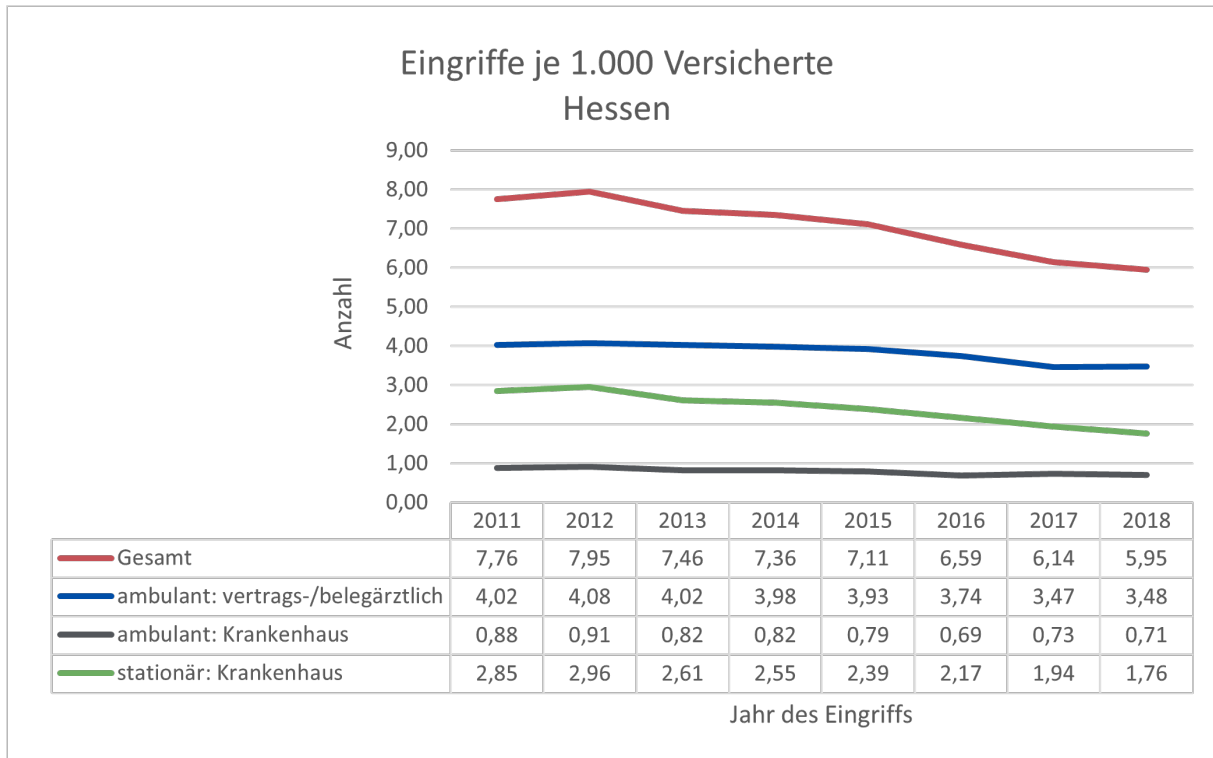


Abbildung 7: Knie-Arthroskopien – Hessen

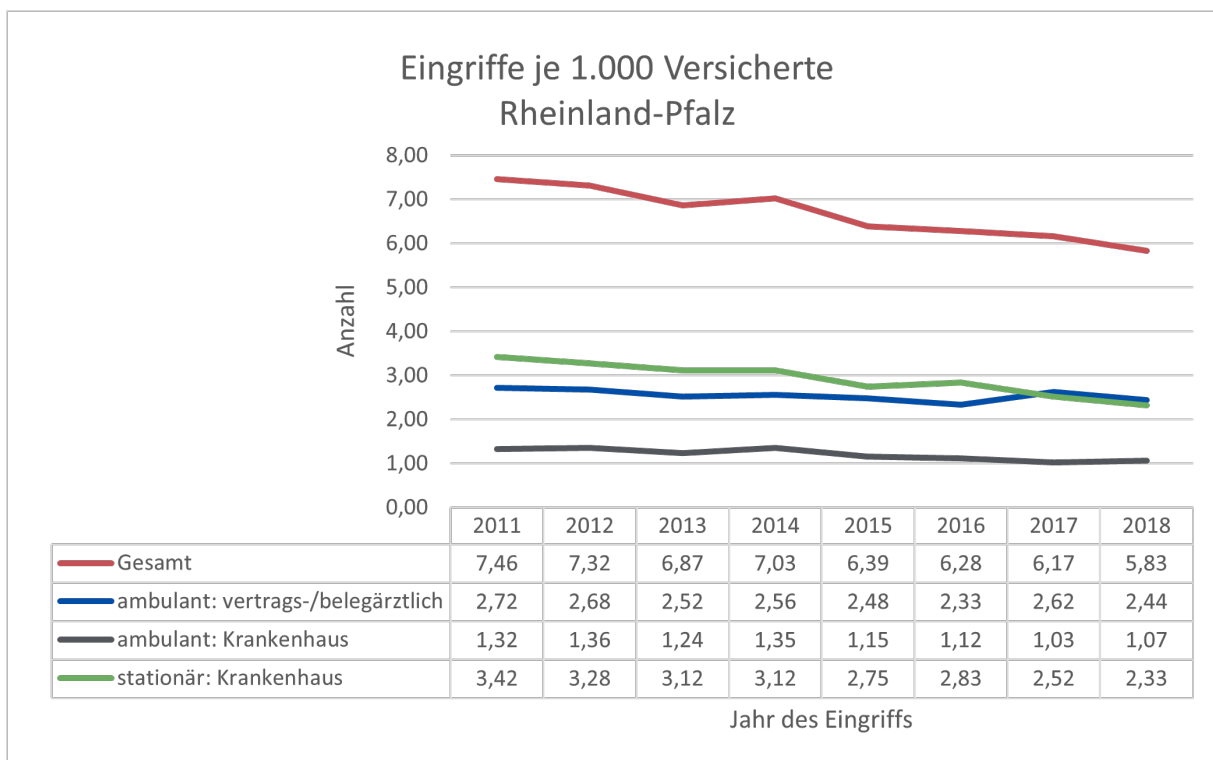


Abbildung 8: Knie-Arthroskopien – Rheinland-Pfalz

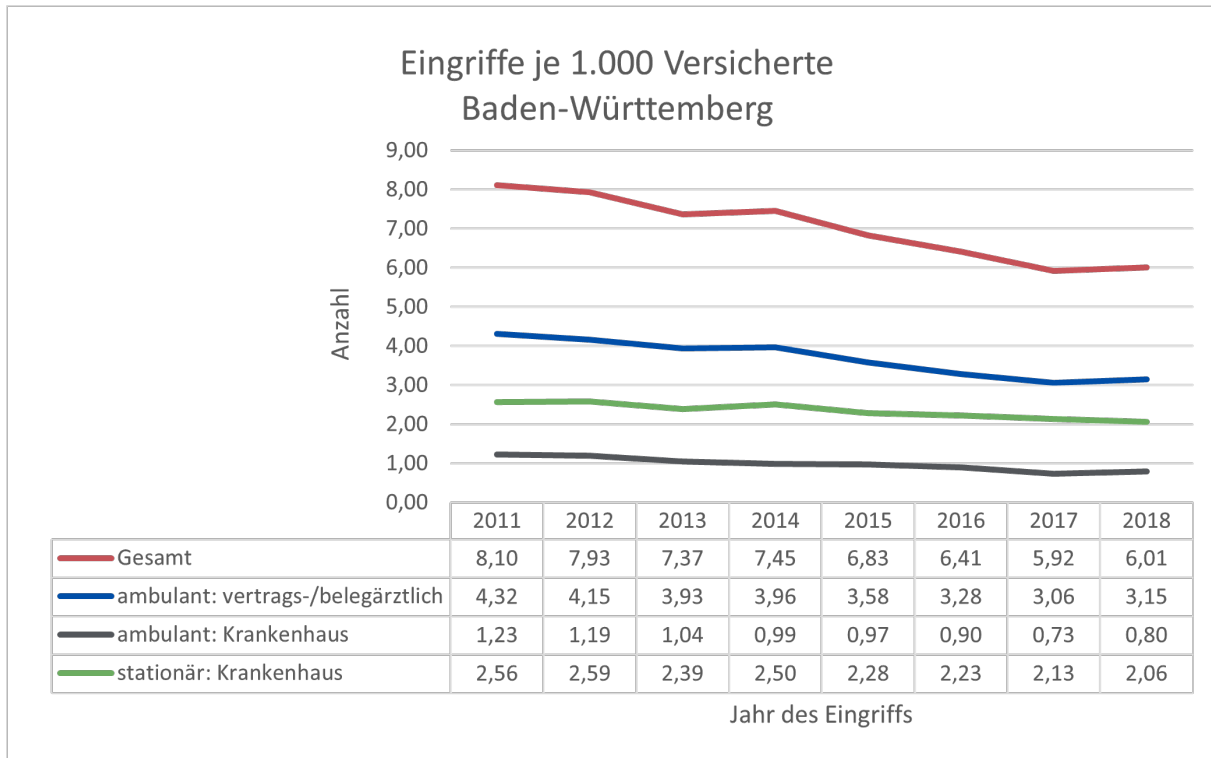


Abbildung 9: Knie-Arthroskopien – Baden-Württemberg

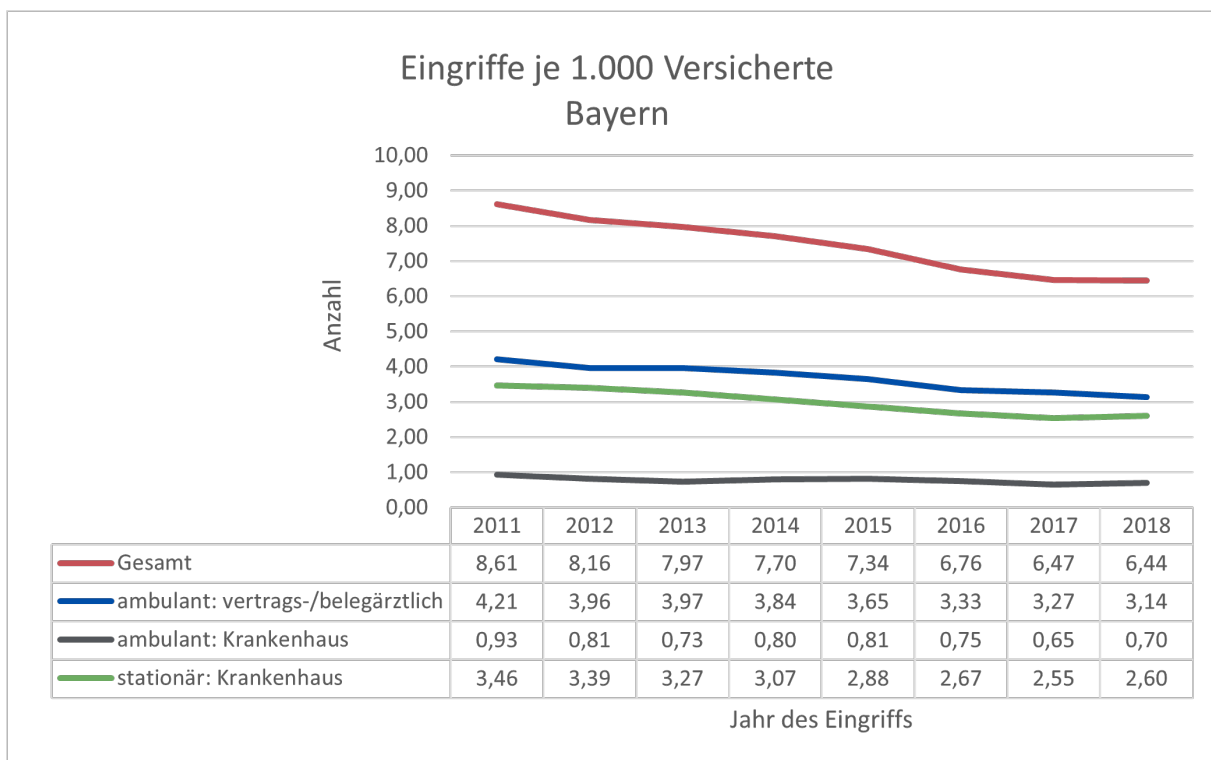


Abbildung 10: Knie-Arthroskopien – Bayern

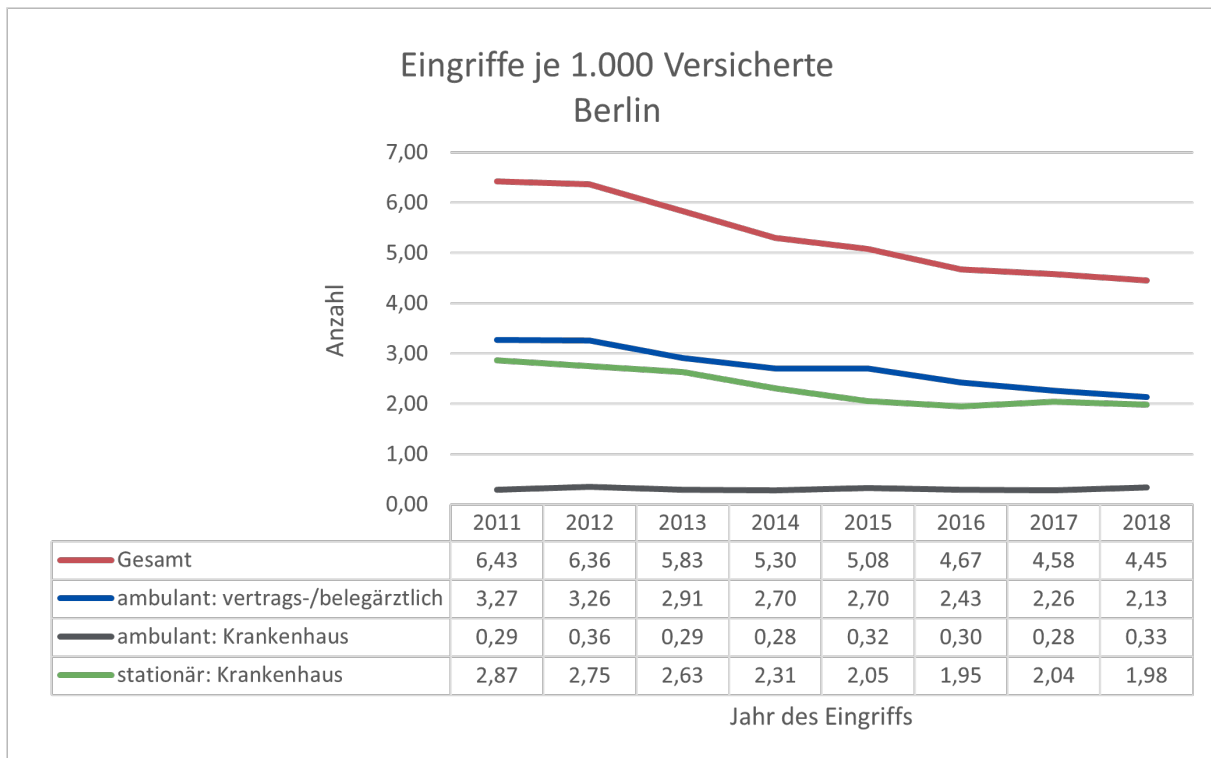


Abbildung 11: Knie-Arthroskopien – Berlin

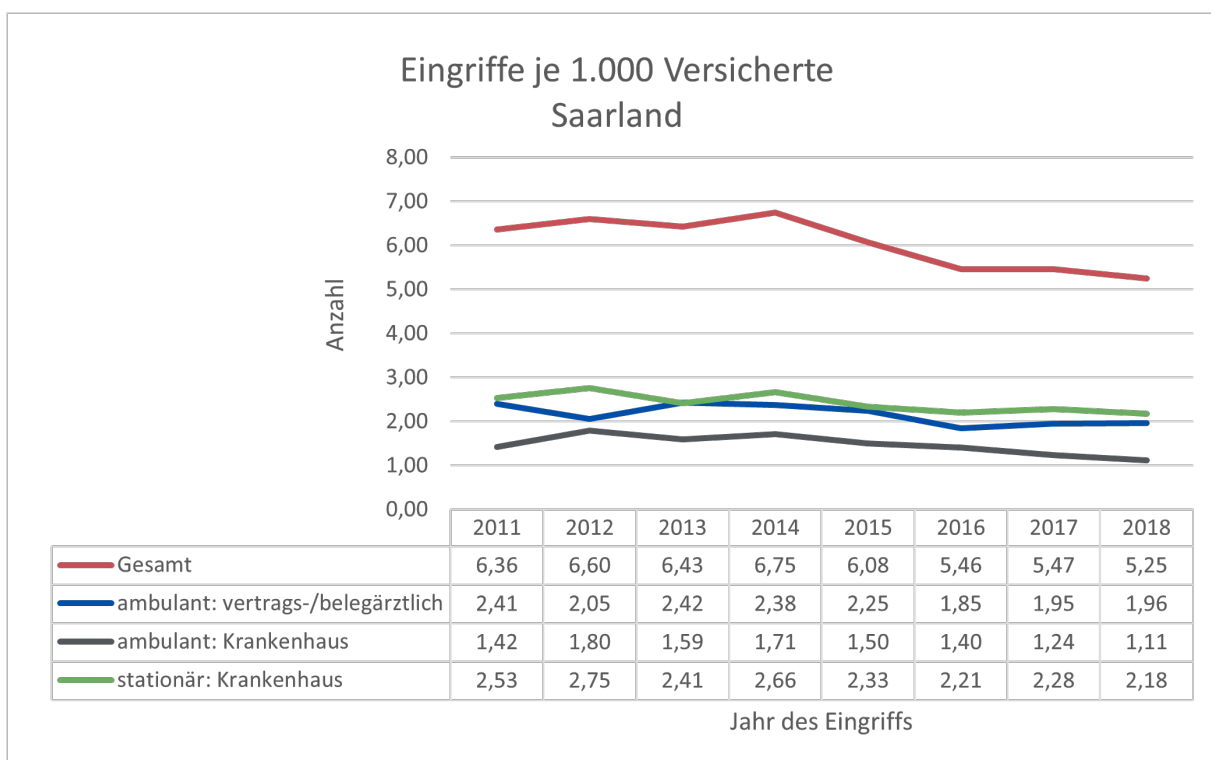


Abbildung 12: Knie-Arthroskopien – Saarland

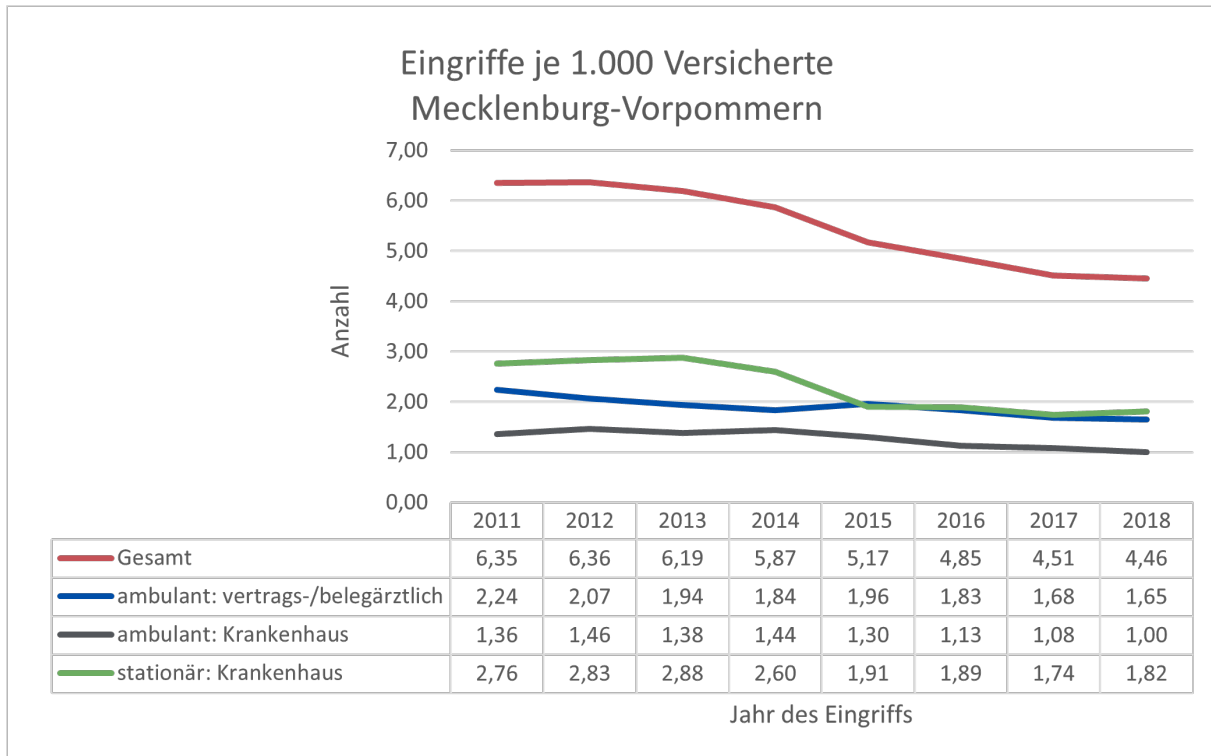


Abbildung 13: Knie-Arthroskopien – Mecklenburg-Vorpommern

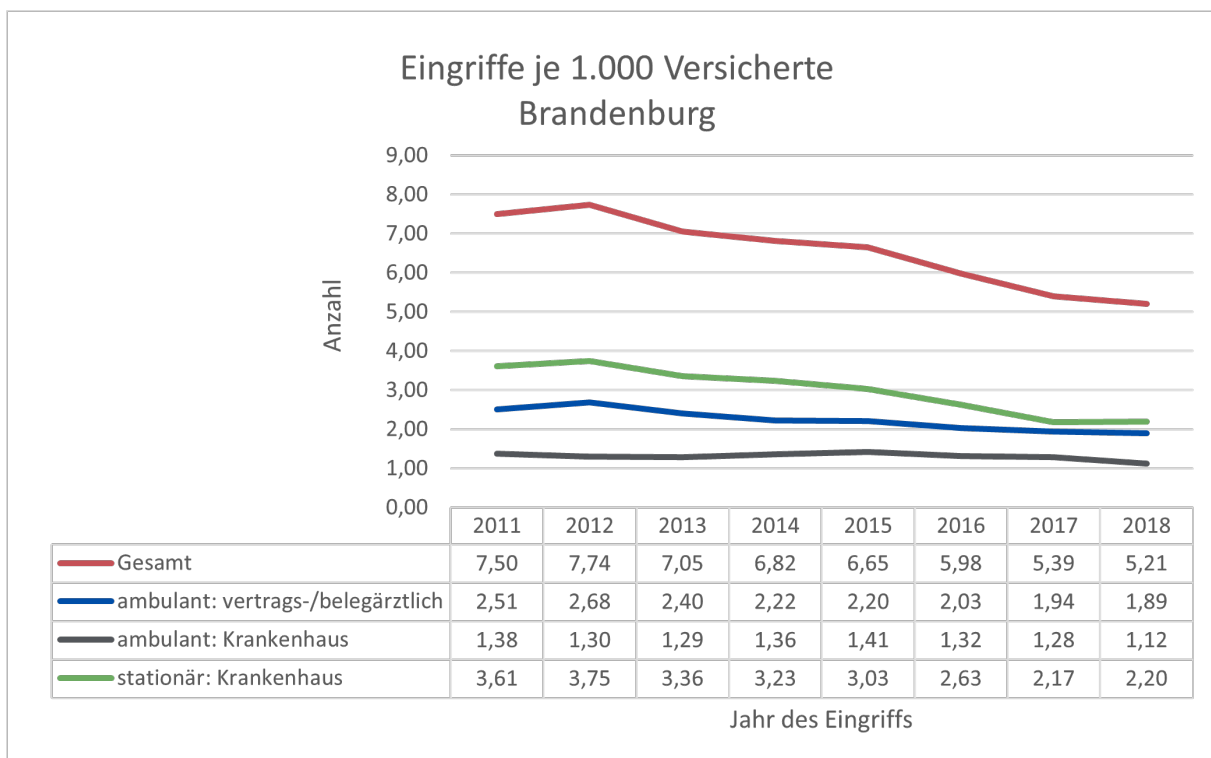


Abbildung 14: Knie-Arthroskopien – Brandenburg

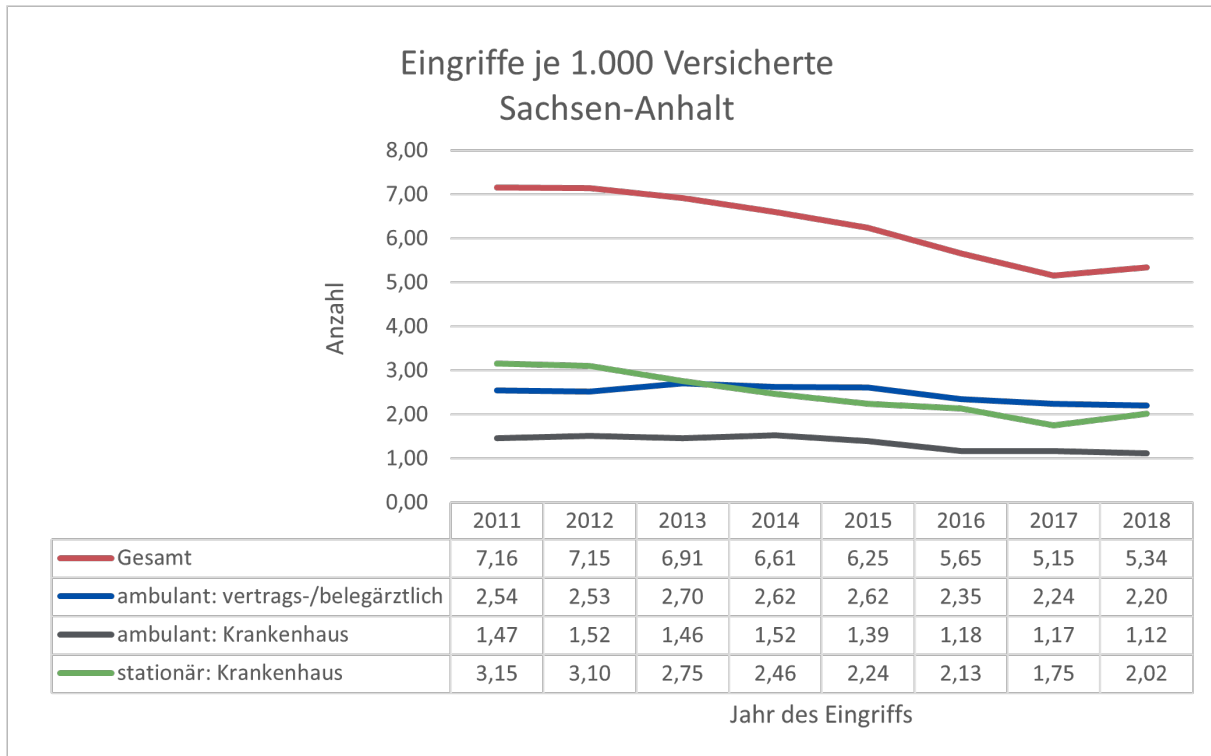


Abbildung 15: Knie-Arthroskopien – Sachsen-Anhalt

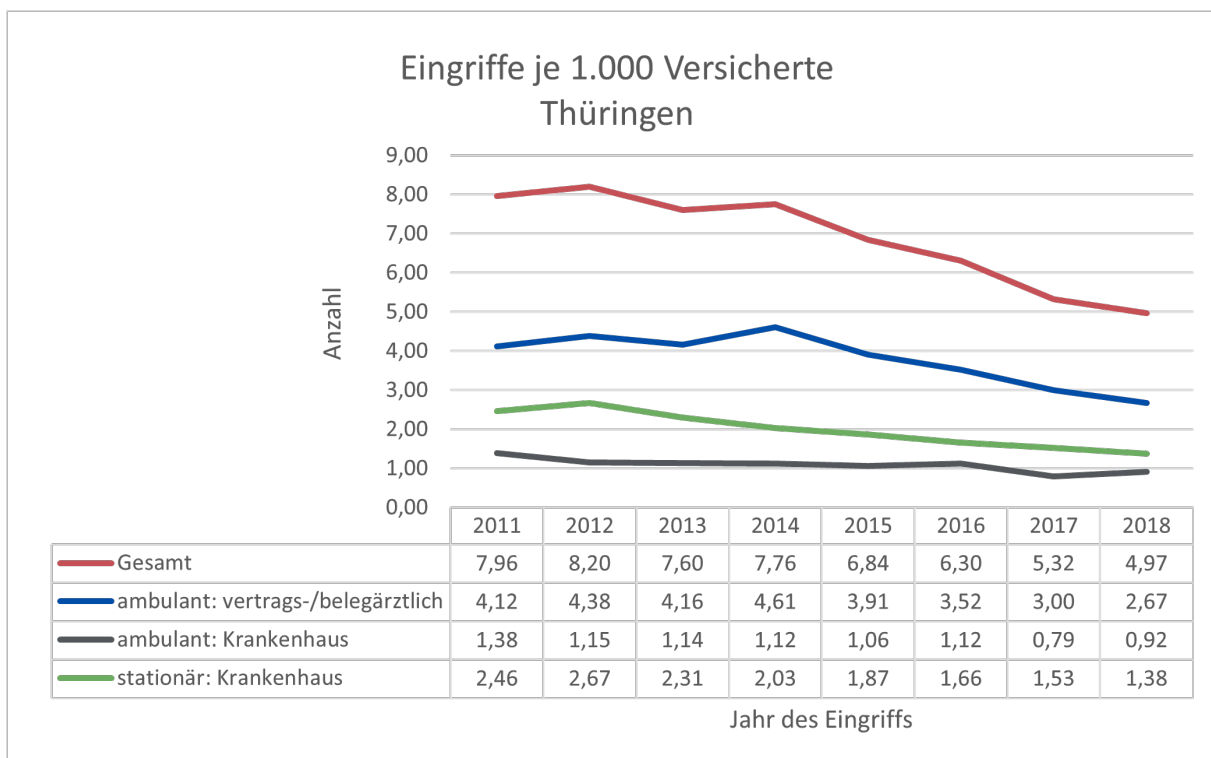


Abbildung 16: Knie-Arthroskopien – Thüringen

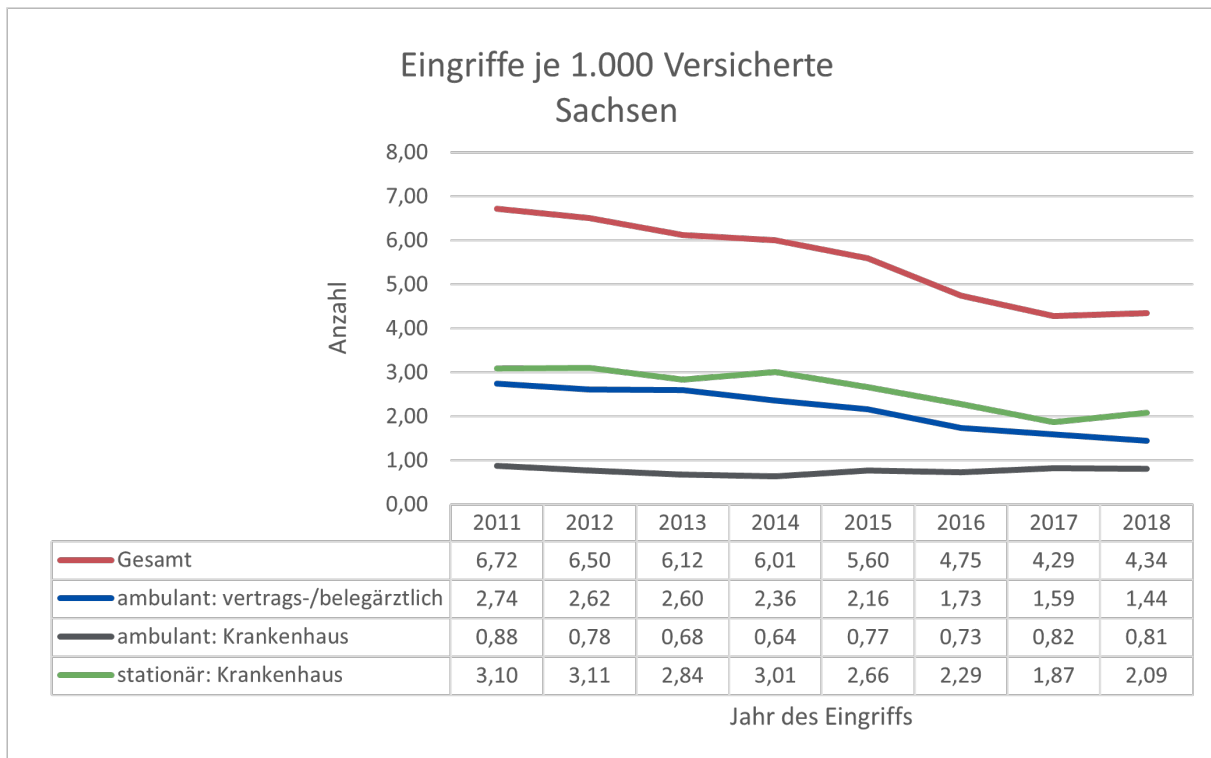


Abbildung 17: Knie-Arthroscopien – Sachsen

Ergebnisse des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie nach KV-Regionen

Hinweis: Der in den folgenden Grafiken angegebene Signifikanzwert bezieht sich auf die Prüfung der Zeitabhängigkeit des O/E-Wertes für alle Eingriffsarten zusammen. Ein Wert unter 0,05 deutet auf eine signifikante zeitliche Veränderung des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie hin. Da sich eine Signifikanz erst ab einer gewissen Anzahl an Ereignissen im Zähler zeigen lässt und schon der Qualitätsindex für alle KV-Regionen lediglich eine schwache Signifikanz aufweist, ist lediglich bei KV-Regionen mit einer höheren Fallzahl überhaupt eine signifikante Veränderung zu erwarten.

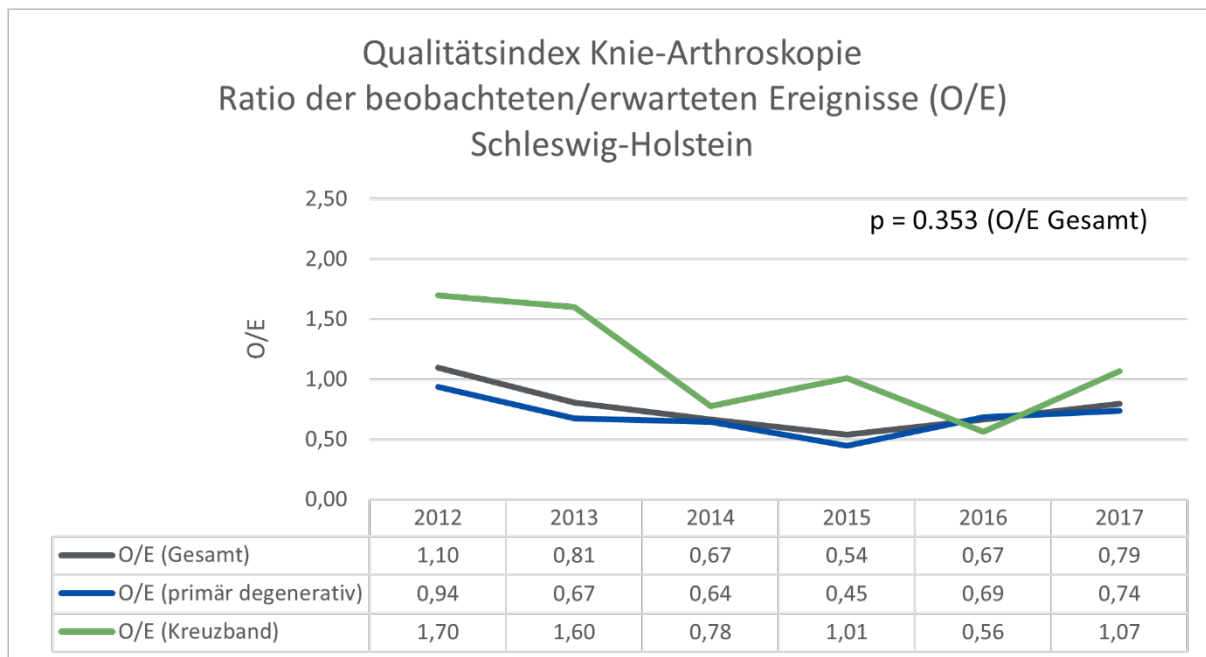


Abbildung 18: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Schleswig-Holstein

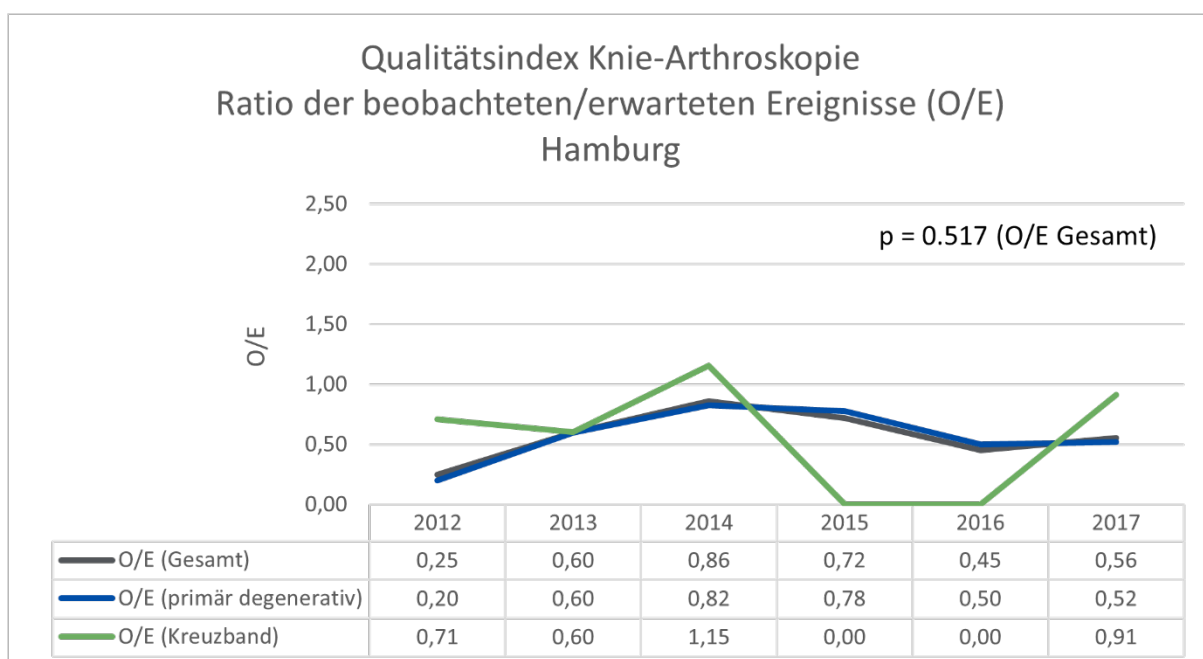


Abbildung 19: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Hamburg

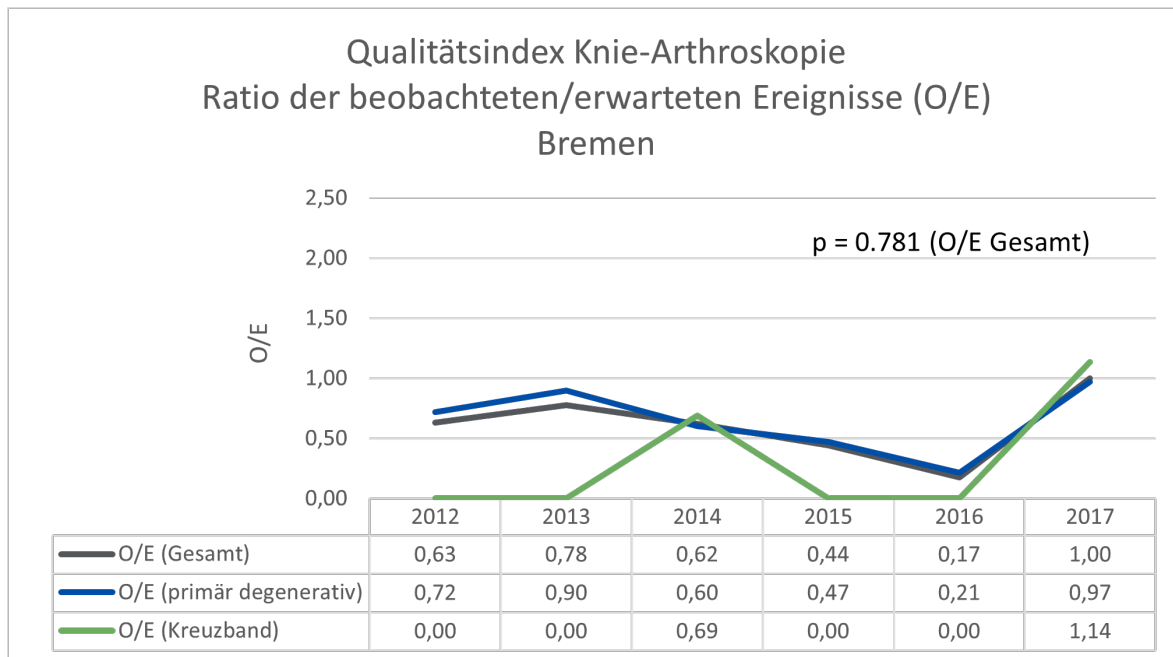


Abbildung 20: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Bremen

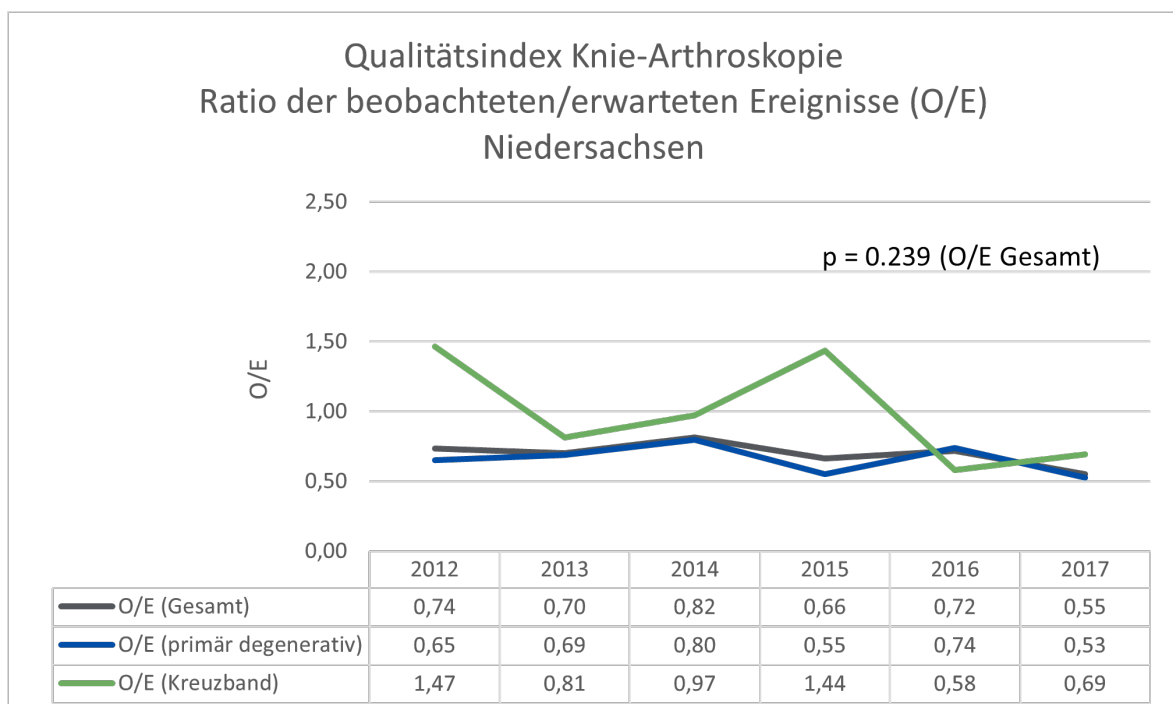


Abbildung 21: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Niedersachsen

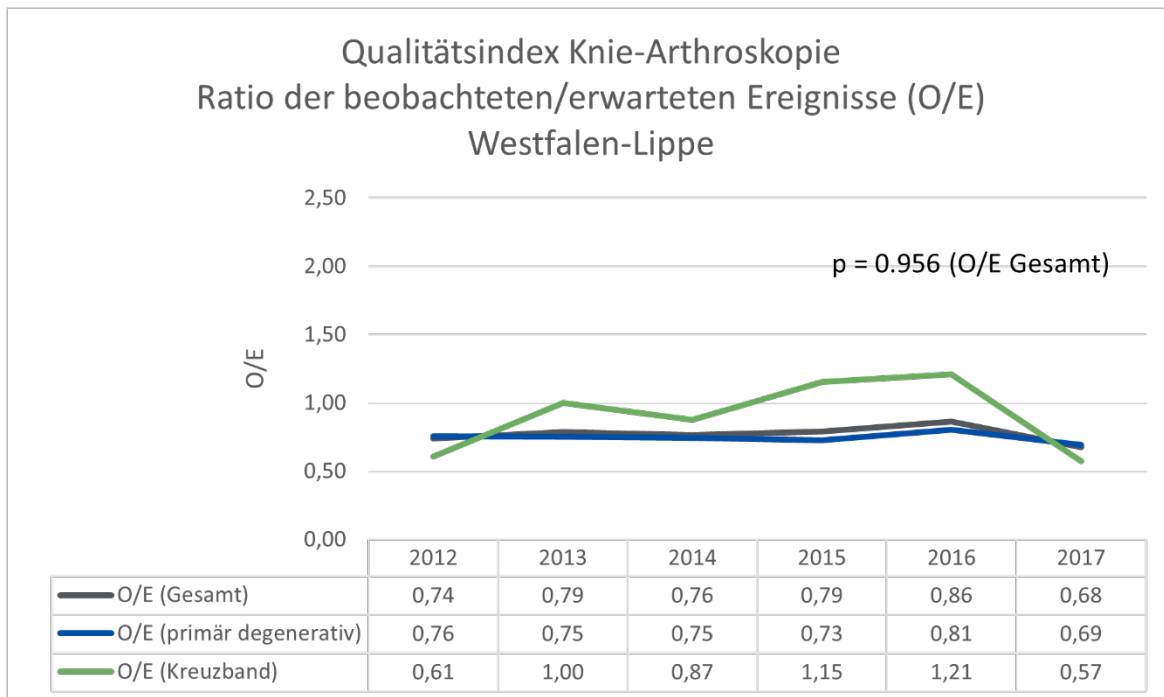


Abbildung 22: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Westfalen-Lippe

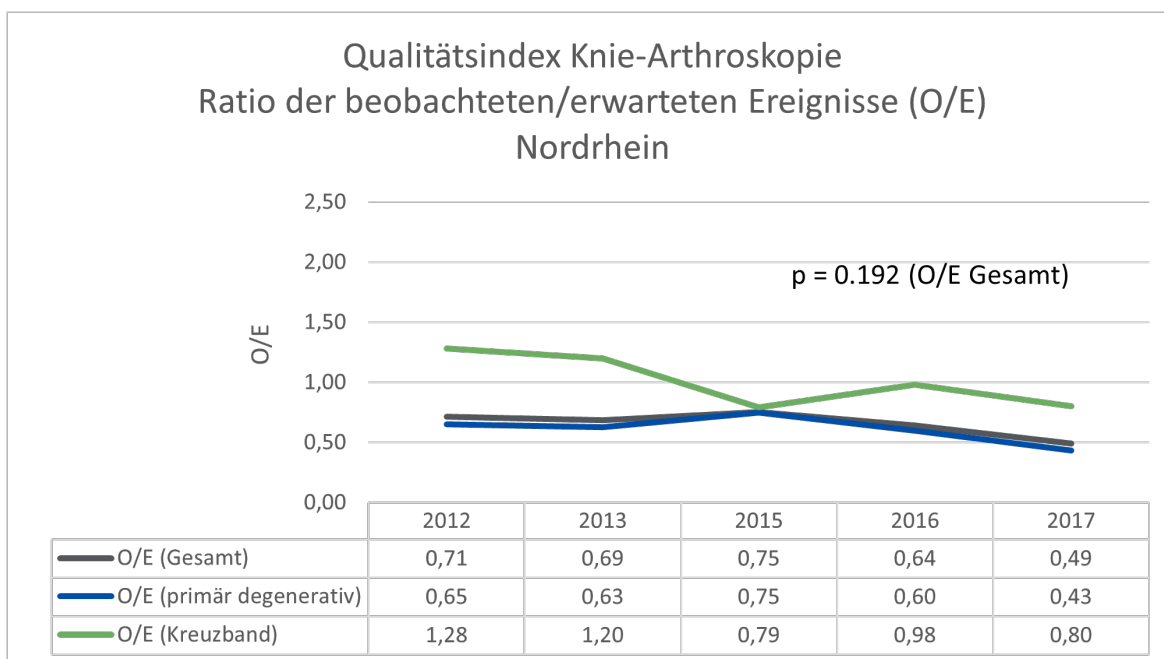


Abbildung 23: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Nordrhein

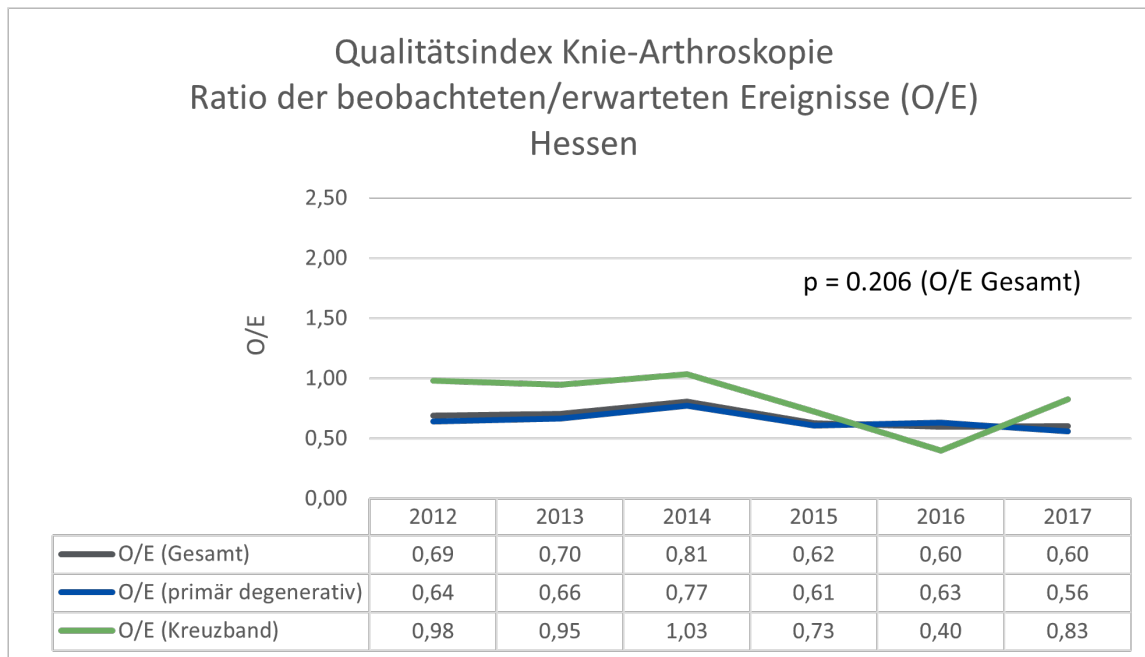


Abbildung 24: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Hessen

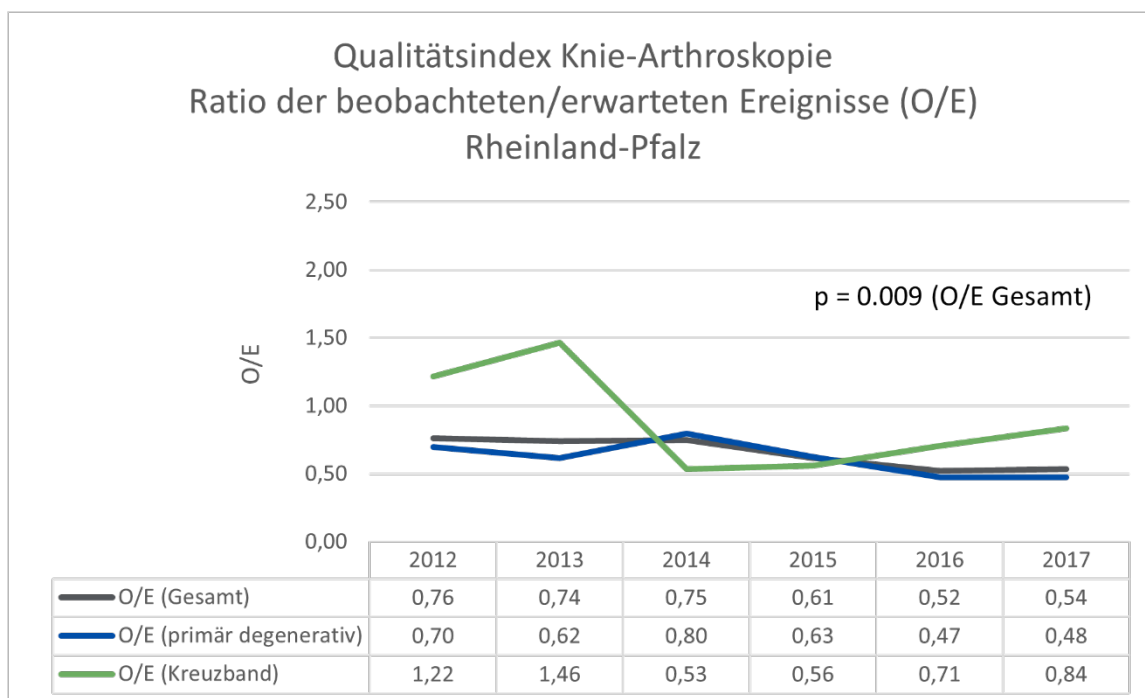


Abbildung 25: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Rheinland-Pfalz

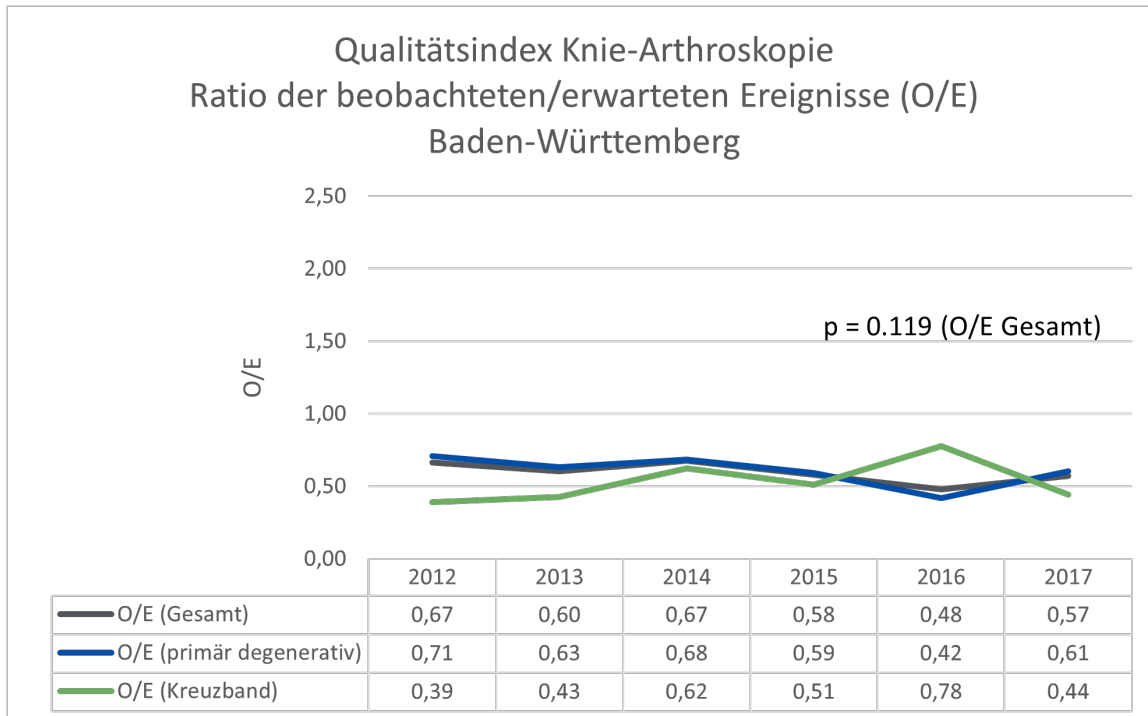


Abbildung 26: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Baden-Württemberg

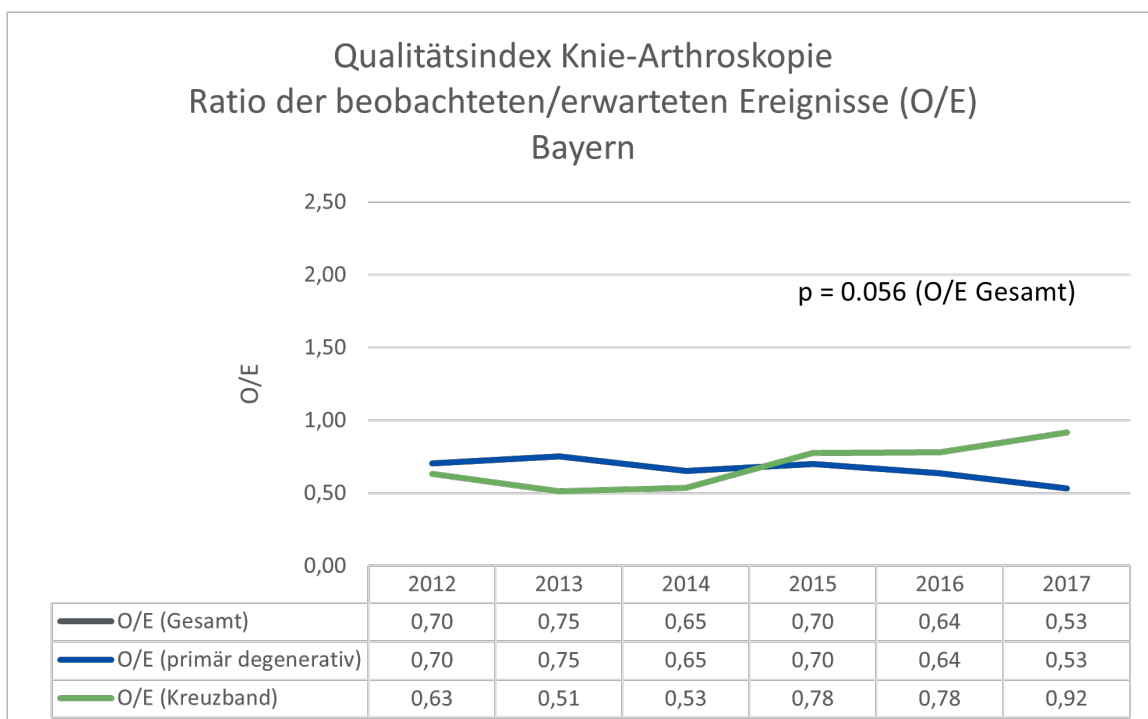


Abbildung 27: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Bayern

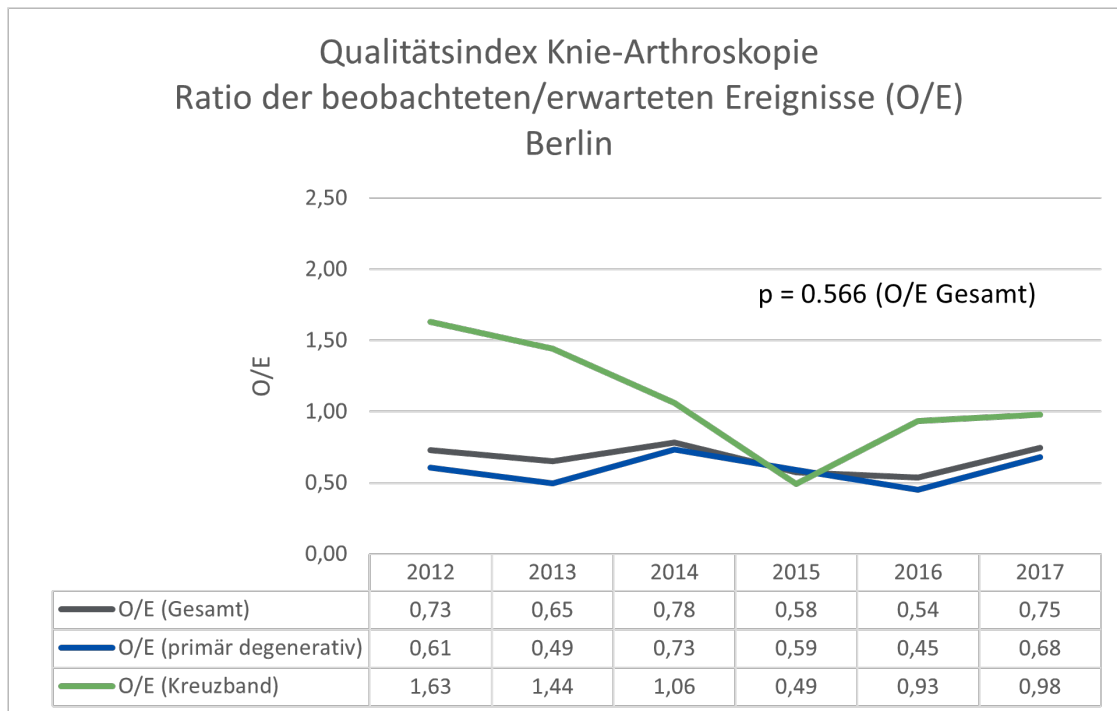


Abbildung 28: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Berlin

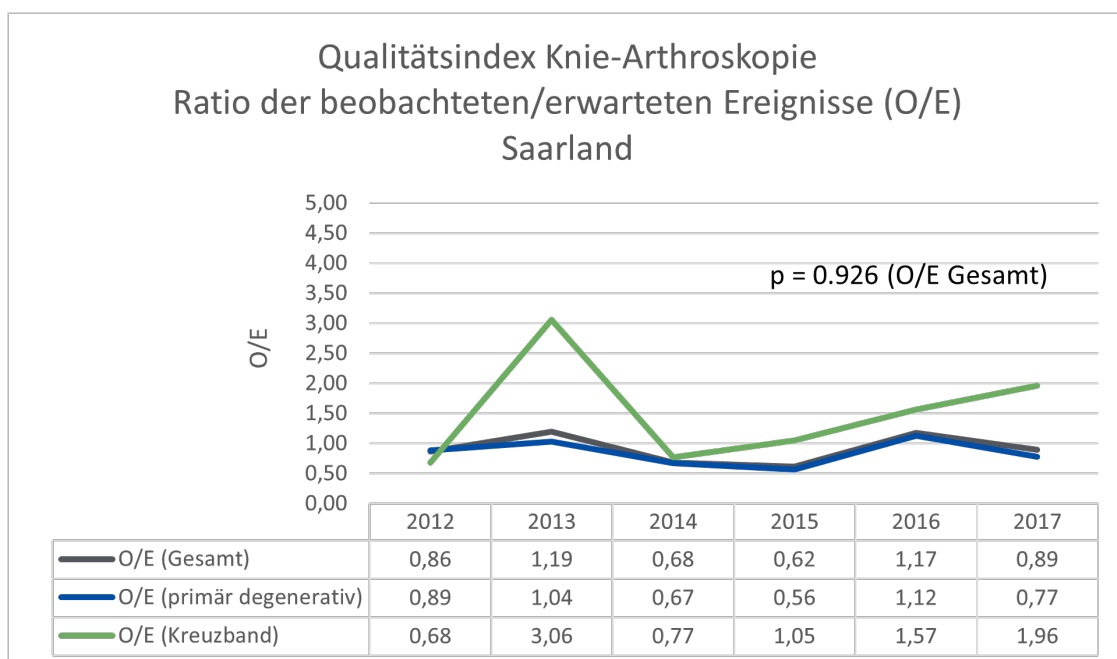


Abbildung 29: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Saarland

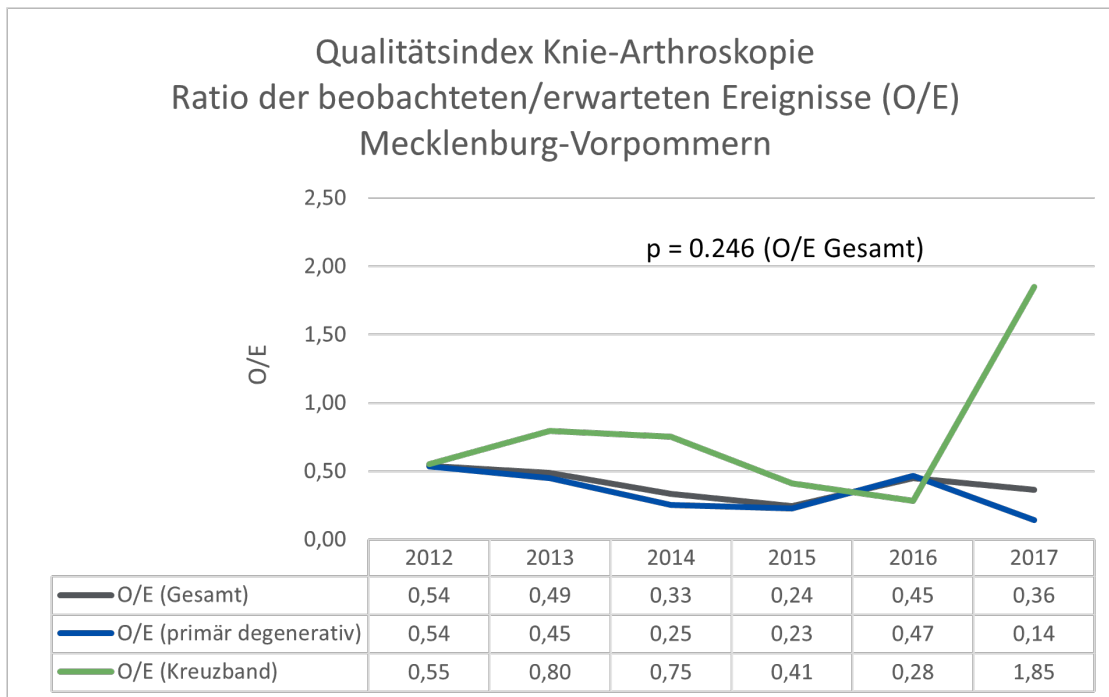


Abbildung 30: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Mecklenburg-Vorpommern

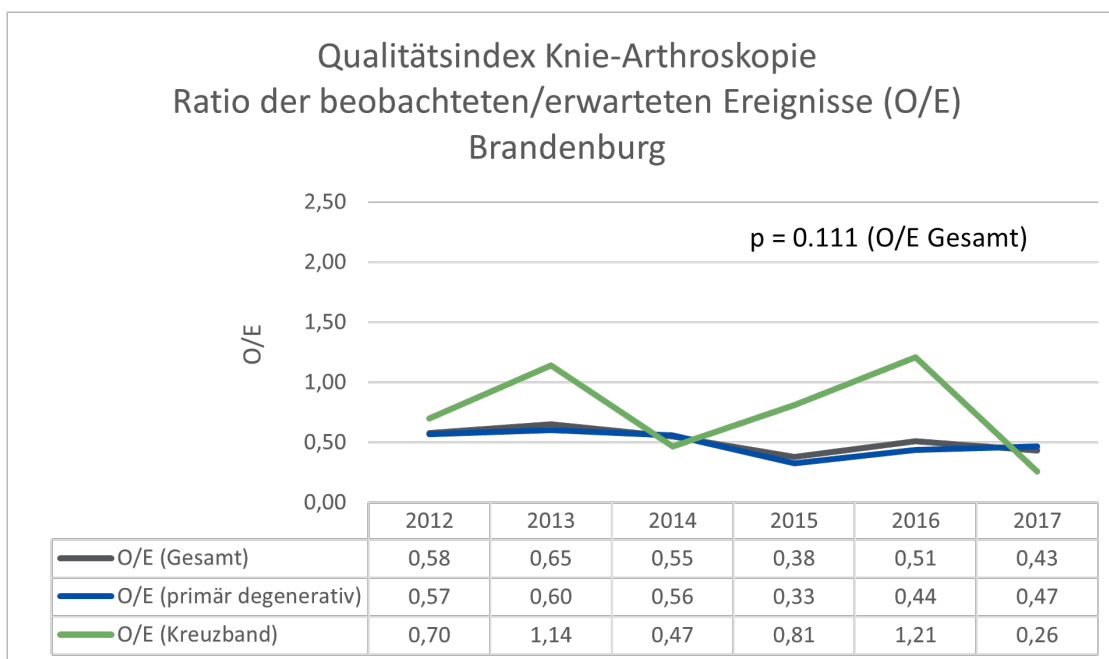


Abbildung 31: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Brandenburg

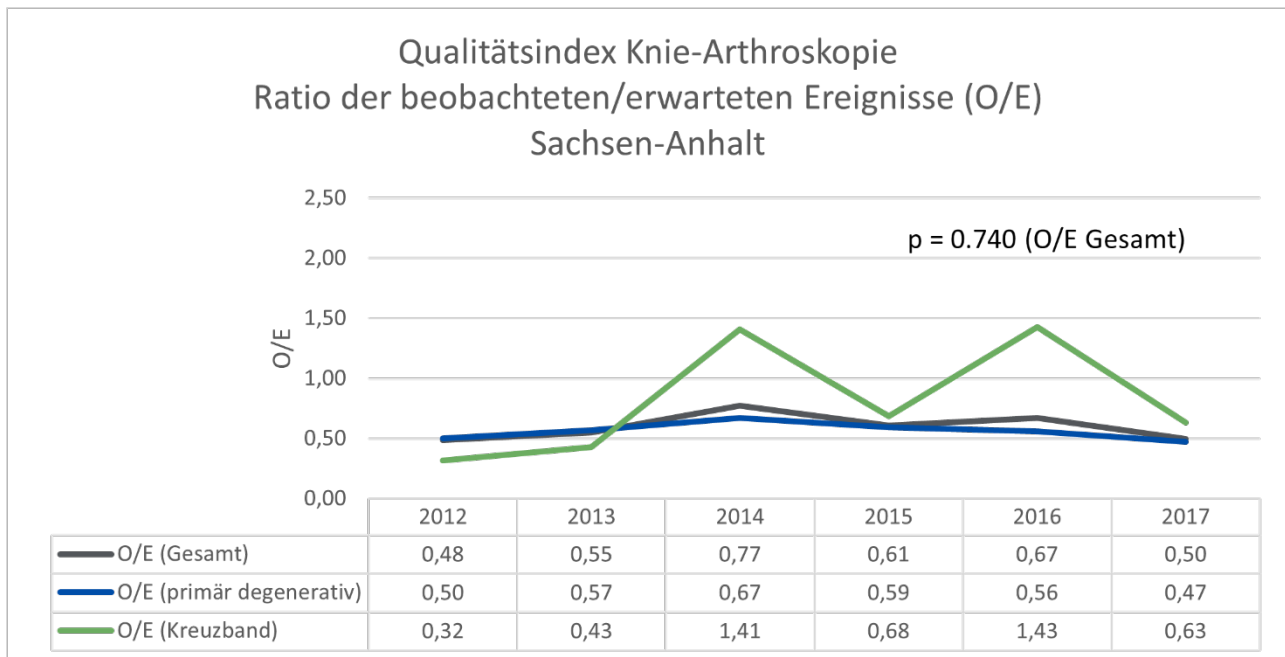


Abbildung 32: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Sachsen-Anhalt

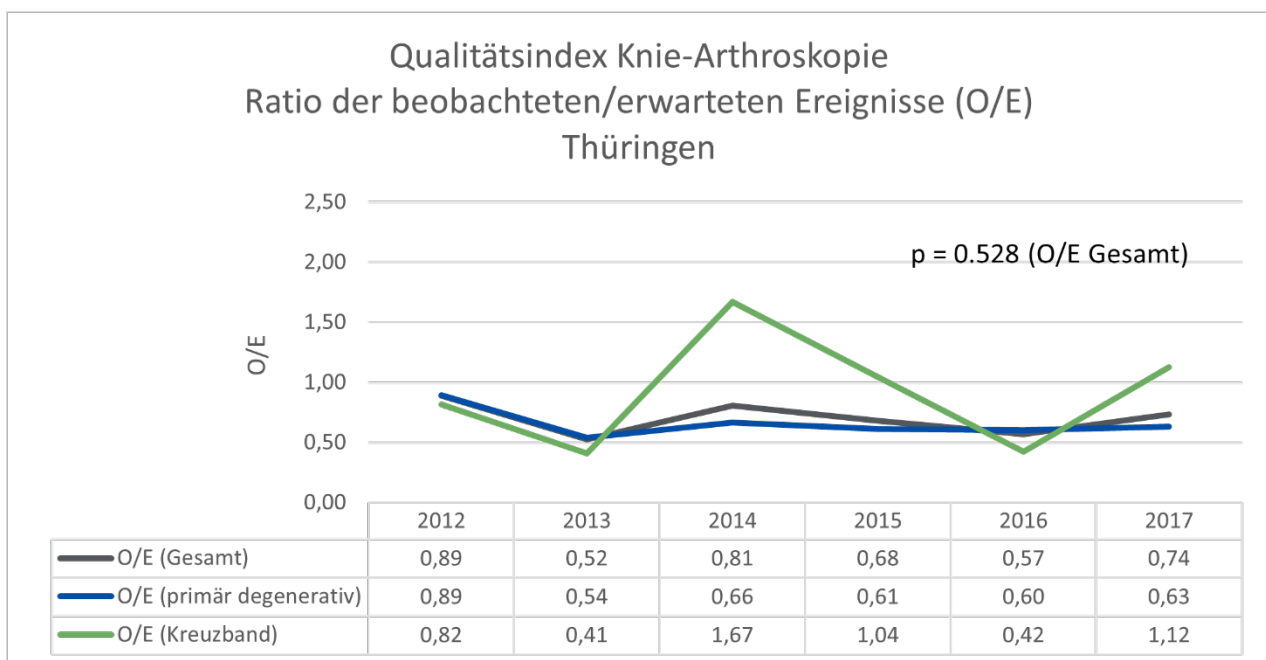


Abbildung 33: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Thüringen

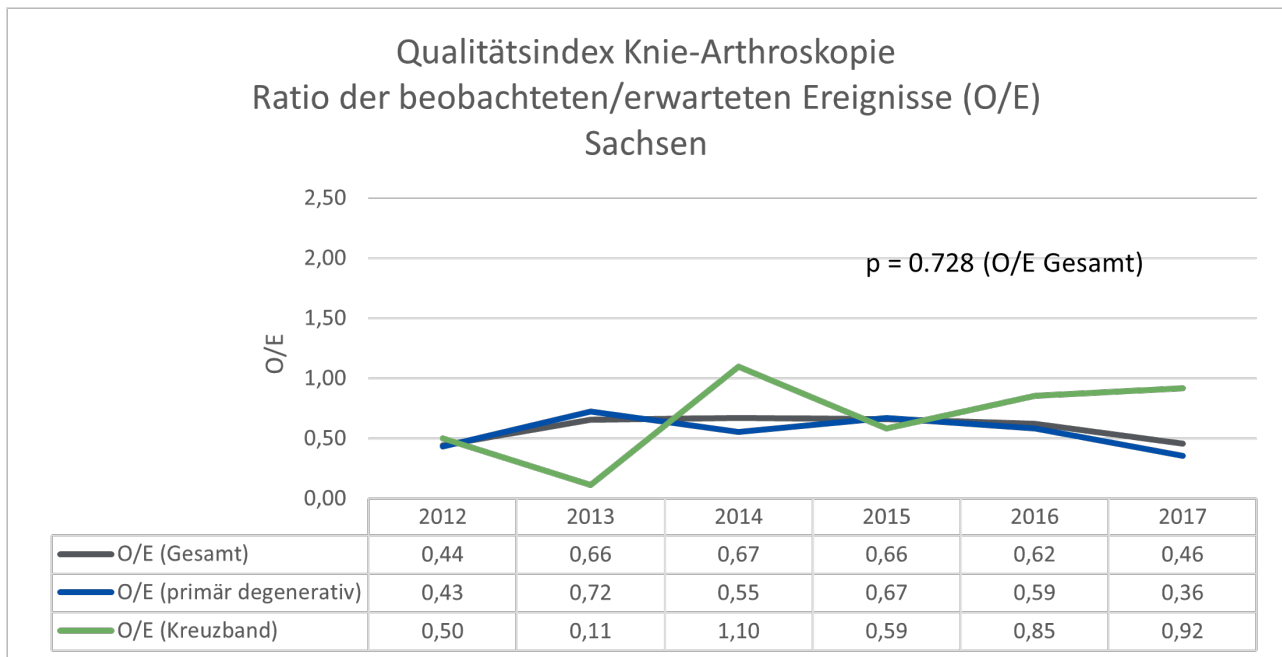


Abbildung 34: Qualitätsindex Knie-Arthroskopie – Sachsen

Einzelbetrachtung der Qualitätsindikatoren des Qualitätsindex Knie-Arthroskopie

Hinweis: Die dargestellten Zahlen bilden ausschließlich vertrags-/belegärztliche Knie-Arthroskopien ab. Unterschiede zwischen den Indikatoren in der Anzahl der Knie-Arthroskopien je 1.000 Versicherte im Nenner, bei gleicher Eingriffsart (primär degenerativ/Kreuzband), entstehen durch abweichende Nenner-Ausschlüsse.

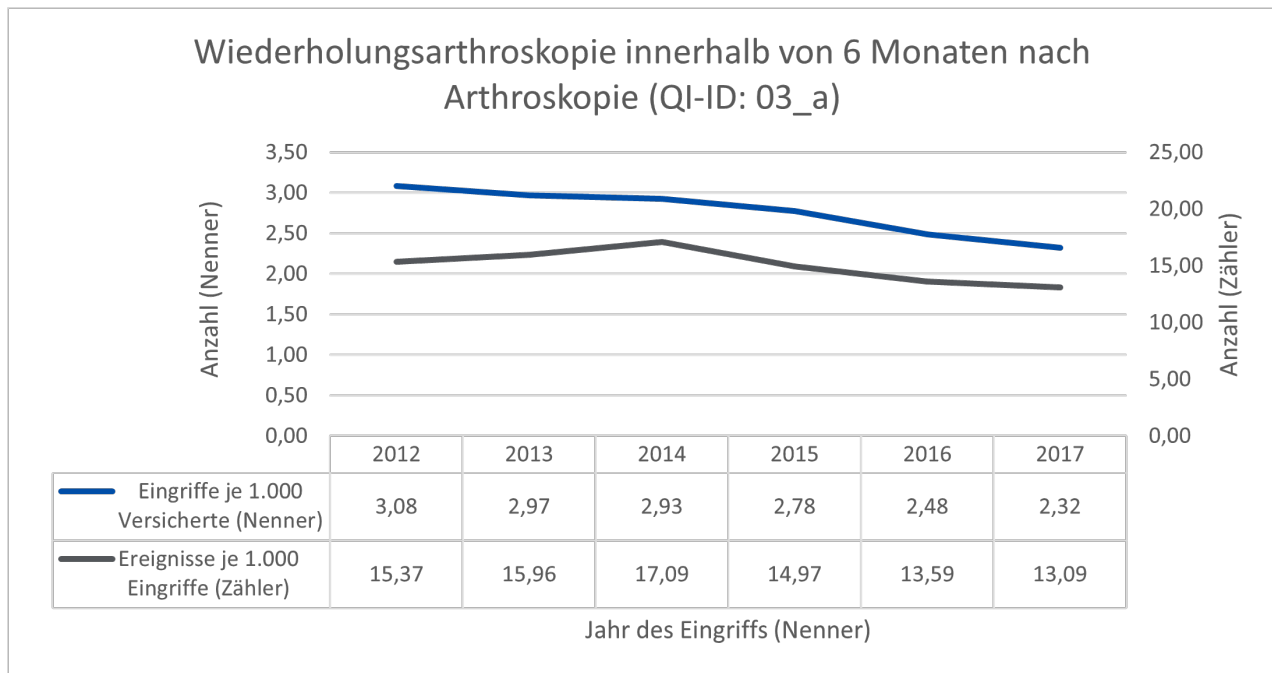


Abbildung 35: Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie (QI-ID: 03_a)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit einer Wiederholungsarthroskopie am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff).
Zähler	Alle Fälle, bei denen innerhalb von 6 Monaten nach dem Indexeingriff am selben Knie eine Wiederholungsarthroskopie durchgeführt wurde
Nenner	Alle arthroskopischen Indexeingriffe bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Folgende Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> – Frakturversorgungen des Kniegelenkes – Septische Veränderungen – Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes – Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk – Implantation einer in-vitro hergestellten Gewebekultur: Kniegelenk – Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk – Knorpeltransplantation: Kniegelenk

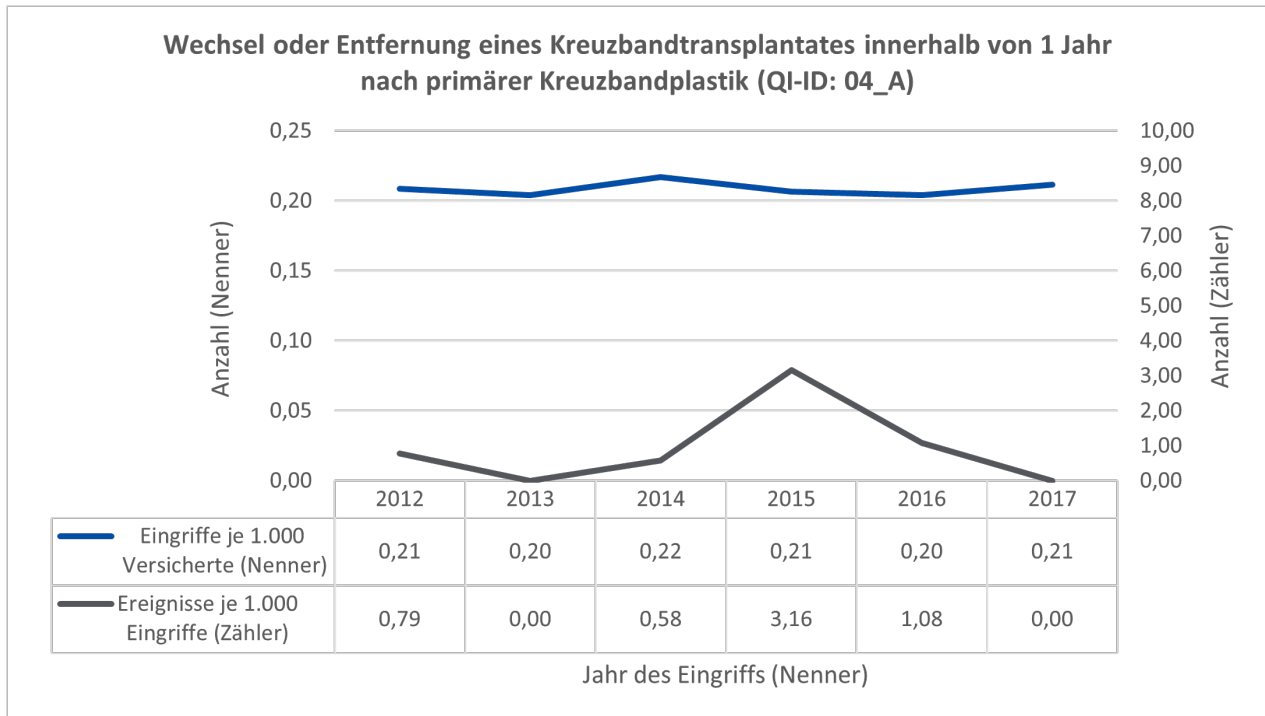


Abbildung 36: Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates innerhalb von 1 Jahr nach primärer Kreuzbandplastik (QI-ID: 04_A)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit Wechsel oder Entfernung eines Kreuzbandtransplantates am selben Knie innerhalb von 1 Jahr nach arthroskopisch durchgeführter primärer Kreuzbandplastik.
Zähler	Alle Fälle, bei denen innerhalb von 1 Jahr nach dem Indexeingriff am selben Knie das Kreuzbandtransplantat gewechselt oder entfernt wurde.
Nenner	Alle arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Frakturversorgungen des Kniegelenkes

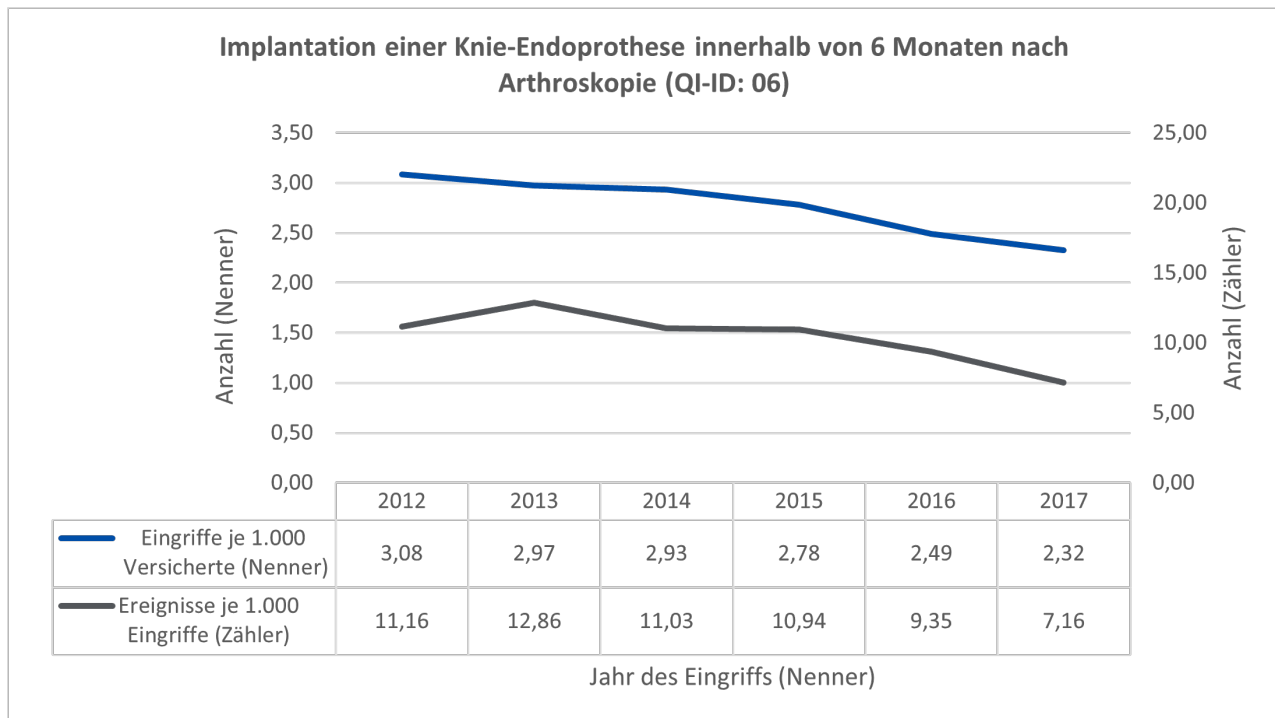


Abbildung 37: Implantation einer Knie-Endoprothese innerhalb von 6 Monaten nach Arthroskopie (QI-ID: 06)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit Implantation einer Knie-Endoprothese am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff).
Zähler	Alle Fälle, bei denen innerhalb von 6 Monaten nach dem Indexeingriff am selben Knie eine Knie-Endoprothese implantiert wurde.
Nenner	Alle arthroskopischen Indexeingriffe bei primär degenerativen nicht septischen Veränderungen im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Folgende Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> – Frakturversorgungen des Kniegelenkes – Septische Veränderungen – Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes – Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk – Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher/Defibrillator

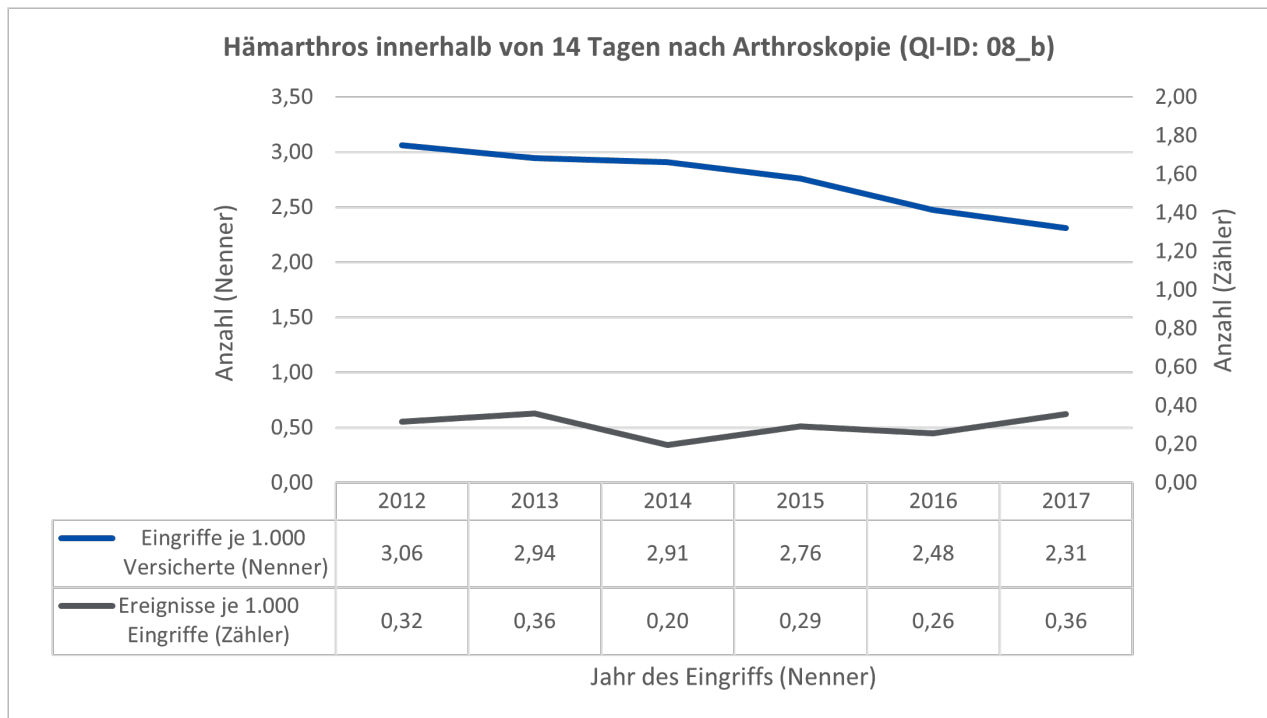


Abbildung 38: Hämarthros innerhalb von 14 Tagen nach Arthroskopie (QI-ID: 08_b)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit stationär oder ambulant operativ behandlungsbedürftigem Hämarthros am selben Knie innerhalb von 14 Tagen nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff).
Zähler	Alle Fälle, die innerhalb von 14 Tagen nach dem Indexeingriff stationär oder ambulant aufgrund eines Hämarthros am selben Knie operativ behandelt wurden
Nenner	Alle arthroskopischen Indexeingriffe bei primär degenerativen Veränderungen im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Folgende Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> – Frakturversorgungen des Kniegelenkes – Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes – Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk – Patienten mit hereditären Gerinnungsstörungen

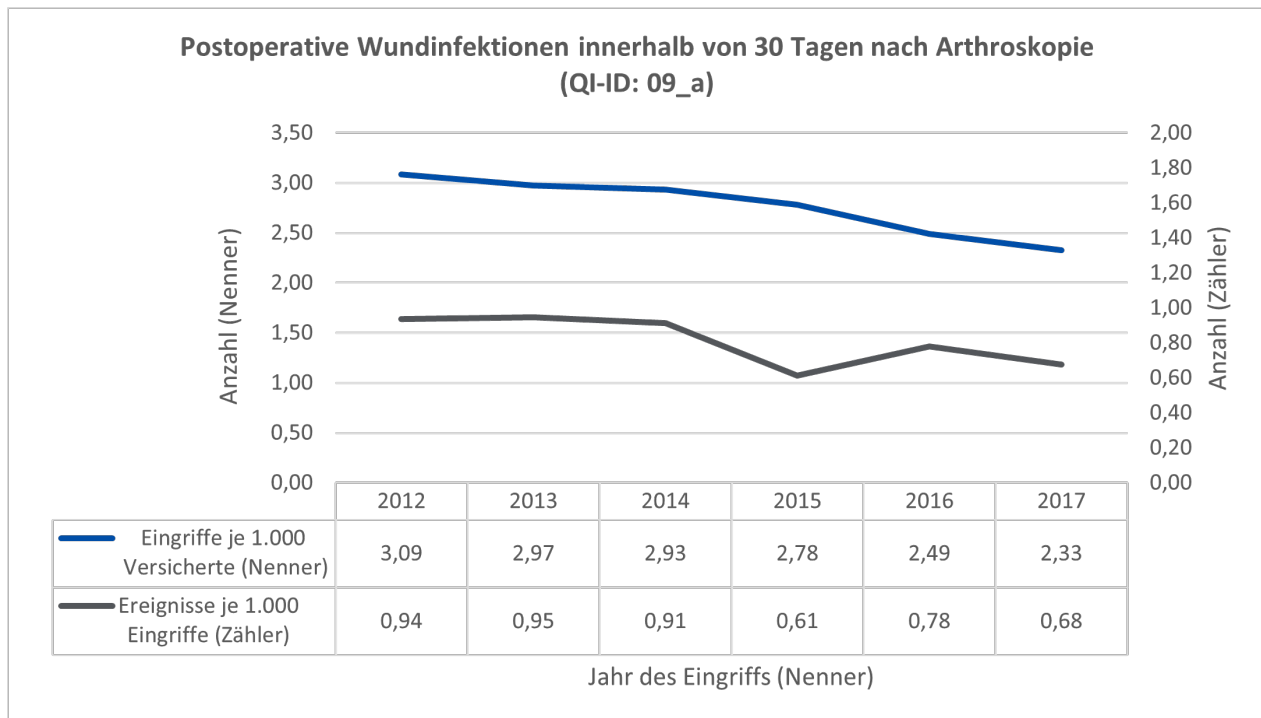


Abbildung 39: Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Arthroskopie (QI-ID: 09_a)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit stationär oder ambulant operativ behandlungsbedürftiger postoperativer Wundinfektion am selben Knie innerhalb von 30 Tagen nach arthroskopischem Indexeingriff bei primär degenerativen Veränderungen (exklusive Kreuzbandplastik/-eingriff).
Zähler	Alle Fälle, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff stationär oder ambulant aufgrund einer postoperativen Wundinfektion am selben Knie operativ behandelt wurden
Nenner	Alle arthroskopischen Indexeingriffe bei primär degenerativen Veränderungen im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Folgende Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> – Frakturversorgungen des Kniegelenkes – Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes – Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk

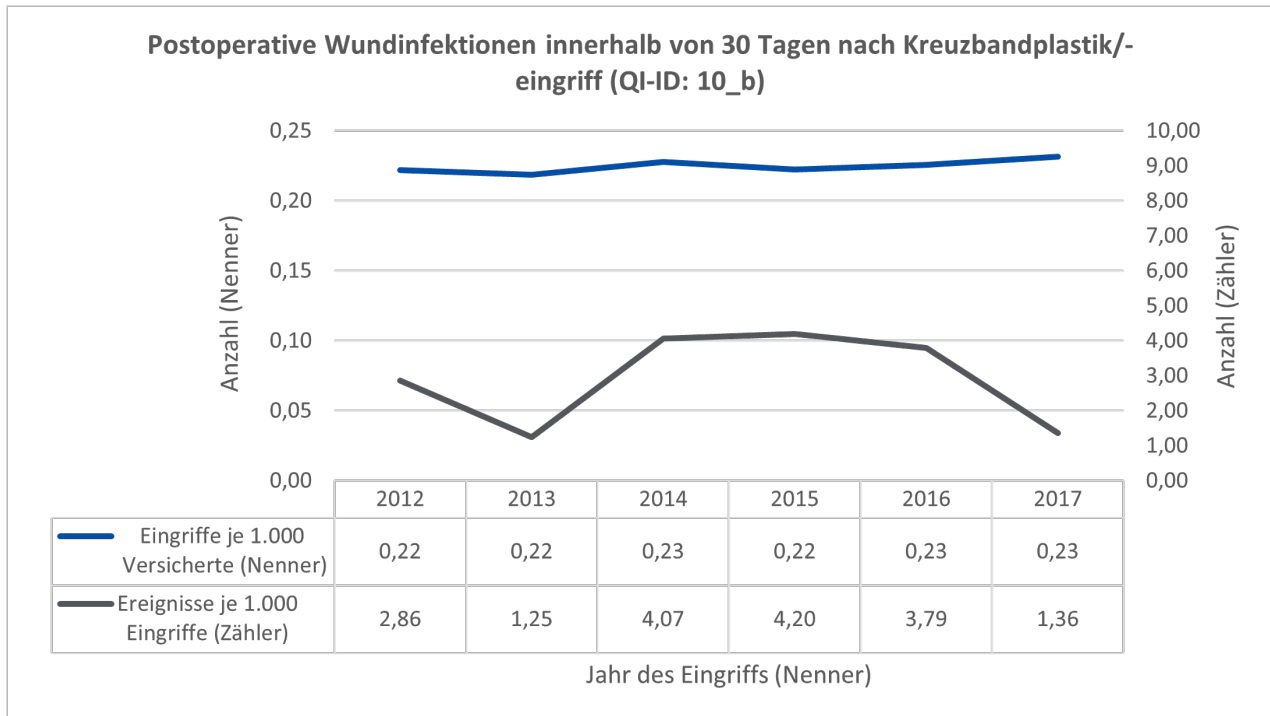


Abbildung 40: Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 Tagen nach Kreuzbandplastik/-eingriff (QI-ID: 10_b)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit stationär oder ambulant operativ behandlungsbedürftiger postoperativer Wundinfektion am selben Knie innerhalb von 30 Tagen nach arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken/-eingriffen.
Zähler	Alle Fälle, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff stationär oder ambulant aufgrund einer postoperativen Wundinfektion am selben Knie operativ behandelt wurden
Nenner	Alle arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken/-eingriffe im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Frakturversorgungen des Kniegelenkes

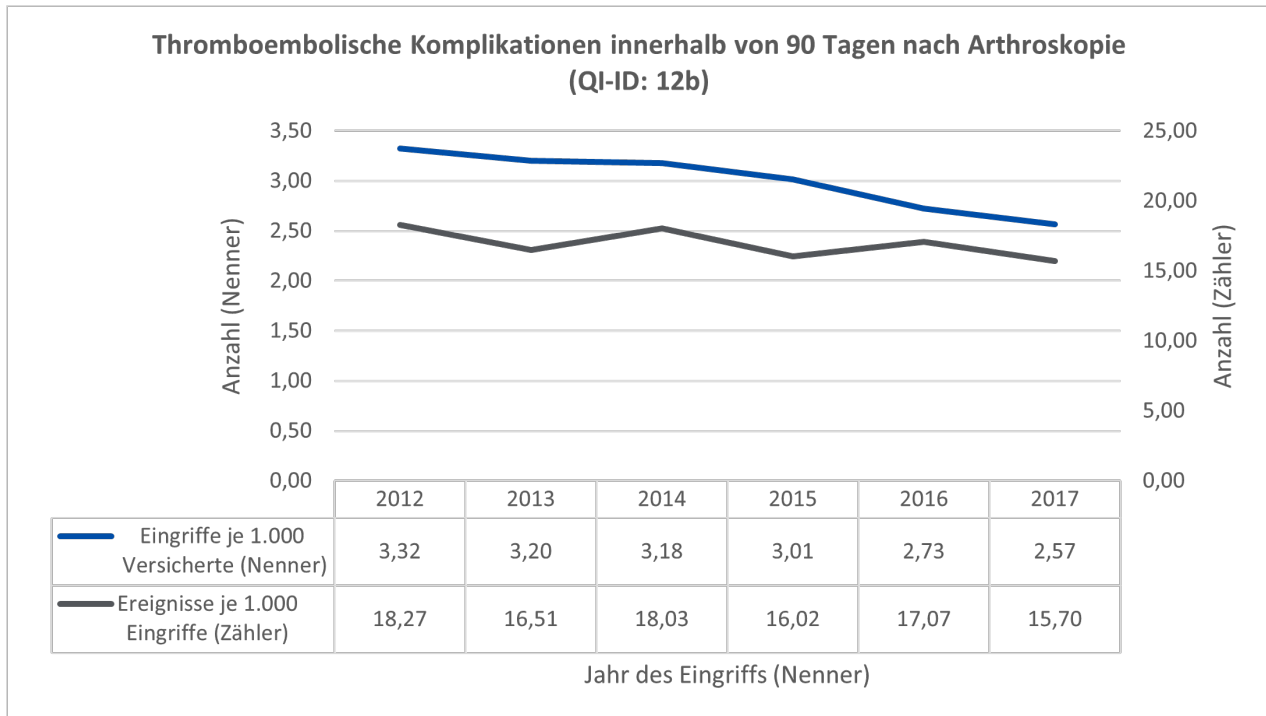


Abbildung 41: Thromboembolische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Arthroskopie (QI-ID: 12b)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit thromboembolischen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach arthroskopischem Indexeingriff.
Zähler	Alle Fälle mit thromboembolischen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach dem Indexeingriff
Nenner	Alle arthroskopischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Frakturversorgungen des Kniegelenkes ▪ Patienten mit Koagulopathien – Thrombophilie

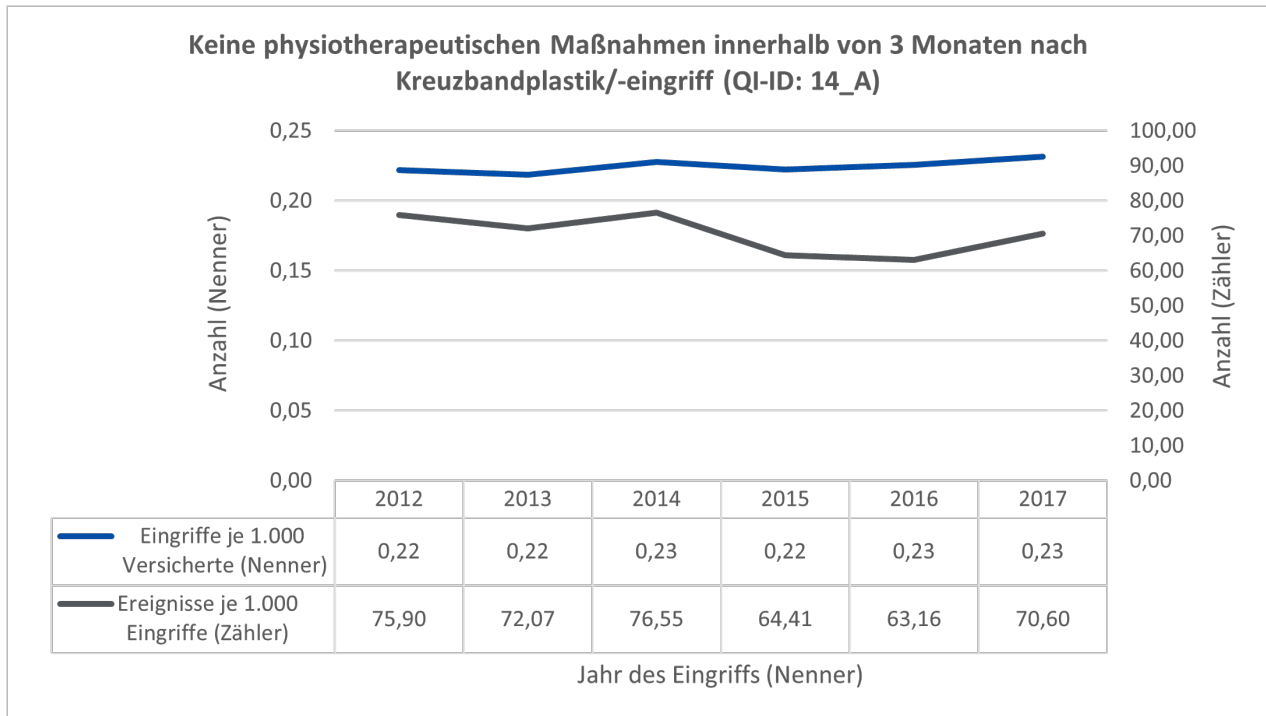


Abbildung 42: Keine physiotherapeutischen Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Kreuzbandplastik/-eingriff (QI-ID: 14_A)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle, die innerhalb von 3 Monaten nach arthroskopisch durchgeführter Kreuzbandplastik oder Kreuzbandeingriff keine physiotherapeutischen Maßnahmen erhalten haben.
Zähler	Alle Fälle die innerhalb von 3 Monaten nach dem Indexeingriff keine physiotherapeutischen Maßnahmen erhalten haben
Nenner	Alle arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken/-eingriffe im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Frakturversorgungen des Kniegelenkes

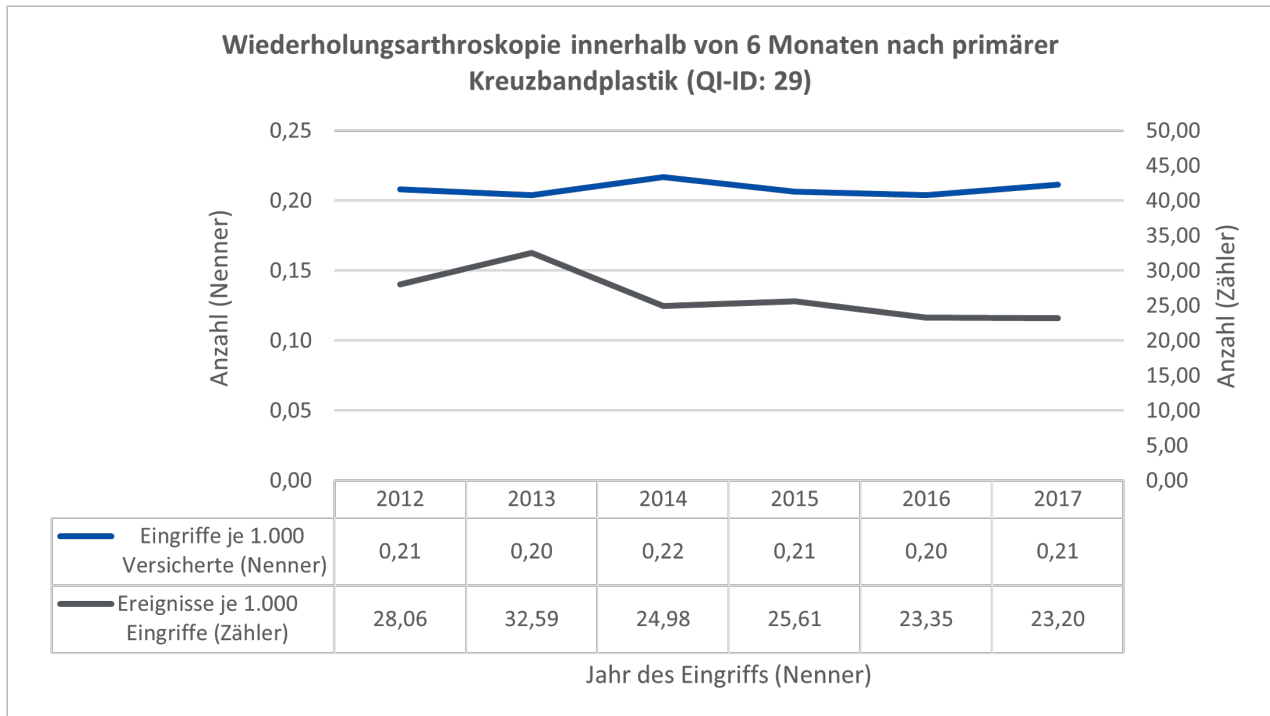


Abbildung 43: Wiederholungsarthroskopie innerhalb von 6 Monaten nach primärer Kreuzbandplastik (QI-ID: 29)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle mit einer Wiederholungsarthroskopie am selben Knie innerhalb von 6 Monaten nach arthroskopisch durchgeführter primärer Kreuzbandplastik.
Zähler	Alle Fälle, bei denen innerhalb von 6 Monaten nach dem Indexeingriff am selben Knie eine Wiederholungsarthroskopie durchgeführt wurde
Nenner	Alle arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Frakturversorgungen des Kniegelenkes ▪ Implantation von in-vitro hergestellten Gewebekulturen: Kniegelenk ▪ Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk ▪ Knorpeltransplantation: Kniegelenk

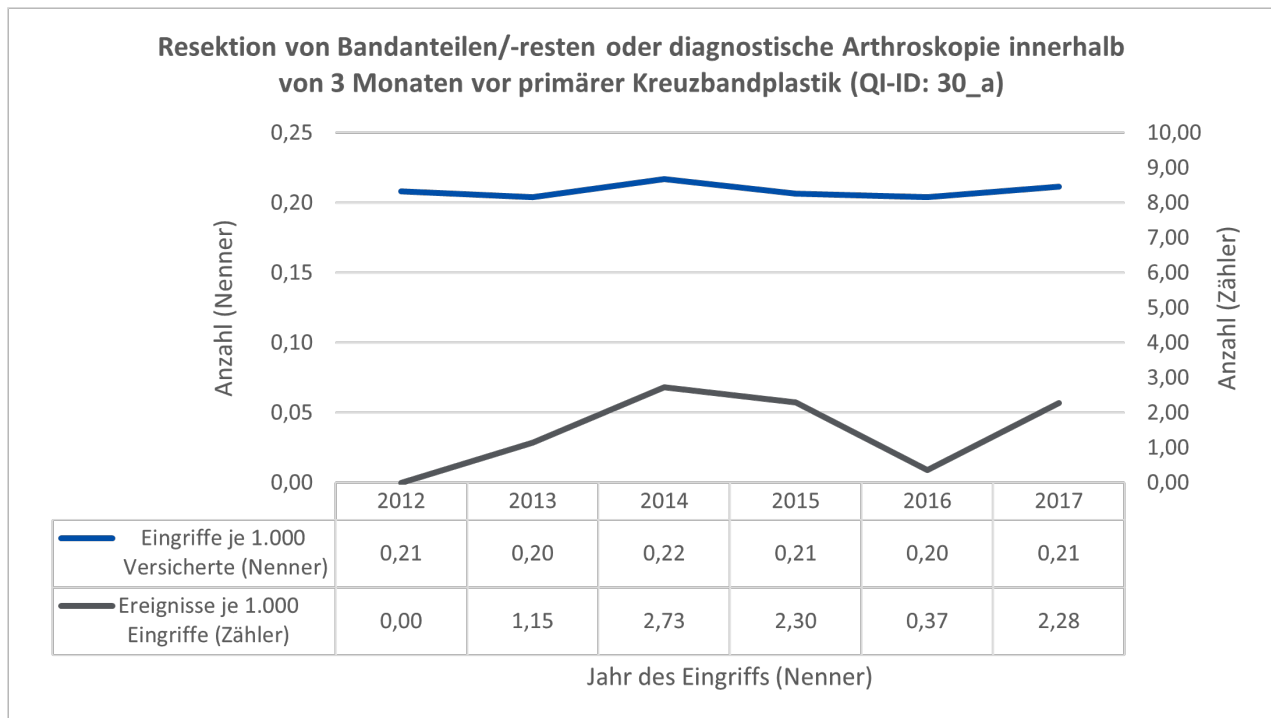


Abbildung 44: Resektion von Bandanteilen/-resten oder diagnostische Arthroskopie innerhalb von 3 Monaten vor primärer Kreuzbandplastik (QI-ID: 30_a)

Beschreibung	Dieser Indikator erfasst alle Fälle bei denen eine Resektion von Bandanteilen/-resten oder eine diagnostische Arthroskopie am selben Knie innerhalb von 3 Monaten vor arthroskopisch primärer Kreuzbandplastik durchgeführt wurde.
Zähler	Alle Fälle, bei denen 3 Monate vor dem Indexeingriff am selben Knie eine Resektion von Bandanteilen/-resten oder eine diagnostische Arthroskopie durchgeführt wurde.
Nenner	Alle arthroskopisch durchgeführten Kreuzbandplastiken im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre ▪ Frakturversorgungen des Kniegelenkes