

Knochendichtemessung mit DXA-Methode als unzulässige IGeL statt Kassenleistung

Marktcheck-Bericht

März 2022

Verbraucherzentrale NRW e.V.
Bereich Markt und Recht
Gruppe Gesundheits- und Pflegemarkt
Mintropstraße 27
40215 Düsseldorf
gesundheit@verbraucherzentrale.nrw
<http://www.verbraucherzentrale.nrw>

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis.....	2
2. Ausgangslage.....	3
2.1 Krankheitsbild Osteoporose.....	3
2.2 Knochendichtemessung mittels DXA-Methode.....	3
2.3 Rechtslage.....	3
2.4 Vergütung der Knochendichtemessung.....	5
2.5 Disease-Management-Programm (DMP) für Osteoporose.....	5
3. Problemstellung und Zielsetzung des Marktchecks.....	6
3.1 Problemstellung.....	6
3.2 Zielsetzung.....	7
4. Methodik.....	7
4.1 Einführung in die Methodik.....	7
4.2 Auswahl der Untersuchungsregionen.....	8
4.3 IFG-Anfragen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	9
4.4 Terminanfragen zur Knochendichtemessung an Vertragsarztpraxen.....	9
5. Ergebnisse.....	12
5.1 Ergebnisse der IFG-Anfragen an die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	12
5.1.1 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.....	12
5.1.2 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe.....	13
5.2 Ergebnisse der Terminanfragen an die Vertragsarztpraxen.....	15
6. Fazit.....	19
7. Forderungen.....	20
7.1 Verbesserung der Versorgungsdichte.....	20
7.2 Ermittlung, Sanktionierung und Verhinderung von Verstößen.....	20
7.3 Problembewusstsein und Compliance in den Arztpraxen.....	21
7.4 Abrechnungsgenehmigung als Suchkriterium in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.....	22
8. Quellenverzeichnis.....	23

2. Ausgangslage

2.1 Krankheitsbild Osteoporose

Die Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die sich durch eine schleichende Verschlechterung des Knochengewebes und einer dadurch bedingten Neigung zu Knochenbrüchen äußert.¹ Da sich die Krankheit langsam entwickelt, haben Betroffene anfangs keine Symptome oder Schmerzen. Typische Folge der fortgeschrittenen Osteoporose sind hüftgelenksnahe Brüche des Oberschenkelknochens (Hüftfrakturen) und handgelenksnahe Brüche der Speiche (distale Radiusfrakturen).² Frauen erkranken mehr als drei Mal so häufig an Osteoporose wie Männer, insbesondere mit zunehmendem Alter: In der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind 24 Prozent der Frauen von Osteoporose betroffen.³

2.2 Knochendichtemessung mittels DXA-Methode

Zur Diagnostik bei erhöhtem Osteoporose-Risiko wird meist an der Lendenwirbelsäule oder dem Oberschenkelknochen eine Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) durchgeführt. Als weltweiter Goldstandard für diese Messung gilt die sogenannte DXA-Methode („Dual Energy X-ray Absorptiometry“). Hierbei handelt es sich um ein spezielles Röntgenverfahren, das aufgrund seines hohen Evidenzgrades auch von der S3-Leitlinie des Dachverbandes Osteologie als Basisdiagnostik empfohlen wird.⁴ Als Ergebnis dieser Messung wird ein sogenannter T-Score ermittelt: Während ein T-Score von 0 bis -1 als normal und ein T-Score von -1 bis -2,5 nur als vermindert gilt, deutet ein T-Score von weniger als -2,5 auf eine bestehende Erkrankung an Osteoporose hin.⁵

2.3 Rechtslage

Seit dem Jahr 2013 haben gesetzlich Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf eine Knochendichtemessung mittels DXA-Methode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (der Einfachheit halber wird im Folgenden von „Kassenleistung“ gesprochen). Der Anspruch setzt nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) voraus, dass „aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde, bei-

1 Dachverband Osteologie, Leitlinie OSTEOPOROSE (2017), S. 3.

2 RKI, Gesundheit A-Z: Osteoporose (2020).

3 BZgA, Frauengesundheitsportal: Osteoporose (2021).

4 Dachverband Osteologie, Leitlinie OSTEOPOROSE (2017), S. 84.

5 IQWiG, gesundheitsinformation.de: Osteoporose (2018).

spielsweise bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma, eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht“.⁶

Befunde, bei denen eine medikamentöse Therapie der Osteoporose indiziert sein kann und die Knochendichtemessung damit nach dem Beschluss des G-BA zur Kassenleistung wird, sind beispielsweise:

- Frakturen an Wirbelkörpern oder Oberschenkelknochen,
- hochdosierte Behandlung mit oralen Glukokortikoiden wie Cortison (die Einnahme von Cortison über eine längere Zeit gilt als ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Osteoporose⁷),
- Vorliegen bestimmter Risiko-Erkrankungen (u.a. Diabetes Typ 1, Rheuma, Rauchen/COPD, Herzinsuffizienz, Epilepsie, Zöliakie) in Verbindung mit alters- und geschlechtsbedingt erhöhtem Frakturrisiko (z.B. bei Frauen nach der Menopause).⁸

Bei Frauen ab dem 70. Lebensjahr und Männern ab dem 80. Lebensjahr wird die Basisdiagnostik einschließlich der Knochendichtemessung von den Urheber:innen der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose generell empfohlen.⁸

Die Knochendichtemessung kann nach fünf Jahren als Kassenleistung wiederholt werden, in begründeten Ausnahmefällen auch früher. Ihre Ausführung und Abrechnung ist jedoch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Arztpraxis generell genehmigungspflichtig.⁹ Die Genehmigung wird den Vertragsärzt:innen auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt, wenn sie die Voraussetzungen der fachlichen Befähigung und der apparativen Ausstattung erfüllen. Folgende Fachkenntnisse für die Ausführung und Abrechnung von Knochendichtemessungen als Kassenleistung werden vorausgesetzt:

1. die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“;
2. die selbstständige Durchführung von 50 Untersuchungen unter Anleitung eines in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbstständiger Einstellung des Gerätes und selbstständiger Befundung.¹⁰

6 G-BA, Osteodensitometrie-Beschluss (2013).

7 BMG, gesund.bund.de: Osteoporose (2020).

8 Dachverband Osteologie, Leitlinie OSTEOPOROSE (2017), S. 152 ff.

9 BMV-Ä, Anlage 3: Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, § 2.

10 BMV-Ä, Anlage 3: Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, § 8.

Liegen diese Genehmigungsvoraussetzungen vor, dürfen und müssen Vertragsärzt:innen die DXA-Messung bei entsprechender medizinischer Indikation als Kassenleistung erbringen. Eine Rückgabe der Abrechnungs- und Durchführungsgenehmigung bzw. Nichtbeantragung der Genehmigung und privatrechtliche Abrechnung der Leistung stellt nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten dar.¹¹ Zum Ausmaß der seit Änderung der Rechtslage im Jahr 2013 zurückgegebenen Abrechnungsgenehmigungen liegen den Autor:innen dieses Marktchecks keine Zahlen vor. Diese Form vertragsärztlichen Fehlverhaltens ist auch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

2.4 Vergütung der Knochendichtemessung

In den letzten Jahren wurde die vertragsärztliche Vergütung für die Knochendichtemessung als Kassenleistung mehrfach – zuletzt 2019 – erhöht und beträgt nun 30,19 Euro.¹² Im Gegensatz dazu beträgt das Honorar für die Praxis im Falle einer Privatliquidation als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) auf Grundlage der GOÄ-Ziffern 1 (Beratung) und 5475 (Osteodensitometrie) bei einem 2,3-fachen Gebührenfaktor¹³ rund 51 Euro.

2.5 Disease-Management-Programm (DMP) für Osteoporose

Im Jahr 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Osteoporose in den Katalog chronischer Krankheiten aufgenommen, für die strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V entwickelt werden sollen. Diese sogenannten Disease-Management-Programme (DMP) verfolgen das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern.

Zielgruppe des DMP Osteoporose sind Patientinnen und Patienten, bei denen eine Indikation zur medikamentösen Behandlung von Osteoporose besteht.¹⁴ Sofern (noch) keine osteoporose-assoziierten Frakturen vorliegen, gilt ein mindestens 30-prozentiges Frakturrisiko innerhalb der nächsten zehn Jahre als Einschreibekriterium. Dieses Risiko wird anhand der bekannten Risikofaktoren, des Alters und der Knochendichte (ermittelt durch DXA-Messung) berechnet.¹⁵

11 GKV-Spitzenverband, Rundschreiben 2014/196 (2014).

12 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Ziffern 34600 und 34601. Zuletzt wurde die Vergütung 2019 erhöht: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2019-01-01_BA_430_BeeG_FinE_Teil_A_B_Osteodensitometrie.pdf.

13 Der 2,3-fache Gebührenfaktor wird in der privatärztlichen Abrechnung häufig verwendet, da oberhalb dieses Satzes gemäß § 12 Abs. 3 GOÄ eine besondere Begründungspflicht für Schwierigkeit und Zeitaufwand der Untersuchung besteht.

14 G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss „DMP Osteoporose“ (2020).

15 G-BA, DMP-Anforderungen-Richtlinie, Anlage 19 (2020), Ziffer 1.2.

Die praktische Umsetzung des DMP steht noch aus und es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht absehbar, wie viele Arztpraxen sich daran beteiligen werden. Fest steht jedoch, dass bei DMP-Kandidat:innen ohne bisherige Frakturereignisse der Knochendichtemessung zur Bestimmung der Einschreibungsvoraussetzungen eine besondere Bedeutung zukommen wird. Es wird demnach für gesetzlich Versicherte umso wichtiger, diese Untersuchung auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erhalten zu können.

3. Problemstellung und Zielsetzung des Marktchecks

3.1 Problemstellung

Ausgehend von Beschwerden in dem Portal IGeL-Ärger der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz¹⁶ sowie im Beratungsangebot „Rechtsberatung im Gesundheitswesen“ der örtlichen Verbraucherberatungsstellen muss davon ausgegangen werden, dass – auch nach geänderter Rechtslage und Erhöhung der vertragsärztlichen Vergütung – nach wie vor die medizinische Versorgung zur Erkennung von Osteoporose bei gesetzlich Versicherten in Nordrhein-Westfalen (und anderen Bundesländern) unzureichend ist.

Die Gründe für diese unzureichende Versorgungssituation scheinen – nach Recherchen im Vorfeld dieser Untersuchung – vielfältig zu sein: So kann nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Orthopäd:innen und Radiolog:innen überhaupt eine Genehmigung zur Erbringung als Kassenleistung vorweisen. Als weiterer Grund kommt in Betracht, dass ein nennenswerter Anteil der Vertragsarztpraxen die Knochendichtemessung gar nicht durchführt, etwa da kein entsprechendes Messgerät vorgehalten wird. Des Weiteren ist anzunehmen, dass das mit der IGeL zu erzielende (Zusatz-)Honorar für die Behandelnden einen finanziellen Anreiz in Richtung Vorenthaltung der Kassenleistung setzt.

Darüber hinaus ist bekannt, dass die Zahl der Fachärzt:innen je nach Region sehr unterschiedlich ist. So ist das Angebot an Radiolog:innen und Orthopäd:innen in Universitätsstädten mit medizinischen Fakultäten deutlich höher als in ländlichen Regionen. Es ist daher auch zu prüfen, ob die ärztliche Versorgungsdichte Einfluss auf das individuelle Verhalten des Arztes bzw. der Ärztin hat.

¹⁶ <https://www.igel-aerger.de/>.

3.2 Zielsetzung

Ziel dieses Marktchecks ist es daher zu untersuchen,

1. in wie vielen Fällen Verbraucher:innen mit vorliegender Indikation die Knochendichtemessung in orthopädischen und radiologischen Vertragsarztpraxen als Kassenleistung in Anspruch nehmen können;
2. in wie vielen Fällen Verbraucher:innen mit vorliegender Indikation die Knochendichtemessung in orthopädischen und radiologischen Vertragsarztpraxen zu Unrecht als IGeL angeboten wird;
3. mit welchen (falschen) Begründungen und ggf. zu welchen Preisen die Knochendichtemessung als IGeL angeboten wird;
4. in wie vielen Fällen Verbraucher:innen korrekterweise an eine andere Praxis verwiesen werden, wenn die angefragte Praxis die Knochendichtemessung nicht durchführt;
5. ob sich das Verhalten der Vertragsarztpraxen abhängig von der Region (Bezirk Nordrhein im Verhältnis zum Bezirk Westfalen-Lippe und städtische im Vergleich zu ländlichen Regionen) unterscheidet.

4. Methodik

4.1 Einführung in die Methodik

Die Untersuchung wird in vier unterschiedlichen Regionen durchgeführt, je zwei aus den beiden kassenärztlichen Bezirken Nordrhein und Westfalen-Lippe. Zudem sollen aus jedem Landesteil jeweils eine Großstadt und eine ländliche Region vertreten sein.

In fachlicher Hinsicht soll die Untersuchung Arztpraxen für Orthopädie und Radiologie umfassen. Nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer¹⁷ kann die Knochendichtemessung zwar grundsätzlich auch von Fachärzt:innen für Innere Medizin und Endokrinologie bzw. Diabetologie sowie von Fachärzt:innen für Innere Medizin und Rheumatologie erbracht werden. Da die über das Beschwerdeformular des Projekts IGeL-Ärger eingegangenen Meldungen zu dieser Untersuchung jedoch bis auf wenige Ausnahmen Orthopäd:innen und Radiolog:innen betreffen, wird der Marktcheck auf diese beiden Facharztgruppen beschränkt.

¹⁷ Abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf.

4.2 Auswahl der Untersuchungsregionen

Zunächst wurden auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Gesundheitsdaten zur Verteilung der Orthopäd:innen je 100.000 Einwohner:innen für Nordrhein-Westfalen abgerufen.¹⁸

Im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Zahl der Orthopäd:innen mit Kassenzulassung am niedrigsten im Kreis Kleve: 10,3 Orthopäd:innen kommen hier auf 100.000 Einwohner:innen. In der Stadt Bonn ist die Zahl der Orthopäd:innen mit 25,2 je 100.000 Einwohner:innen hingegen am höchsten.¹⁹ Für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat der Hochsauerlandkreis mit 10,3 je 100.000 Einwohner:innen die geringste Dichte an Orthopäd:innen; die Stadt Münster kann demgegenüber die höchste orthopädische Versorgungsdichte vorweisen: 22,3 Orthopäd:innen kommen hier auf 100.000 Einwohner:innen.¹⁹

Auf der Grundlage dieser Daten wurden folgende Untersuchungsregionen ausgewählt:

1. Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO)
 - a) Kreis Kleve (ländliche Region, niedrige Arztdichte in den betroffenen Fachgebieten);
 - b) Stadt Bonn (urbane Region, hohe Arztdichte in den betroffenen Fachgebieten).

2. Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
 - a) Hochsauerlandkreis (ländliche Region, niedrige Arztdichte in den betroffenen Fachgebieten);
 - b) Stadt Münster (urbane Region, hohe Arztdichte in den betroffenen Fachgebieten).

In diesen Regionen sollen neben den Facharztpraxen für Orthopädie analog die entsprechenden radiologischen Arztpraxen kontaktiert werden, da auch dort eine Knochendichtemessung durchgeführt werden kann.

¹⁸ KBV, Gesundheitsdaten (2020).

¹⁹ KBV, Gesundheitsdaten (2020). Zu berücksichtigen ist bei diesen Werten, dass sie auch die Facharztgruppe der Chirurgen und Chirurgen einschließen, da diese in den Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengefasst werden.

4.3 IFG-Anfragen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

Neben den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Versorgungsdichte ist auch die Anzahl der Genehmigungsinhaber:innen, die befugt sind, eine Knochendichtemessung mit dem DXA-Verfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen, in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe für diese Untersuchung erforderlich. Nur anhand dieser Information lässt sich abschätzen, bei wie vielen ambulanten Leistungserbringer:innen eine Kassenleistung theoretisch in Anspruch genommen werden kann, da eine entsprechende Genehmigung vorgehalten wird.

Um die Zahl der Behandelnden mit Genehmigung zur vertragsärztlichen Abrechnung zu ermitteln, wurden unter Zuhilfenahme der Internetplattform FragDenStaat²⁰ im September 2021 Anfragen nach dem Informationsfreiheitsgesetz Nordrhein-Westfalen (IFG NRW) an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit folgendem Inhalt gerichtet:

1. *Wie viele vertragsärztlich zugelassene Orthopädinnen und Orthopäden / Radiologinnen und Radiologen gibt es im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein / Westfalen-Lippe?*
2. *Wie viele von diesen haben eine Genehmigung im Sinne der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie zur Ausführung und Abrechnung einer Knochendichtemessung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung?*
3. *Wie lauten die Antworten auf die oben genannten Fragen für die Bereiche der Stadt Bonn / Münster sowie den Kreis Kleve / Hochsauerlandkreis?*

4.4 Terminanfragen zur Knochendichtemessung an Vertragsarztpraxen

Im Dezember 2021 wurden 69 Vertragsarztpraxen für Orthopädie und Radiologie aus den festgelegten Untersuchungsregionen angefragt, um das konkrete Angebotsverhalten zu überprüfen. Die Ermittlung dieser Arztpraxen erfolgte über die von Verbraucher:innen häufig genutzte Plattform „Jameda“ unter Abgleich mit den ggf. vorhandenen Praxis-Webseiten, um reine Privatpraxen von vornherein bei der Kontaktaufnahme auszuschließen.

Um die Suche einheitlich zu gestalten, wurden die Suchkriterien auf „Jameda“ im Vorfeld wie folgt festgelegt:

²⁰ Links zu den IFG-Anfragen: <https://fragdenstaat.de/anfrage/quote-der-vertragsarztlich-zugelassenen-orthopadinnen-mit-genernigung-zur-knochendichtemessung/> (KVNO) und <https://fragdenstaat.de/anfrage/quote-der-vertragsarztlich-zugelassenen-orthopadinnen-mit-genernigung-zur-knochendichtemessung-1/> (KVWL).

- Fachgebiet: „Orthopäden“ bzw. „Radiologen“,
- Ort: Stadt Bonn bzw. Münster, Kreis Kleve bzw. Hochsauerland,
- Versicherung: „gesetzlich versichert“ ohne Selbstzahlerleistungen.

Nach diesen Kriterien wurden für die Untersuchung folgende zu kontaktierende Vertragsarztpraxen ausgewählt: 25 in Bonn, 4 im Kreis Kleve, 23 in Münster und 17 im Hochsauerlandkreis. Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen stets, dass die Facharztpraxen kontaktiert werden, nicht die einzelnen Leistungserbringer:innen. In den meisten Praxen sind mehrere Ärzt:innen tätig, zum Teil sogar in zweistelliger Personenzahl. Während sich die eingeholten Auskünfte der Kassenärztlichen Vereinigungen auf „Köpfe“ beziehen, handelt es sich bei unseren Terminanfragen um praxisbezogene Werte. Dem liegt zugrunde, dass auch betroffene Verbraucherinnen und Verbraucher in der Regel eine Praxis allgemein kontaktieren und nicht gezielt einzelne Behandelnde, die dort tätig sind.

Bei der Erstellung dieser Praxislisten zeigten sich bereits Widersprüchlichkeiten im Hinblick auf die von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Zahlen orthopädischer und radiologischer Vertragsärzt:innen. Auf diese Unstimmigkeiten wird im Rahmen der Ergebnisdarstellung (Ziffer 5.1) näher eingegangen.

An die ausgewählten Vertragsarztpraxen wurden zwischen dem 1. und 8. Dezember 2021 Terminanfragen per E-Mail mit folgendem Inhalt versandt:

Betreff: Anfrage zur Osteoporose Messung

Guten Tag,

meine Mutter hat eine Überweisung für die DXA-Messung vom Hausarzt erhalten. Sie ist 65 Jahre alt, nimmt seit mehreren Jahren Cortison-Spray wegen Asthma und es besteht der Verdacht auf Osteoporose.

Kann sie die Knochendichtemessung bei Ihnen als Kassenleistung erhalten? Meine Mutter ist bei der AOK versichert.

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Verfügte eine Arztpraxis über keine veröffentlichte E-Mail-Adresse, wurde hilfsweise das Kontaktformular auf der Webseite ausgefüllt oder – sofern ein solches ebenfalls nicht vorhanden war – eine telefonische Anfrage unter Angabe der oben genannten Indikationen durchgeführt.

Ging bei den Untersuchenden innerhalb von einer Woche keine Antwort auf die Terminanfrage ein, wurde eine Erinnerungsmail unter Bezugnahme auf die ursprüngliche E-Mail an die Praxis verschickt oder eine telefonische Anfrage durchgeführt.

5. Ergebnisse

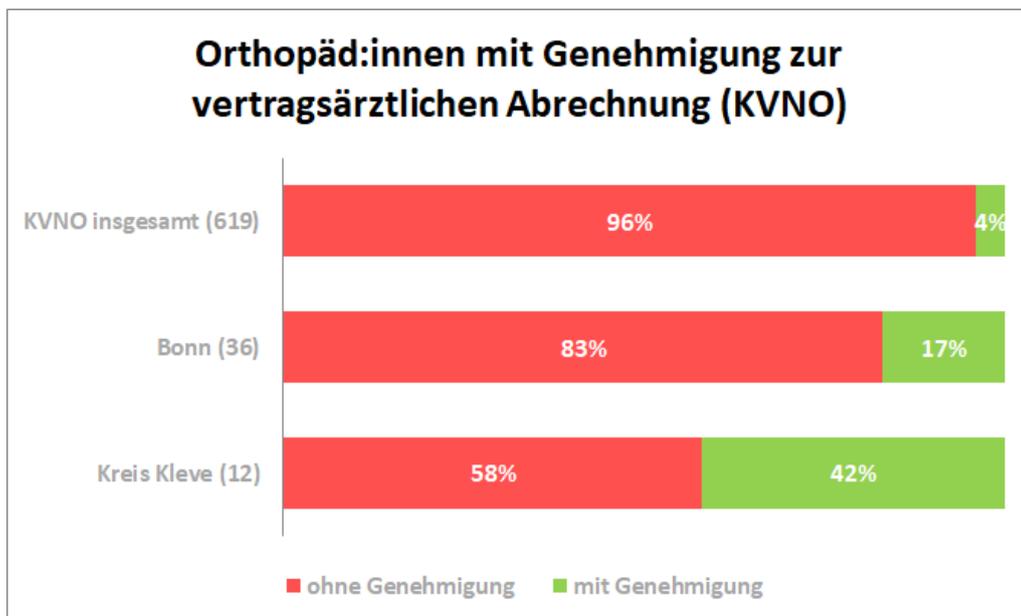
5.1 Ergebnisse der IFG-Anfragen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

5.1.1 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

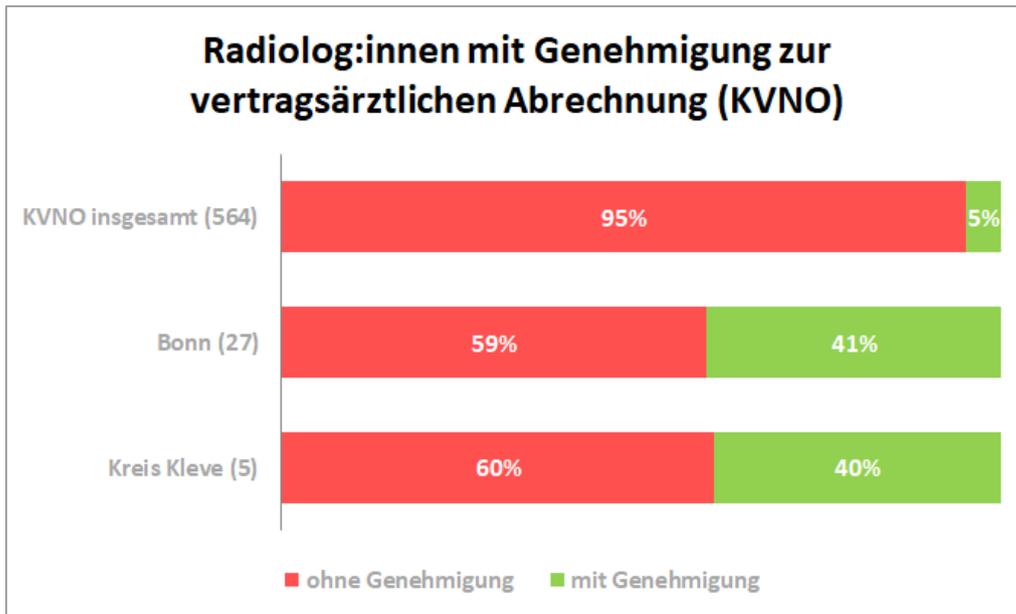
Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat auf die über FragDenStaat gestellte Anfrage²¹ nach dem nordrhein-westfälischen Informationsfreiheitsgesetz (IFG NRW) folgende Auskünfte zur Zahl der vertragsärztlich zugelassenen Orthopäd:innen und Radiolog:innen mit Genehmigung im Sinne der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gegeben:

	Orthopäd:innen insgesamt	Orthopäd:innen mit Genehmigung	Radiolog:innen insgesamt	Radiolog:innen mit Genehmigung
KVNO insgesamt	619	25 (= 4 %)	564	31 (= 5 %)
Bonn	36	6 (= 17 %)	27	11 (= 41 %)
Kreis Kleve	12	5 (= 42 %)	5	2 (= 40 %)

Zur Veranschaulichung des Anteils der Genehmigungsinhaber:innen im Vergleich zur Gruppe der Fachärzt:innen ohne Genehmigung werden diese Gruppen nachfolgend getrennt nach Fachdisziplinen (Orthopädie und Radiologie) gegenübergestellt:



21 <https://fragdenstaat.de/anfrage/quote-der-vertragsarztlich-zugelassenen-orthopadinnen-mit-genehmigung-zur-knochendichtemessung/>.



Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) zur Verfügung gestellten Zahlen weisen folgende Auffälligkeit auf: In den ausgewählten Regionen (Stadt Bonn und Kreis Kleve) ist der prozentuale Anteil der Vertragsärzt:innen, die eine Abrechnungsgenehmigung für die Knochendichtemessung besitzen, deutlich höher als im gesamten Zuständigkeitsbezirk der KVNO. Es ist nicht plausibel, dass von dem kleinen Anteil der Genehmigungsinhaber:innen im gesamten KV-Bezirk (vier Prozent der Orthopäd:innen, fünf Prozent der Radiolog:innen) überdurchschnittlich viele in den beiden ausgewählten Untersuchungsregionen tätig sein sollen. Vielmehr ist zu vermuten, dass der Anteil der Behandelnden mit Abrechnungsgenehmigung im gesamten KV-Bezirk tatsächlich entweder höher oder die Anteile der Genehmigungsinhaber:innen in den Untersuchungsregionen tatsächlich niedriger sind. Vergleicht man diese Zahlen mit denen aus dem KV-Bezirk Westfalen-Lippe, spricht vieles dafür, dass tatsächlich die Zahl der Genehmigungsinhaber:innen KV-weit deutlich höher liegt als bei 4 bzw. 5 Prozent.

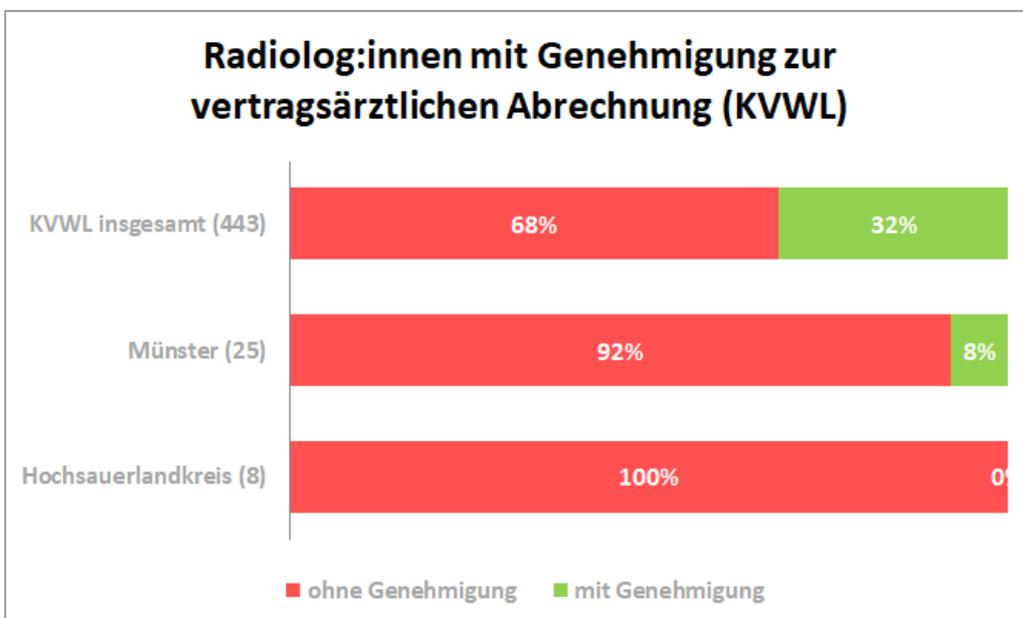
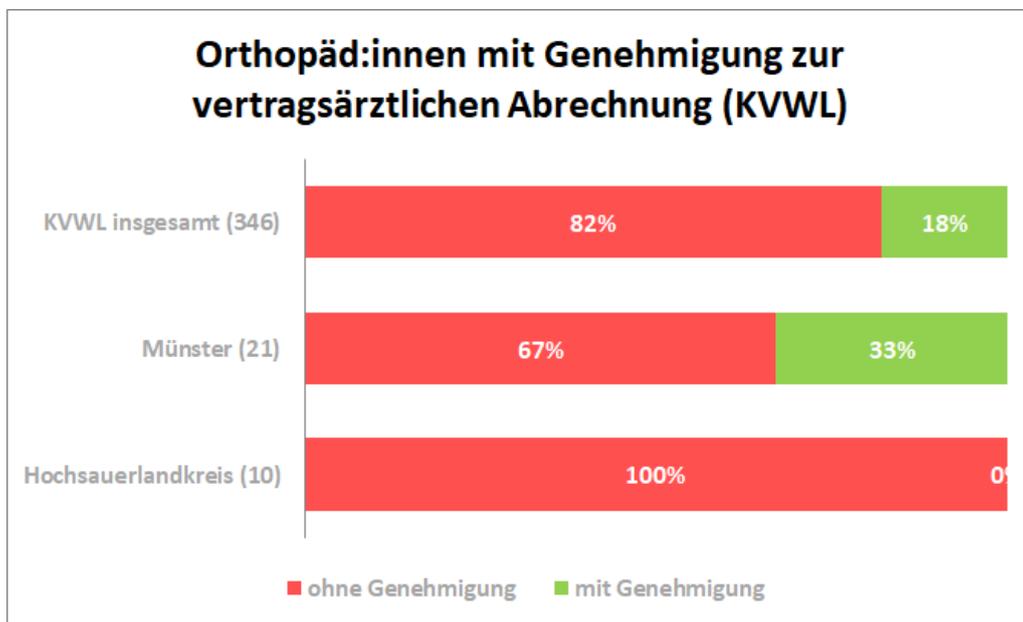
5.1.2 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat auf die über FragDenStaat gestellte Anfrage²² nach dem nordrhein-westfälischen Informationsfreiheitsgesetz (IFG NRW) folgende Auskünfte zur Zahl der vertragsärztlich zugelassenen Orthopäd:innen und Radiolog:innen mit Genehmigung im Sinne der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gegeben:

²² <https://fragdenstaat.de/anfrage/quote-der-vertragsaerztlich-zugelassenen-orthopadinnen-mit-genehmigung-zur-knochendichtemessung-1/>.

	Orthopäd:innen insgesamt	Orthopäd:innen mit Genehmigung	Radiolog:innen insgesamt	Radiolog:innen mit Genehmigung
KVWL insgesamt	346	64 (= 18 %)	443	140 (= 32 %)
Münster	21	7 (= 33 %)	25	2 (= 8 %)
Hochsauerlandkreis	10	0 (= 0 %)	8	0 (= 0 %)

Zur Veranschaulichung des Anteils der Genehmigungsinhaber:innen im Vergleich zur Gruppe der Fachärzt:innen ohne Genehmigung werden auch hier diese Gruppen nachfolgend getrennt nach Fachdisziplinen (Orthopädie und Radiologie) gegenübergestellt:

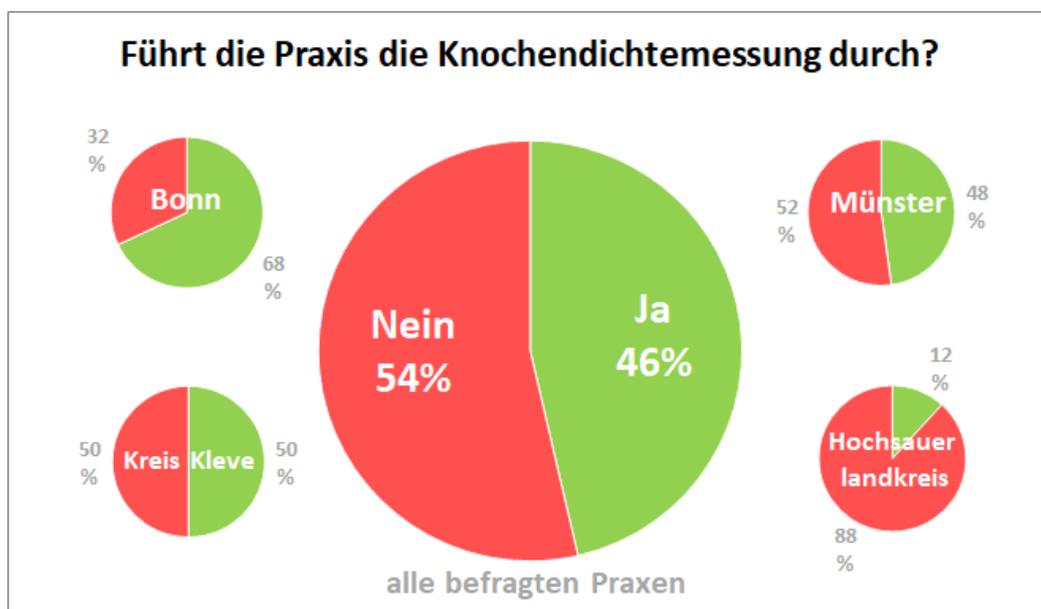


Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zur Verfügung gestellten Zahlen weisen folgende Auffälligkeit auf: Die absolute Zahl der vertragsärztlich zugelassenen Orthopäd:innen (21) in der Stadt Münster erscheint uns zu niedrig. Die Autor:innen dieses Marktchecks haben durch eine eigene Recherche mithilfe der Arztplattform „Jameda“ unter Abgleich mit den jeweiligen Praxis-Webseiten (zum Ausschluss von reinen Privatpraxen) insgesamt 37 Orthopäd:innen ausfindig machen können, die innerhalb der Stadt Münster vertragsärztlich niedergelassen bzw. angestellt sind.

5.2 Ergebnisse der Terminanfragen an die Vertragsarztpraxen

Die Anfragen bei den orthopädischen und radiologischen Vertragsarztpraxen in den ausgewählten Versuchsregionen Stadt Bonn, Kreis Kleve, Stadt Münster und Hochsauerlandkreis haben unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich Versorgungsdichte, Angebotsverhalten der Praxen und Preisgestaltung der IGeL hervorgebracht. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich im Gegensatz zu den im Abschnitt 5.1 dargestellten Auskünften der Kassenärztlichen Vereinigungen bei den folgenden Ergebnissen um praxisbezogene Werte handelt. Die Rückmeldung einer Praxis bezieht sich naturgemäß auf alle in ihr tätigen Ärztinnen und Ärzte.

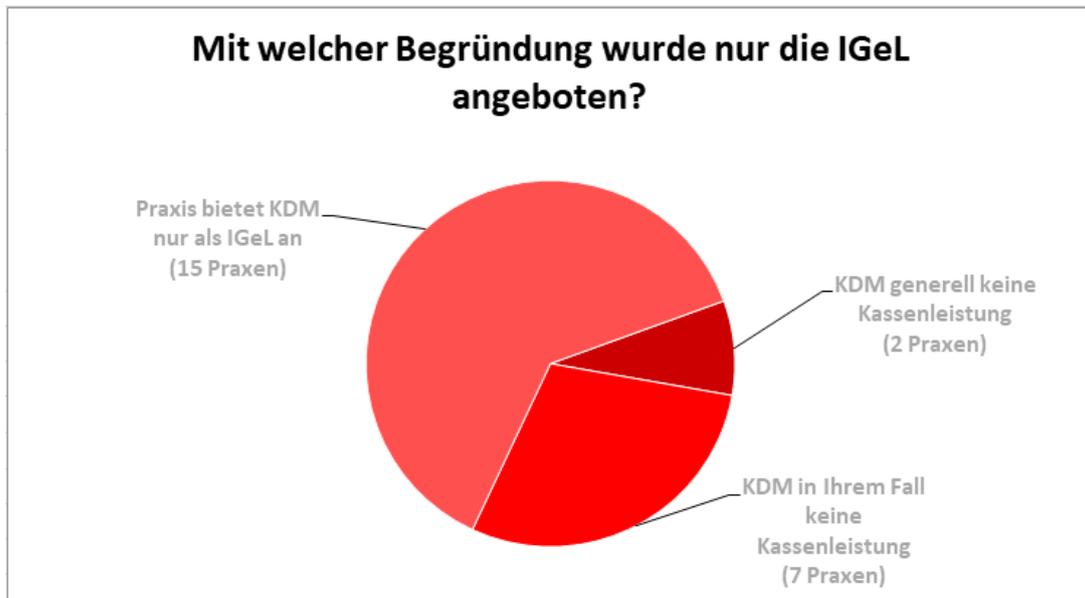
Die Frage, ob die kontaktierte Arztpraxis die Knochendichtemessung überhaupt durchführt, ist in 32 Fällen zu bejahen, in 37 Fällen zu verneinen. Dies ergibt insgesamt ein Verhältnis von 46 Prozent (Ja) zu 54 Prozent (Nein), wobei das prozentuale Verhältnis in den untersuchten Regionen sehr unterschiedlich ausfiel:



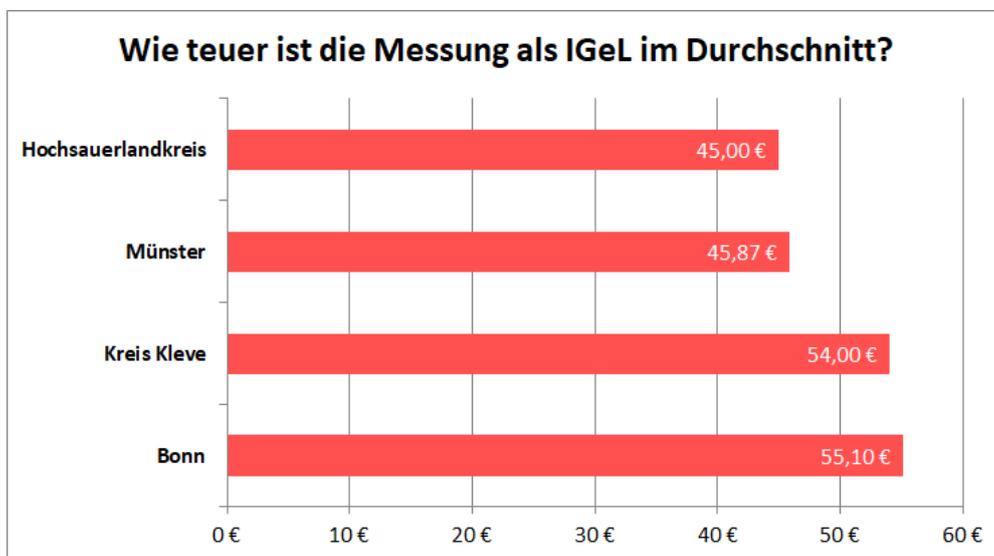
32 Praxen (46 Prozent aller befragten Praxen) haben die Frage, ob sie die Knochendichtemessung durchführen, mit „ja“ beantwortet. Besonders relevant für die Untersuchung dieses Marktchecks ist die sich hieran anschließende Frage, welche Leistung diese Gruppe konkret angeboten hat, insbesondere wie viele Praxen mit ausreichender fachlicher und apparativer Ausstattung die Kassenleistung auch tatsächlich gewähren wollten. Hier zeigt die nachfolgende Grafik, dass in 23 Praxen (72 Prozent der Fälle) nicht die Kassenleistung, sondern eine IGeL – mit oder ohne Preisangabe – auf Kosten der Verbraucher:innen angeboten wurde:



Von diesen 23 Praxen haben die Autor:innen dieses Marktchecks die von den Arztpraxen mitgeteilten Begründungen ausgewertet, aus welchem Grund die IGeL statt der Kassenleistung durchgeführt werden sollte. In den meisten Fällen (15 Praxen = 65 Prozent) wurde sinngemäß angegeben, dass die Untersuchung grundsätzlich nur als IGeL durchgeführt werde. Dies dürfte unter Berücksichtigung der in Abschnitt 5.1 genannten Zahlen den Grund haben, dass regelmäßig überhaupt keine Genehmigung zur vertragsärztlichen Abrechnung vorliegt. In neun Fällen waren in den Antworten jedoch auch falsche Informationen über den Leistungsanspruch der Versicherten enthalten. Zweimal wurde sogar grob fehlerhaft angegeben, dass die Knochendichtemessung (KDM) generell keine Kassenleistung sei:

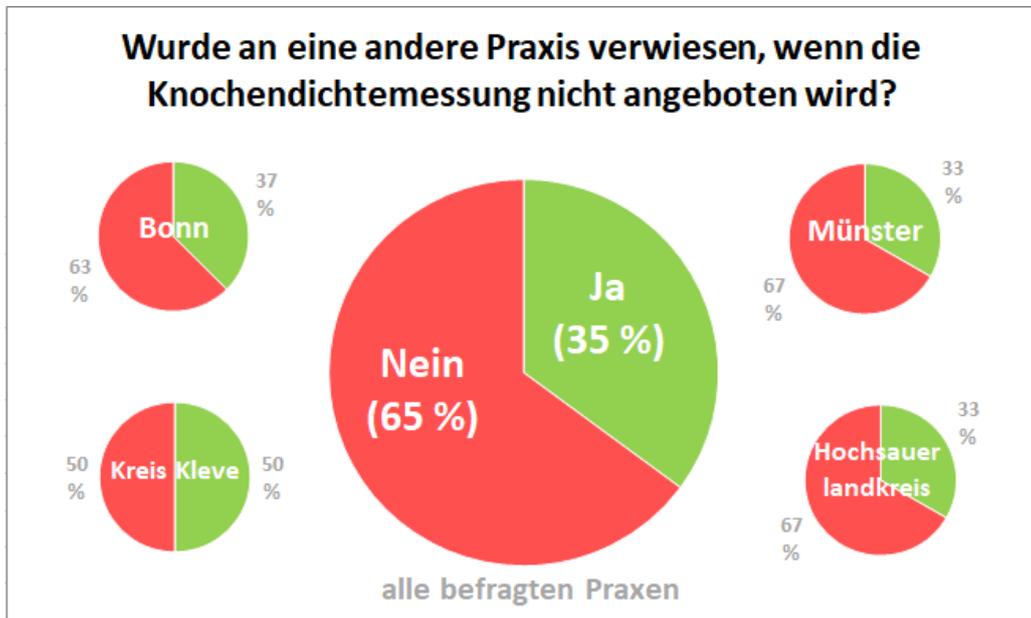


Sofern die Knochendichtemessung als IGeL unter Angabe eines Preises angeboten wurde (dies war bei insgesamt 15 Arztpraxen der Fall), wichen die Preisangaben zwischen den Zuständigkeitsbezirken der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen durchschnittlich um etwa 10 Euro voneinander ab:



Der alle Regionen umfassende Durchschnittspreis sämtlicher Arztpraxen, welche die Messung als IGeL mit Preisangabe angeboten haben, beträgt 49,99 Euro und liegt damit immerhin unter dem oben unter Ziffer 2.4 errechneten Betrag auf Grundlage des 2,3-fachen Gebührensatzes.

Bei den 37 kontaktierten Arztpraxen, die eine Knochendichtemessung überhaupt nicht anbieten – beispielsweise da sie über kein entsprechendes Messgerät verfügen – zeigte sich mehr als ein Drittel hilfsbereit und bemühte sich darum, uns an eine andere Praxis zu verweisen:



6. Fazit

Die Knochendichtemessung mit der DXA-Methode ist als Kassenleistung noch nicht in der (Arzt-)Praxis angekommen, obwohl seit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)²³ im Jahr 2013 bereits neun Jahre vergangen sind.

Der deutlich überwiegende Anteil der orthopädischen und radiologischen Vertragsarztpraxen besitzt keine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung dieser wichtigen Untersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Während sich die Zahl der Genehmigungsinhaber:innen in Nordrhein nach Auskunft der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter 10 Prozent bewegt, ist dieser Anteil im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zwar erheblich größer, doch gibt es hier mit dem Hochsauerlandkreis mindestens eine Region ohne jegliche Vertragsarztpraxen mit entsprechender Genehmigung. Dies sorgt für eine eklatante Versorgungslücke.

Mehr als die Hälfte der angefragten Vertragsarztpraxen bietet die Untersuchung überhaupt nicht, das heißt weder als Kassen- noch als Privatleistung, an. In dieser Hinsicht wurden die Erwartungen der Autor:innen dieses Marktchecks sogar noch negativ übertroffen. Gleiches gilt für das im Vorfeld der Untersuchung vermutete Angebotsverhalten der Praxen: Wird die Messung angeboten, dann in über 70 Prozent der Fälle als IGeL. Damit wird unter Berücksichtigung des Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes²⁴, der die Privat- anstelle der Kassenabrechnung der Messung als unzulässig ansieht, von der weit überwiegenden Zahl der kontaktierten Arztpraxen gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen. Vor allem in urbanen Regionen wurden zur Begründung für die IGeL in neun Fällen von den Vertragsärzt:innen evident falsche Informationen angeführt.

Anlass zu Bedenken gibt auch die Beobachtung dieses Marktchecks, dass die Kosten für die Privatliquidation der Osteodensitometrie als IGeL je nach Region um durchschnittlich mehr als 10 Euro voneinander abweichen. Nach Auskunft des Bundesselbsthilfeverbands für Osteoporose e.V. handelt es sich hierbei jedoch nicht um ein NRW-spezifisches Phänomen: Die Spanne der Privatabrechnungen reiche deutschlandweit von rund 30-40 Euro in ostdeutschen Bundesländern wie Sachsen-Anhalt oder Sachsen über 35-50 Euro in Berlin bis hin zu 70 Euro in Städten wie München.²⁵ Hierfür gibt es angesichts der identischen Untersuchungsmethode und der klaren rechtlichen Vorgaben in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keine plausible Rechtfertigung.

²³ G-BA, Osteodensitometrie-Beschluss (2013).

²⁴ GKV-Spitzenverband, Rundschreiben 2014/196 (2014).

²⁵ Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V., Auskunft von Frau Ingeborg Linde (langjährige Osteoporose-Patientenvertreterin im G-BA) per E-Mail am 15.02.2022.

7. Forderungen

Was muss sich ändern, damit mehr gesetzlich versicherte Verbraucherinnen und Verbraucher bei geplanter medikamentöser Behandlung der Osteoporose die Knochendichtemessung mit der DXA-Methode ohne private Kosten in Anspruch nehmen können?

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Marktchecks fordert die Verbraucherzentrale NRW:

7.1 Verbesserung der Versorgungsdichte

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen müssen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gemäß § 72 Abs. 2 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten sorgen. Dies bedeutet, dass die Zahl der Praxen mit Genehmigung zur vertragsärztlichen Durchführung und Abrechnung der Knochendichtemessung durch geeignete Maßnahmen deutlich zu erhöhen ist.

Wir fordern daher, dass dort, wo die apparativen und fachlichen Voraussetzungen für die Untersuchung bereits bestehen (und aktuell privat abgerechnet wird), die Beantragung und Erteilung einer Genehmigung obligatorisch sein muss.

Wo diese Voraussetzungen noch nicht bestehen, sind Anreize für Vertragsärzt:innen zu schaffen, die Knochendichtemessung anzubieten. Dies kann eine Förderung von apparativen Anschaffungs- oder Fortbildungskosten sowie eine Erhöhung der vertragsärztlichen Vergütung in Regionen mit niedriger Versorgungsdichte umfassen.

Ziel muss es sein, dass alle gesetzlich Versicherten, die auf diese Untersuchung angewiesen sind, sowohl zeit- als auch ortsnahe die Kassenleistung in Anspruch nehmen können.

7.2 Ermittlung, Sanktionierung und Verhinderung von Verstößen

Vertragsärzt:innen, die gesetzlich Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten (§ 128 Abs. 5a SGB V). Dies betrifft nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes auch die Rückgabe der Abrechnungs- und

Durchführungsgenehmigung bzw. Nichtbeantragung der Genehmigung und privatrechtliche Abrechnung der Knochendichtemessung.²⁶ Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, derartige Pflichtverletzungen disziplinarisch zu ahnden und dafür Sorge zu tragen, dass sich diese nicht wiederholen. Dass nach fast einem Jahrzehnt geänderter Rechtslage den gesetzlich Versicherten in vielen Fällen die IGeL anstelle der Kassenleistung angeboten wird, zeigt, dass diese Verantwortung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung nicht wahrgenommen wird.

Wir fordern daher, dass die Rechtsdurchsetzung von den Aufsichtsbehörden endlich ernst genommen wird und geschädigte Patient:innen wie auch die Öffentlichkeit an Disziplinarverfahren beteiligt werden. Die in § 81a Abs. 5 S. 3 SGB V vorgeschriebene zweijährliche Berichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen über verhängte Disziplinarmaßnahmen gegenüber dem Landesgesundheitsministerium muss ebenso verschärft werden wie die dem Ministerium nach § 78 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 89 SGB IV zustehenden Aufsichtsmittel bei unterlassener Rechtsdurchsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

7.3 Problembewusstsein und Compliance in den Arztpraxen

Dass in einigen Fällen die IGeL unter Angabe von Falschinformationen (z.B. „Knochendichtemessung generell keine Kassenleistung“ oder „Knochendichtemessung bei der geschilderten Indikation keine Kassenleistung“) angeboten wurde, belegt zudem, dass es in den orthopädischen und radiologischen Vertragsarztpraxen fehlendes Wissen oder Wollen hinsichtlich des Leistungsanspruchs gesetzlich Versicherter gibt.

Wir fordern daher, dass Arztpraxen mit Schwerpunkt Orthopädie oder Radiologie folgende Informationen für Verbraucher:innen leicht zugänglich, beispielsweise auf ihrer Webseite, zur Verfügung stellen:

1. Ob sie die Knochendichtemessung mit der DXA-Methode durchführen;
2. Falls ja, ob sie eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Messung als Kassenleistung besitzen;
3. Falls nein, in welcher Praxis der näheren Umgebung gesetzlich versicherte Patient:innen die Untersuchung als Kassenleistung in Anspruch nehmen können.

²⁶ GKV-Spitzenverband, Rundschreiben 2014/196 (2014).

7.4 Abrechnungsgenehmigung als Suchkriterium in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals

In der Arztsuche des vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2020 errichteten Gesundheitsportals gesund.bund.de²⁷ können gesetzlich Versicherte zwar nach Vertragsärzt:innen für Orthopädie oder Radiologie in ihrer Umgebung suchen. Eine Filterung nach Behandelnden, die eine Abrechnungs- und Durchführungsgenehmigung für die Knochendichtemessung besitzen, ist jedoch aktuell nicht möglich. Hier besteht Nachholbedarf, um Betroffenen mit einem Verdacht auf Osteoporose einen niedrigschwelligeren Weg zur Kassenleistung zu weisen.

Wir fordern daher, dass die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals um Daten zur Versorgung mit Untersuchungen, die eine spezielle Genehmigung erfordern, ergänzt wird. Das Bundesgesundheitsministerium muss diese Daten erforderlichenfalls bei den Kassenärztlichen Vereinigungen anfordern und in sein Informationsportal integrieren.

²⁷ Link zur Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals: <https://expertensuche.gesund.bund.de/de/arzt/arztsuche/> (die Ergebnisse basieren auch auf Daten der von der Bertelsmann Stiftung veröffentlichten „Weissen Liste“, abrufbar unter <https://www.weisse-liste.de/>).

8. Quellenverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit

gesund.bund.de: Osteoporose

Erscheinungsmonat: August 2020

<https://gesund.bund.de/osteoporose> (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: BMG, gesund.bund.de: Osteoporose (2020).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Frauengesundheitsportal: Osteoporose

Erscheinungsmonat: August 2021

<https://www.frauengesundheitsportal.de/themen/osteoporose/> (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: BZgA, Frauengesundheitsportal: Osteoporose (2021).

Dachverband Osteologie e.V.

„Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der OSTEOPOROSE bei postmenopausalen Frauen und bei Männern“ (Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V.)

Erscheinungsmonat: Dezember 2017

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/183-001l_S3_Osteoporose-Prophylaxe-Diagnostik-Therapie_2019-02.pdf (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: Dachverband Osteologie, Leitlinie OSTEOPOROSE (2017).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

„Beschluss über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Osteodensitometrie bei Osteoporose“

Erscheinungsmonat: Februar 2013

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1655/2013-02-21_MVV-RL_Osteodensitometrie_BAnz.pdf (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: G-BA, Osteodensitometrie-Beschluss (2013).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

„Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 20. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation)“

Erscheinungsmonat: Januar 2020

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6347/2020-01-16_DMP-A-RL_Osteoporose_TrG.pdf
(abgerufen am: 24.01.2022)

Abkürzung: G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss „DMP Osteoporose“ (2020).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V“

Anlage 19: „Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Osteoporose“

Erscheinungsmonat: Januar 2020

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2574/DMP-A-RL_2021-03-18_iK-2021-10-01.pdf
(abgerufen am 24.01.2022)

Abkürzung: G-BA, DMP-Anforderungen-Richtlinie, Anlage 19 (2020).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

gesundheitsinformation.de: Osteoporose

Erscheinungsmonat: Oktober 2018

<https://www.gesundheitsinformation.de/osteoporose.html> (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: IQWiG, gesundheitsinformation.de: Osteoporose (2018).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)

Bundesmantelvertrag – Ärzte

„Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie“

Erscheinungsmonat: Februar 1993

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/qualitaetssicherung/qualitaetssicherung_1/qs_sonstige_vereinbarungen/2020-10-01_Strahlendiagnostik_und_-therapie.pdf (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: BMV-Ä, Anlage 3: Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

GESUNDHEITSDATEN: Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister (Stand 2020)

<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (abgerufen am 09.02.2022)

Abkürzung: KBV, Gesundheitsdaten (2020).

Robert Koch-Institut

Gesundheit A-Z: Osteoporose

Erscheinungsmonat: Juli 2020

https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/O/Osteoporose/Osteoporose_node.html (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: RKI, Gesundheit A-Z: Osteoporose (2020).

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

Rundschreiben 2014/196 (Osteodensitometrie)

Erscheinungsmonat: Mai 2014

https://www.verbraucherzentrale.de/sites/default/files/2020-08/Rundschreiben_GKV_geschwaerzt.pdf (abgerufen am: 03.01.2022)

Abkürzung: GKV-Spitzenverband, Rundschreiben 2014/196 (2014).