



Qualitätssicherung

Bericht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV)
Land Brandenburg
für das Jahr

2024

gemäß § 135b Abs. 1 SGB V

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkungen	7
1.1	System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung.....	11
1.1.1	Die KZBV und die 17 KZVen	11
1.1.2	Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung.....	11
1.1.3	Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung	12
1.1.4	Gutachterwesen in der Zahnmedizin	12
1.1.5	Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung	12
1.1.6	CIRS dent – Jeder Zahn zählt! Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen...	13
1.1.7	Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung.....	13
1.1.8	Leitlinien	13
1.2	Gemeinsamer Bundesausschuss	15
1.3	Deutsche Mundgesundheitsstudien.....	16
2.	Ziele der KZV Land Brandenburg	21
2.1	Fortbildung (→ Kapitel 3)	21
2.2	Gutachterwesen (→ Kapitel 4)	21
2.3	Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ Kapitel 6)	22
2.4	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7)	22
2.5	Zahnärztliche Betreuung im Rahmen von Kooperationsverträgen (→ Kapitel 10.4) .	22
2.6	Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgungssituation	22
2.6.1	Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen.....	23
2.6.2	Gespräche mit den Landkreisen und Kommunale Förderung	23
2.6.3	Praxislotsen – ein Beratungsangebot der KZVLB	23
2.6.4	Kampagnen.....	24
3.	Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg.....	25
4.	Gutachterwesen	27
4.1	Rechtsgrundlagen	27
4.2	Arten vertragszahnärztlicher Gutachten.....	27
4.3	Erstmalig berufene Gutachter	28
4.4	Statistische Eckdaten	29
4.5	Gutachtertägungen.....	31
5.	Qualitätsmanagement (QM).....	33
5.1	QM-Grundsätze	33
5.2	QM-Instrumente	34
5.3	QM im KZV-Bereich Brandenburg	36
6.	Qualitätsprüfung im Einzelfall	41
6.1	Dokumentationsprüfung.....	41

6.2	Qualitätsgremien	42
6.3	Datenschutz im Rahmen der Qualitätsprüfung	43
6.4	Qualitätsprüfungen 2024	43
6.5	Fortbildungsveranstaltungen zur Qualitätsprüfung/Dokumentation	45
6.6	Ausblick auf das Jahr 2025.....	45
7.	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	47
7.1	Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	47
7.2	Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg	48
8.	Verteilungsmaßstab der KZV Land Brandenburg.....	51
9.	Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung	53
9.1	Beratungen der Vertragszahnärzte	53
9.2	Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V	53
9.3	Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V	55
10.	Die aufsuchende Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen.....	59
10.1	Leistungen gemäß § 87 Abs. 2i SGB V	59
10.2	Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V	60
10.3	Präventive zahnärztliche Leistungen gemäß § 22a SGB V.....	61
10.4	Kooperationsverträge gemäß § 119b SGB V.....	61
11.	Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung	65
11.1	Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V	65
11.2	Zahnärztliche Patientenberatung	66
Anlage	69
	Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus den Sozialgesetzbüchern)	69

Potsdam, im Mai 2025

Hinweise:

1. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht das generische Maskulinum in geschlechtsneutraler Bedeutung verwendet.
2. Auszüge der Paragraphen aus den Sozialgesetzbüchern, auf die im Bericht Bezug genommen wird, sind in der Anlage aufgeführt.

Für diesen Bericht zeichnen als Vorstand verantwortlich:

Dr. Eberhard Steglich eberhard.steglich@kzvlb.de

Dr. Heike Lucht-Geuther dr.lucht-geuther@kzvlb.de

Rouven Krone rouven.krone@kzvlb.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg, Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam, info@kzvlb.de

Telefon: 0331- 2977-0

Telefax: 0331- 2977-318

Stand: Mai 2025

Abkürzungsverzeichnis

B

BEMA..... Einheitlicher Bewertungsmaßstab für
zahnärztliche Leistungen
BMV-Z..... Bundesmantelvertrag-Zahnärzte
BZÄK..... Bundeszahnärztekammer

C

CIRS dent..... Critical Incident Reporting System

D

DeQS-RL..... Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung
DGZMK Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
DMS Deutsche Mundgesundheitsstudie
DSGVO Datenschutz-Grundverordnung

E

eGK..... elektronische Gesundheitskarte

G

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinStG GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
GVWG..... Gesundheitsversorgungsweiter-
entwicklungsgesetz

H

HKP..... Heil- und Kostenplan

I

IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte
IQTiG.... Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen
IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen

K

KCH Konservierend-Chirurgisch
KFO..... Kieferorthopädie
KIG..... Kieferorthopädische Indikationsgruppe
KV Kassenärztliche Vereinigung
KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KZBV..... Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZV Kassenzahnärztliche Vereinigung
KZVLB..... Kassenzahnärztliche Vereinigung Land
Brandenburg

L

LAG Landesarbeitsgemeinschaft
LKB Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
LKG Landeskrankenhausgesellschaft
LZÄK Landes Zahnärztekammer

M

MSGIV.... Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

P

PAR..... Parodontologie
PEA..... Prothetik-Einigungsausschuss

Q

QB-RL Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie
QBÜ-RL-Z Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie
vertragszahnärztliche Versorgung Überkappung
QeSü..... Richtlinie zur einrichtungs- und
sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QF-RL Qualitätsförderungs-Richtlinie
QM Qualitätsmanagement
QM-RL..... Qualitätsmanagement-Richtlinie
QP-RL-Z..... Qualitätsprüfungs-Richtlinie
vertragszahnärztliche Versorgung
QS..... Qualitätssicherung

S

SGB IX Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit
Behinderungen
SGB V Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Soziale Pflegeversicherung

T

TSVG Terminservice- und Versorgungsgesetz

Z

ZäPP Zahnärzte-Praxis-Panel
ZE Zahnersatz
ZQMS..... Zahnärztliches Qualitäts-Management-System

1. Vorbemerkungen

Die Qualität der zahnärztlichen Leistungen, die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden, hat gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen sowie den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen und spielt damit eine herausragende Rolle im Gesundheitssystem.

Unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrags der KZVen nach § 72 Abs. 2 SGB V verpflichtet § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von ihnen erbrachter Leistungen. Eine zentrale Rolle zur Förderung der Qualität im Rahmen der Versorgung nach dem SGB V sieht der § 135b SGB V zudem bei den KZVen – als primären Partner der Zahnärzte. Somit kann die Forderung nach einer angemessenen Qualität der erbrachten zahnärztlichen Leistungen unterstützt werden.

Der Umgang mit Qualitätssicherung ist seit vielen Jahren in den Aufgabenbereich der vertragszahnärztlichen Praxen impliziert. Die im zahnärztlichen Tätigkeitsbereich erbrachten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung beruhen zum Teil auf Vorgaben verschiedener Normgeber, z. B.:

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Berufsordnung
- Röntgenverordnung

sowie auf Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner – insbesondere das im zahnärztlichen Tätigkeitsbereich etablierte Gutachterwesen – und auf freiwilligen Aktivitäten. Ungeachtet dessen muss sich die Vertragszahnärzteschaft, wie alle Heilberufe, den anhaltenden gesundheits- und gesellschaftspolitischen Diskussionen stellen, die von Begriffen wie Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung geprägt sind. Qualitätsförderung setzt eine angemessene Honorierung voraus. Werden neue, die Versorgungsqualität verbessernde Behandlungsmethoden implementiert, sind immer auch die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Praxis zu berücksichtigen.

Aufgrund des erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwandes durch die zunehmende, überbordende Bürokratie werden in den Praxen zunächst einmal Kosten verursacht. Statistisch arbeitet ein Praxisinhaber in Deutschland durchschnittlich 44 Wochenstunden, dabei verbleiben für die reine Behandlungszeit nur rd. 32 Stunden. Damit werden ca. 27 % der Arbeitszeit für administrative Aufgaben wie Praxisverwaltung, Praxisführung und Fortbildung verwandt.²

Im Land Brandenburg ist ein Praxisinhaber durchschnittlich ebenfalls ca. 44 Wochenstunden tätig, davon fallen nur rd. 33 Stunden für die zahnärztliche Behandlung an. Für die administrativen Aufgaben werden ca. 25 % der Arbeitszeit verwandt. Unter Berücksichtigung der Einnahmen- und Kostensituation einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis im Land Brandenburg müssen in der reinen Behandlungszeit mindestens 323 € Honorarumsatz je Behandlungsstunde erzielt werden.³

Eine qualitäts- und präventionsorientierte Versorgung setzt eine angemessene Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen voraus. Hierfür sind entsprechende Rahmenbedingungen notwendig. Die Entwicklung der zahnärztlichen Honorare war bis zum Jahr 2012 streng an die Einnahmenentwicklung der Krankenkassen – die sogenannte Grundlohnsumme – gebunden. Die strikte Grundlohnsummenanbindung wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum Januar 2013 aufgehoben und mit § 85 Abs. 3 SGB V neue Kriterien für die Vergütungsveränderung geschaffen. Nunmehr können zuvor zum Teil gänzlich unberücksichtigte vergütungsrelevante Einflussfaktoren, wie die Kosten- und Versorgungsstruktur (Praxiskosten), Arbeitszeit, Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen,

¹ Quellen: Qualitätsförderungs-Richtlinie der KZBV, Stand 10.04.2019; Agenda Qualitätsförderung, BZÄK/KZBV, Stand Juli 2014

² Quelle: Jahrbuch 2024, KZBV

³ Quelle: Zahnärzte-Praxis-Panel, Erhebung 2023, Auswertung für das Land Brandenburg, Juni 2024

Zahl und Struktur der Versicherten sowie die Morbiditätsentwicklung der Patienten bei den Gesamtvergütungen Berücksichtigung finden.

Insbesondere dem Kriterium der Kosten- und Versorgungsstruktur kam in den vergangenen Jahren in den Verhandlungen mit den Krankenkassen eine erhebliche Bedeutung zu. Dabei wurde die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) durchgeführte Kostenstrukturerhebung herangezogen, welche im Jahr 2018 durch eine einheitliche, strukturierte und weitergehende Panelerhebung, dem sogenannten Zahnärzte-Praxis-Panel (ZäPP) abgelöst wurde. Die durch das ZäPP gewonnenen, aussagekräftigen und wissenschaftlich fundierten Daten bilden nun die Grundlage, um die Belange der Zahnärzte in den Vergütungsverhandlungen von KZBV und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) mit den Krankenkassen optimal zu vertreten.

Mit Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) zum 12. November 2022, welches die abgeschaffte strikte Budgetierung der zahnärztlichen Gesamtvergütungen wieder eingeführt hat, sind erneut Einsparungen im vertragszahnärztlichen Bereich vorgesehen, die einer angemessenen Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen entgegenstehen.

Infolgedessen sind die Anpassungen der Punktwerte bei den Gesamtvergütungen für die Jahre 2023 und 2024 zu begrenzen. Das Gesetz legt damit für das Berichtsjahr 2024 eine Anhebung der Punktwerte gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fest. Für das Jahr 2024 waren das 2,72 Prozent.

Die Förderung und Sicherung der Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsstarkes Gesundheitswesen. Mit der gemeinsam von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der KZBV bereits im Jahr 2004 entwickelten und im Juli 2014 aktualisierten Agenda Qualitätsförderung wurden Grundsätze der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung erarbeitet. Diese gelten unbeschadet der gesetzlichen Änderungen unverändert:⁴

- Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.
- Qualitätsförderung ist eine zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Als freier Beruf konzipiert und fördert er eigenständig Konzepte zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.
- Es entspricht dem Selbstverständnis der Zahnärzte, ihre Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen. Die Berufsvertretung der Zahnärzteschaft fördert daher ein reflexives zahnärztliches Berufsrollenverständnis und unterstützt Projekte zur Optimierung der Versorgungsqualität. Zwang und Kontrolle sind der Qualitätsförderung abträglich.
- Die präventive Ausrichtung zahnmedizinischen Handelns ist ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsförderung. Ziel ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der Mundgesundheit von Geburt an bis ins hohe Alter.
- Therapiefreiheit ist der Schlüssel zum Therapieerfolg. Dabei gewährleistet nur ein patientenbezogener Ansatz die Individualität der Behandlungsplanung. Leitlinien können diesen Prozess unterstützen.
- Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung hängt wesentlich von der aktiven Mitarbeit des Patienten ab. Die umfassende Mitarbeit des Patienten und die Stärkung der Eigenverantwortung für seine Mundgesundheit sind im Rahmen der Qualitätsförderung in der Zahnmedizin unabdingbar.
- Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen sowie einer entsprechenden Vergütung. Die Rationierung von Mitteln ist der Qualitätsförderung abträglich.

⁴ Agenda Qualitätsförderung, Seite 6, BZÄK/KZBV, Stand Juli 2014

- Eine an den medizinischen Erkenntnissen und dem Patientenwohl orientierte Aus- und Fortbildung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung.
- Zahnärztliche Qualitätsförderung sollte in erster Linie sektorbezogen erfolgen und den Besonderheiten in der Zahnmedizin Rechnung tragen.
- Die Versorgungsforschung kann einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung leisten und muss von zahnärztlicher Seite gestärkt werden. Sie sollte hierbei dem Leitbild einer „lernenden Versorgung“ entsprechen und gleichermaßen der Qualität, den Patienten und der Förderung der Arbeitsbedingungen des zahnärztlichen Teams verpflichtet sein.

1.1 System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung⁵

1.1.1 Die KZBV und die 17 KZVen

Die KZBV ist die Dachorganisation der 17 KZVen in den Bundesländern. Sie vertritt die Interessen der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte. Wichtigste Aufgabe der KZBV und der KZVen ist die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung: In verbindlichen Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen werden die Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte festgelegt, aufgrund derer die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz (ZE) und kieferorthopädischer Maßnahmen der gesetzlich Versicherten durchzuführen ist.

Die KZBV ist stimmberechtigte Trägerinstitution im G-BA, dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zusammen mit den Körperschaften und Landesorganisationen von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gestaltet die KZBV im G-BA den Leistungskatalog der GKV maßgeblich mit. In Deutschland sind rd. 90 Prozent⁶ der Bevölkerung, fast 75 Millionen Menschen⁷, gesetzlich krankenversichert.

1.1.2 Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung⁸

Etwa 72.800 Zahnärzte gewährleisten in mehr als 38.282 Praxen eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitätsorientierte Versorgung der Patienten. Darunter sind 3.790 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie (KFO) und mehr als 3.730 Fachzahnärzte für Oralchirurgie tätig. Weitere Fachzahnärzte für Parodontologie (PAR) sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie komplettieren die umfassende Versorgung. Der Frauenanteil im Beruf lag im Jahr 2023 bundesdurchschnittlich bei 49 Prozent, die Zahl der erwerbstätigen Zahnärztinnen nimmt kontinuierlich zu.

Statistisch gesehen versorgt ein Zahnarzt derzeit durchschnittlich 1.162 Patienten. Bei einer Bevölkerungszunahme in Deutschland sank die Zahnärztdichte seit dem Jahr 2022 minimal. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit dem verstärkten Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in das Rentenalter ist in den nächsten Jahren mit einer stetig sinkenden Zahl von behandelnd tätigen Zahnärzten zu rechnen.

Die Ausgaben der GKV für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten sind im längerfristigen Rückblick erheblich gesunken. Während der Anteil im Jahr 2003 noch bei rd. 8,7 Prozent lag, hat die GKV im Jahr 2023 nur 6,1 Prozent für die zahnärztliche Behandlung ausgegeben. Damit stellen die Leistungsausgaben durch Zahnärzte den niedrigsten Ausgabenblock der GKV dar. Im Vorjahresvergleich haben sich die Ausgaben für konservierend-chirurgische Behandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Kieferbruch reduziert. Bei den Ausgaben für zahnärztliche Prophylaxe ist ein geringer Zuwachs zu verzeichnen, welcher als Beweis für die deutliche Prophylaxeorientierung in der zahnärztlichen Behandlung gewertet werden kann. Damit wird ein wesentlicher Beitrag für den nachweislich hohen Präventionsgrad in der Betreuung und die großen Erfolge in der zahnärztlichen Vorsorge geleistet. Im Bereich der Parodontologie kam es im Jahr 2022 aufgrund der Leistungsausweitung der neuen PAR-Behandlungsstecke und der damit verbundenen, politisch gewollten Ausdehnung des Leistungsumfangs für die Versicherten, zu einem deutlichen Anstieg. Im Jahr 2023 ist ein moderater Zuwachs zu verzeichnen, der sich somit über die Ausgaben für PAR-Folgeleistungen im Rahmen der Nachsorge bei den in den Jahren 2021 und 2022 begonnenen PAR-Behandlungen erklärt.

Die folgende Abbildung 1 zeigt die Aufteilung der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung im Jahr 2023.

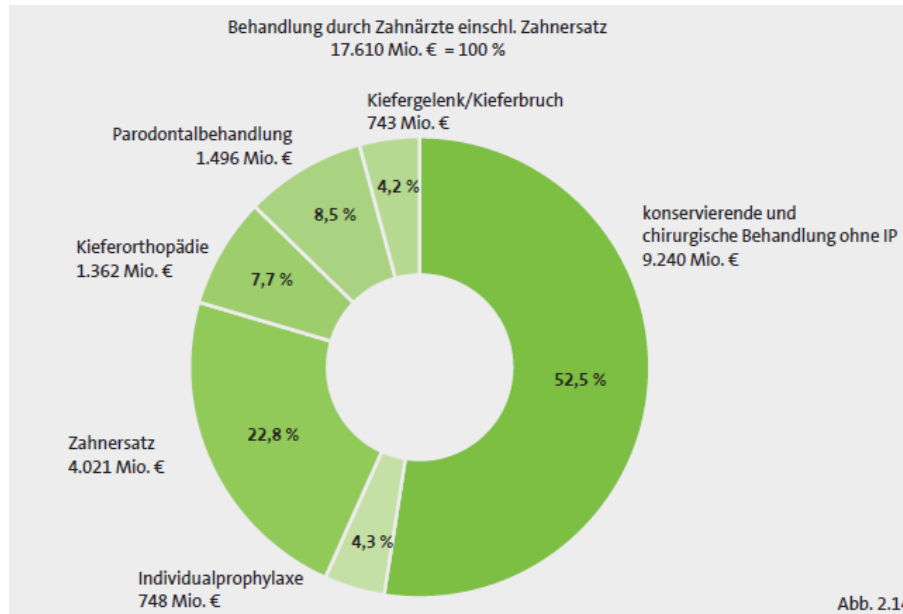
⁵ Quelle: Geschäftsbericht 2023/2024, KZBV

⁶ Quelle: Pressemitteilung Nr. 30, destatis.de, 23.01.2025

⁷ Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand Dezember 2024

⁸ Quellen: Jahrbuch 2024, KZBV und Statistisches Jahrbuch 2023/2024, BZÄK

Abbildung 1: Aufteilung der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung 2023, KZBV Jahrbuch 2024



1.1.3 Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung

Entscheidend für die großen Erfolge bei der Mundgesundheit in Deutschland ist die konsequente Ausrichtung von einer kurativen hin zu einer präventiven Zahnheilkunde. Dieser Paradigmenwechsel zieht sich wie ein roter Faden durch die Aktivitäten der KZBV und hat auch in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre Niederschlag gefunden.

Im Gegensatz zur ambulanten ärztlichen und besonders zur stationären, ist die zahnärztliche Versorgung befundorientiert. Gleiche Befunde ermöglichen vielfach unterschiedliche, an den individuellen Gegebenheiten ausgerichtete Behandlungslösungen. Diese zur Verfügung stehende Vielzahl von Therapiealternativen ist eine Besonderheit der zahnärztlichen Versorgung gegenüber der ambulanten ärztlichen Behandlung und der Versorgung im Krankenhaus. Hinzu kommt ein vergleichsweise geringer Anteil an Verordnungen von Arzneimitteln und veranlassten weiteren Leistungen.

Das erklärt auch, warum die zahnärztliche Qualitätsförderung zuallererst auf den eigenen Sektor bezogen werden muss. Nur so ist die Qualität der zahnärztlichen Versorgung der Patienten zu sichern und zu fördern. Die Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung werden sonst in allgemein gültigen sektorübergreifenden Regelungen, die für Arzt, Zahnarzt und Krankenhaus gleichermaßen gelten, nicht gebührend berücksichtigt.

1.1.4 Gutachterwesen in der Zahnmedizin

In Deutschland besteht ein Gutachterwesen für die zahnmedizinische Versorgung zu Lasten der GKV. Einvernehmlich von Krankenkassen und KZVen bestellte Gutachter können vorab prüfen, ob prothetische, parodontologische oder kieferorthopädische Behandlungspläne angemessen sind und von den Krankenkassen übernommen werden müssen. Zusätzlich bewerten sie die Behandlungsqualität bei vermuteten Mängeln. Das zahnärztliche Gutachterwesen stellt damit ein Instrument zur Überprüfung und Förderung der Behandlungsqualität dar und genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz.

1.1.5 Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung im vertragszahnärztlichen Bereich ist in den §§ 135a, 135b, 136, 136a, 136d, 137a und 137b SGB V definiert. Unter der vom Gesetzgeber als Oberbegriff verstandenen Qualitätssicherung fallen drei wesentliche Themenbereiche:

- einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7)
- einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (→ Kapitel 5)

- Qualitätsprüfung/Qualitätsbeurteilung (→ Kapitel 6).

Qualitätssicherung erfolgt darüber hinaus sektorenübergreifend. Die Qualität wird für den vertragszahnärztlichen, vertragsärztlichen und stationären Sektor übergreifend sichergestellt. Aufgrund der Besonderheit, dass die zahnärztliche Versorgung weder mit der ambulant-ärztlichen noch mit der stationären Versorgung nennenswerte Schnittpunkte aufweist und somit einen eigenständigen Sektor innerhalb der ambulanten Versorgung darstellt, findet die sektorübergreifende Qualitätssicherung in der Zahnmedizin nur sehr begrenzte Anwendung.

1.1.6 CIRS dent – Jeder Zahn zählt! Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen

Das gemeinsam von der BZÄK und der KZBV entwickelte zahnärztliche Berichts- und Lernsystem *CIRS dent – Jeder Zahn zählt!* erfüllt die Standards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme, die in der Richtlinie des G-BA zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement festgelegt sind. Das System leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Zahnärzte können innerhalb des Online-Portals anonym, sanktionsfrei und sicher sowie ohne Rückschlüsse auf die jeweilige Praxis von unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen berichten. Nach Eingang des Berichtes wird durch ein Fachberatungsgremium von KZBV und BZÄK die Anonymisierung sichergestellt und um Hinweise oder Lösungsvorschläge ergänzt, wie das geschilderte Ereignis künftig vermieden werden kann. Anschließend wird der Bericht in dem für Nutzer des CIRS-Systems zugänglichen Bereichs veröffentlicht und kann von Kollegen kommentiert und mit anderen Nutzern des Systems direkt und unkompliziert ausgetauscht werden.

So kann nicht nur die betroffene Zahnarztpraxis aus den Ereignissen lernen und damit die Sicherheit ihrer Patienten erhöhen, sondern auch andere Praxen, damit diese Ereignisse im Idealfall von vornherein vermieden werden können. Etwa 7.000 Praxen und zahnärztliche Einrichtungen nutzen diesen Service aktiv und tragen damit zur Qualitätsverbesserung in der Praxis bei. Das Portal wird jährlich rd. 30.000 Mal aufgerufen, es können etwa 200 Berichte eingesehen werden⁹.

Die CIRS dent-Website www.cirsdent-jzz.de hat zudem eine Berichtsdatenbank, so ist eine gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich.

1.1.7 Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung

Vertragszahnärzte sind zur regelmäßigen fachlichen Fortbildung verpflichtet und müssen alle fünf Jahre der für sie zuständigen KZV nachweisen, dass sie dieser Pflicht nachgekommen sind. Innerhalb dieses Zeitraums müssen mindestens 125 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden (→ Kapitel 11.1). Es gelten die Anerkennungs- und Bewertungskriterien der BZÄK zur fachlichen Fortbildung. Andere Zertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die BZÄK aufgestellt hat.

Die Weiterbildung dient dem Erwerb spezieller beruflicher Kenntnisse in Fachgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Erweiterung ihrer Behandlungskonzepte. Damit sichern die Zahnärzte den Patienten die Teilhabe am zahnmedizinischen Fortschritt.

1.1.8 Leitlinien

Ein wesentliches Element der zahnärztlichen Qualitätssicherung und -förderung ist die Erarbeitung und laufende Aktualisierung von Leitlinien.

Leitlinien für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für eine angemessene Versorgung der Patienten. Sie dienen als Orientierungshilfen, von denen jedoch auch abgewichen werden kann. Da Leitlinien auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, können sie zur Behandlungssicherheit beitragen. Leitlinien haben dabei fachlichen

⁹ Quellen: Jahresbericht 2023/2024, BZÄK; Geschäftsbericht 2023/2024, KZBV

Orientierungscharakter und sind, anders als Richtlinien, rechtlich nicht bindend. Sie haben daher weder eine haftungs begründende noch eine haftungsbefreiende Wirkung.

Die KZBV ist aktiv an der Neuerstellung und Aktualisierung zahnmedizinischer Leitlinien unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften beteiligt. Dabei liegt der Fokus auf Praxistauglichkeit und Kompatibilität zum deutschen Gesundheitssystem, insbesondere zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Bei der Umsetzung zielgerichteter Leitlinienarbeit wird die KZBV vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) unterstützt. Die selbstständige Forschungseinrichtung befasst sich ausschließlich mit zahnärztlichen und zahnmedizinischen Fragestellungen und liefert Basismaterialien und Analysen für die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen.

Im Folgenden sind zahnmedizinische Leitlinien aufgeführt, die unter Beteiligung der KZBV erstellt wurden.¹⁰ Leitlinien, die älter als fünf Jahre sind, gelten als nicht mehr aktuell und werden regelmäßig aktualisiert.

- Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumen-Fehlbildungen
- Direkte Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und Seitenzahnbereich
- Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut
- Dentale digitale Volumetomographie
- Materialunverträglichkeiten bei dentalen, enossalen Implantaten
- Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten
- Einsatz von Platelet-Rich-Fibrin (PRF) in der dentalen Implantologie
- Implantatversorgung zur oralen Rehabilitation im Zusammenhang mit Kopf-Hals- Bestrahlung
- Implantationszeitpunkte
- Keramikimplantate
- Zahnimplantate bei Diabetes mellitus
- Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse und Kieferrelationsbestimmung
- Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne
- Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien
- Die Unterkieferprotrusionsschiene: Anwendung in der zahnärztlichen Schlafmedizin beim Erwachsenen
- Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen von Kindern und Erwachsenen vor und nach einer Organtransplantation
- Periimplantäre Weichgewebsaugmentation
- Vollkeramische Kronen und Brücken
- Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie
- Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III
- Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers
- Wurzelspitzenresektion
- Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien

Die vorstehenden Auflistungen stellen nur einen Ausschnitt aus der Vielzahl zahnärztlicher Leitlinien dar. Aktuell ist die KZBV in die Neuerstellung diverser zahnmedizinischer Leitlinien eingebunden. Mit der Erstellung von Leitlinien wird belegt, dass Qualitätssicherung und -förderung für die Zahnärzteschaft weit mehr ist als eine Reaktion auf gesetzliche Vorgaben.

¹⁰ Quellen: KZBV; Geschäftsbericht 2023/2024, KZBV; Zahnärzte/Leitlinien, DGZMK

1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss¹¹

Zuständig für die Festlegung verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V ist gemäß § 136 SGB V der G-BA. Dieser stellt das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland dar und bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV. Des Weiteren werden im G-BA Maßnahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich beschlossen. Die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung wird an der Ergebnisqualität der Behandlung gemessen.

In der Zahnheilkunde sind vor allem Struktur- und Prozessqualität langfristig überprüfbar, es gibt weder mit der ambulant-ärztlichen noch mit der stationären Versorgung nennenswerte Schnittmengen. Patienten werden in der Regel innerhalb des zahnärztlichen Sektors behandelt. Zahnärztliche Qualitätsförderung kann nur dann zur Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung beitragen, wenn diese in erster Linie sektorbezogen erfolgt. Aus diesem Grund muss der zahnärztliche Bereich, als von jeher eigenständiger Versorgungssektor mit eigenen Gesetzmäßigkeiten, abgegrenzt werden. Dafür setzt sich die KZBV als stimmberechtigte Trägerorganisation im G-BA ein. Von zentraler Bedeutung für die Arbeit der KZBV im G-BA zu zahnärztlichen Themen sind die Unterausschüsse *Zahnärztliche Behandlung*, *Methodenbewertung* und *Veranlasste Leistungen*.

Die Zahnärzteschaft entwickelt ständig eine Vielzahl von Regelwerken wie z. B. einzelne qualitätssichernde Vorgaben weiter, die der stetigen Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung dienen. Diese sind u. a. in den Richtlinien des G-BA enthalten. Bei der Erarbeitung von Richtlinien für das GKV-System bilden die auf Basis der evidenzbasierten Medizin erstellten Empfehlungen der Qualitätsinstitute für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) eine wesentliche Beratungsgrundlage in den Gremien des G-BA. Die KZBV ist in den Gremien der Qualitätsinstitute vertreten und in ihre Verfahren eingebunden. Die Abteilung *Qualitätsinstitut, Leitlinien* begleitet die Verfahren sowie die Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen. Sie ist federführend verantwortlich für die Analyse und Bewertung der vom IQWiG veröffentlichten Entwicklungsleistungen, Berichte und Gesundheitsinformationen mit Relevanz zur zahnmedizinischen Versorgung und bereitet bei Bedarf Stellungnahmen vor. Folgende Gesundheitsinformationen wurden veröffentlicht:

- U-Untersuchungen
- Zahn- und Kieferfehlstellungen
- Kariesprophylaxe bei Kindern
- Zahnfleischentzündung und Parodontitis
- Professionelle Zahnreinigung
- Aphthen

Für die vertragszahnärztliche Versorgung besteht die Besonderheit, dass sich Behandlungsergebnisse in einer Vielzahl von Fällen (insbesondere in den Bereichen der Zahnerhaltung und Prothetik) erst nach Jahren, wenn nicht Jahrzehnten beurteilen lassen. Eine kurzfristige Erstellung und Auswertung vieler Studien, wie diese vom IQWiG häufig angestrebt wird, scheidet in aller Regel im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung von vorne herein aus. Deshalb wird von der zahnärztlichen Selbstverwaltung und der KZBV sehr aufmerksam beobachtet, dass die evidenzbasierte Humanmedizin nicht analog auf den zahnärztlichen Bereich übertragen wird.

¹¹ Quellen: KZBV; Geschäftsbericht 2023/2024, KZBV; Agenda Qualitätsförderung, BZÄK/KZBV, Stand Juli 2014

1.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien¹²

Seit den 1980er Jahren führt das IDZ im Auftrag der KZBV und der BZÄK die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS) durch. Mittels dieser sozialepidemiologischen Großstudien überprüft die Deutsche Zahnärzteschaft selbst regelmäßig kritisch die Qualität zahnärztlicher Leistungen. Die DMS liefern wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse durch repräsentative, bundesweit erhobene Daten und stellen damit einen wesentlichen Teil der Gesundheitsberichterstattung dar.

Die bisher vom IDZ durchgeführten Studien ließen u. a. anderem erkennen, dass es seit den 1980er Jahren zu einer kontinuierlichen Verringerung der allgemeinen Karieslast bei Kindern und Jugendlichen gekommen ist. Neben der zunehmenden Kariesfreiheit zeigte sich bei der Verteilung der Karieslast jedoch ein Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Karieserfahrung (Kariespolarisation). Mit Hilfe der Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen soll eine Chancengleichheit für alle Kinder geschaffen werden.

DMS V

Für die DMS V wurden deutschlandweit von Oktober 2013 bis Juni 2014 mehr als 4600 Menschen an 90 Standorten sozialwissenschaftlich befragt und zahnmedizinisch untersucht. Neben klinischen Daten wurden auch umfangreiche soziodemografische und verhaltensbezogene Einflüsse berücksichtigt. Die im August 2016 veröffentlichte Studie beschreibt repräsentativ die Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung in Deutschland, erstmals auch die Menschen sehr hohen Alters. Die Analyse liefert eine Fülle von Daten zu fast allen zahnmedizinischen Aspekten. Neben Karies, Parodontitis, Pflegebedürftigkeit, Alter und sozialen Einflussfaktoren wurden sämtliche Schichten und vier Altersgruppen erfasst. Zusammenfassend lässt die Studie einen deutlich positiven Trend bei der Karies- und Parodontitis-Erfahrung erkennen, welcher sich durch alle Altersgruppen zieht. Es konnten durchgängig teilweise erhebliche Verbesserungen bei der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung festgestellt werden.

Der bisher beobachtete kontinuierliche Trend des Kariesrückgangs bei Kindern und Jugendlichen hat sich fortgeführt, die Ergebnisse zeigten mittlerweile einen Rückgang von 90 %. Ein nachhaltiger Rückgang der Karieserfahrung war auch bei den jüngeren Erwachsenen (35 bis 44-Jährige) zu verzeichnen, begleitet von einer Abnahme schwerer Parodontalerkrankungen. Es kam zu einer Halbierung der schweren Parodontitis und einer Zunahme von parodontaler Gesundheit bzw. leichten Erkrankungsformen.

Bei den jüngeren Senioren (65 bis 74-Jährige) war der Rückgang der Karieserfahrung vor allem durch weniger Zahnverluste bedingt, ebenfalls war eine Abnahme schwerer Parodontalerkrankungen zu erkennen. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine Verschiebung der Krankheitslasten ins höhere Alter (Morbiditätskompression). Ältere Senioren (75 bis 100-Jährige) wiesen im Jahr 2014 einen Mundgesundheitszustand wie den der jüngeren Senioren im Jahr 2005 auf. Jüngere Senioren haben eine bessere Mundgesundheit als dieselbe Altersgruppe im Jahr 2005, das bedeutet mehr mundgesunde Lebensjahre.

Vor dem Hintergrund einer immer stärker an Evidenz und Qualität ausgerichteten Zahnmedizin wurde die DMS V in den folgenden Jahren die wichtigste Grundlage, um die zahnmedizinische Versorgung zu analysieren und zukunftsfest zu machen.

DMS 6¹³

Im Jahr 2021 startete die sechste DMS „Deutschland auf den Zahn gefühlt“. Mit ihren Ergebnissen soll sie u. a. als abgesicherte Grundlage für die künftige Ausrichtung der zahnärztlichen Versorgung dienen und zudem zu noch besseren Strukturen und Prozessen in Zahnarztpraxen beitragen. Folgende Fragestellungen sind Gegenstand der Studie, die sich aus mehreren Forschungsmodulen zusammensetzt:

¹² Quelle: DMS V, IDZ, August 2016

¹³ Quelle: DMS 6, IDZ, März 2025; Gemeinsame Presseinformation IDZ/KZBV/BZÄK vom 17.03.2025

- Wie steht es um die Mundgesundheit in Deutschland?
- Wie entwickeln sich Karies und Zahnbetterkrankungen?
- Wie verbreitet sind Zahnfehlstellungen bei Kindern?
- Welche Einflüsse haben soziale Faktoren?

Zu diesem Zweck sind über den Zeitraum von 2021 bis 2023 an 90 verschiedenen Orten in Deutschland rd. 4.000 Menschen aus diversen Altersgruppen und sozialen Schichten umfassend befragt und untersucht worden. Erstmals bei der Durchführung einer DMS wird ein Teil der Studienteilnehmer aus der DMS V nach acht Jahren erneut untersucht. Während bei den bisherigen Studien immer andere Personen untersucht wurden, soll nun die Inzidenz in derselben Personengruppe untersucht werden.

Im Fokus des ersten Moduls „Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern“ steht die Kieferorthopädie.¹⁴ Zahn- und Kieferfehlstellungen gehören neben Karies und Parodontalerkrankungen zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mundhöhle. Deren Verbreitung in Deutschland wurde zuletzt 1989 in den alten Bundesländern erfasst. Somit fehlten bisher systematische epidemiologische Daten zu Zahn- und Kieferfehlstellungen aus den neuen Bundesländern.

Für das kieferorthopädische Modul wurden im Zeitraum von Januar bis März 2021 insgesamt 705 Kinder im Alter von acht und neun Jahren an 16 verschiedenen Orten auf Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien untersucht, um daraus den kieferorthopädischen Versorgungsbedarf abzuleiten.

Die Auswertungen der Daten des KFO-Moduls haben u. a. ergeben, dass bei 40,5 % der untersuchten Kinder eine kieferorthopädische Behandlung gemäß den Richtlinien der GKV angezeigt ist, es liegen Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 vor.

- 5 % der Kinder wiesen extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf = KIG 5, eine Behandlung ist unbedingt erforderlich
- 25,5 % wiesen stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf = KIG 4, eine Behandlung ist dringend erforderlich
- 10 % wiesen ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf = KIG 3, eine Behandlung ist erforderlich

Die nachfolgende Abbildung 2 veranschaulicht die Ergebnisse der Auswertung zu Zahn- und Kieferfehlstellungen.

Abbildung 2: Zahn- und Kieferfehlstellungen KIG 1-5



¹⁴ Quellen KFO-Modul: DMS 6 „Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern“, Zusammenfassung, IDZ; Statements von KZBV/BZÄK/IDZ/Deutsche Gesellschaft für KFO e.V. vom 23.09.2022

Bei einem weitaus größeren Teil (57 % der untersuchten Kinder) wurden Zahnfehlstellungen mit geringer Ausprägung festgestellt, die zwar aus medizinischen Gründen durchaus eine Indikation für eine kieferorthopädische Behandlung darstellen können, deren Therapie aber von den Krankenkassen nicht übernommen wird (KIG 2). Weitere 2,5 % der Kinder hatten leichte Zahnfehlstellungen (KIG 1), deren Behandlung aus ästhetischen Gründen wünschenswert wäre, jedoch nicht zu Lasten der GKV erbracht werden kann.

Weiterhin haben die epidemiologischen Daten ergeben, dass bei 16,4 % der untersuchten Kinder eine Indikation für eine Frühbehandlung zu Lasten der GKV bestand. Ein Vergleich mit den Abrechnungsdaten der KZBV zeigt, dass in der Altersgruppe der acht- und neun-Jährigen nur 7,8 % Frühbehandlungen abgerechnet wurden. Demnach finden kieferorthopädische Frühbehandlungen zu Lasten der GKV in geringerem Umfang statt, als epidemiologisch festgestellt wurde. Eine Überversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung ist daraus nicht erkennbar. Nicht nur die Ergebnisse der Frühbehandlung, sondern auch der Vergleich mit weiteren Abrechnungsdaten bestätigen, dass die KFO ein essentieller Bestandteil einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist und bleibt.

Im Mittelpunkt der im weiteren Verlauf der DMS durchgeführten Module stehen u. a. Karies und Parodontalerkrankungen.

Die Studie zeigt die Nachhaltigkeit der Präventionserfolge bei der Karieserfahrung in allen Altersgruppen und Bildungsschichten in Deutschland. Seit der Einführung der Gruppen- und Individualprophylaxe Ende der 1990er Jahre konnte die Karieslast bei den Kindern um 90 % gesenkt werden. Gleichzeitig bestehen weiterhin soziale Ungleichheiten, es profitieren noch nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von der zahnmedizinischen Prävention. Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen werden von den Maßnahmen weniger gut erreicht.

Bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) hat sich die Karieserfahrung halbiert und die Anzahl der fehlenden Zähne ist gleichzeitig signifikant zurückgegangen. Dieses Ergebnis ist maßgeblich auf die frühzeitige und umfangreiche Inanspruchnahme von Präventionsleistungen zurückzuführen.

Die Prävalenz von Zahnverlust und Zahnlosigkeit bei jüngeren Senioren in Deutschland nimmt weiter ab. Zahnverluste kommen bis ins Erwachsenenalter kaum noch vor und der Anteil der zahnlosen jüngeren Senioren ist um 80 % zurückgegangen. Nur noch fünf Prozent der 65- bis 74-Jährigen sind heute zahnlos. Die nachhaltige Prävention wird in der Abbildung 3 verdeutlicht.

Abbildung 3: Primär- und Sekundärprävention



Quelle: IDZ

Bei den Parodontalerkrankungen belegen die Studiendaten eine erhebliche Krankheitslast: In Deutschland haben rd. 14 Millionen Menschen eine schwere Parodontalerkrankung. Die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen, wie hoch die Prävalenz von Parodontitis bei schweren

Formen (Stadium III und IV) ist. Sie liegt bei jüngeren Erwachsenen bei 17,5 % sowie bei jüngeren Senioren bei 52,7%.

Abbildung 4: Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen

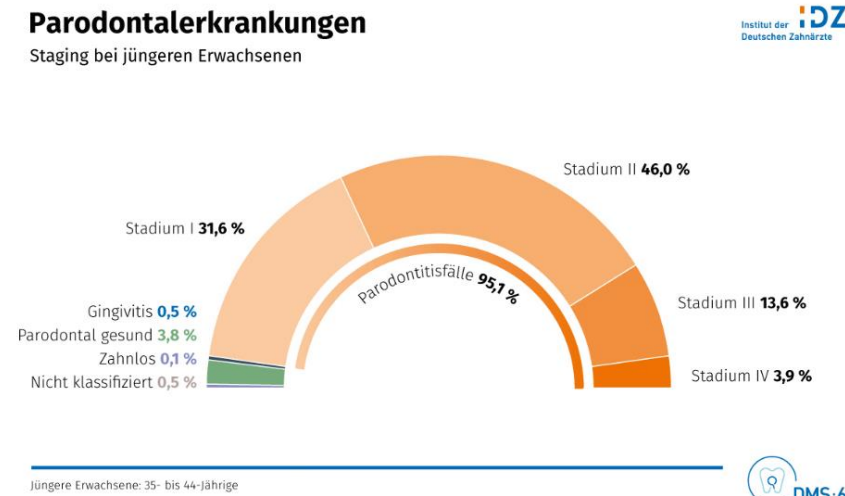
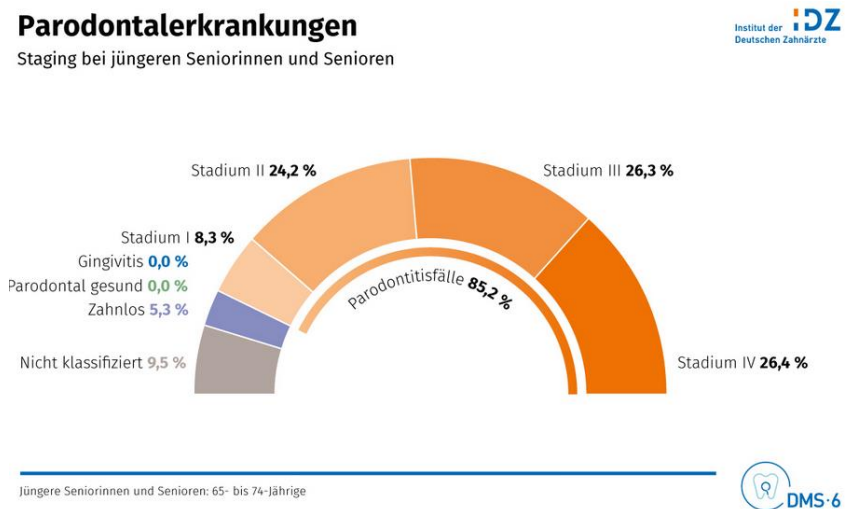


Abbildung 5: Parodontalerkrankungen bei jüngeren Senioren



Darüber hinaus bestätigen die Ergebnisse der Studie die bisherigen wissenschaftlichen Hinweise darauf, dass eine Parodontitis auch Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt und eine unbehandelte oder nicht frühzeitig behandelte Parodontitis zu einer Gefährdung der Mund- und Allgemeingesundheit führt. Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind zudem häufiger zahnlos und haben durchschnittlich etwa zwei Zähne weniger als gesunde Menschen. Dies veranschaulicht die große Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle.

Die Ergebnisse der Studie erlauben, vor dem Hintergrund einer immer stärker an Evidenz und Qualität ausgerichteten Zahnmedizin, grundlegende Weichenstellungen, um die Versorgung systematisch auszubauen und zu verbessern.

2. Ziele der KZV Land Brandenburg

Die KZVLB, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und Selbstverwaltung aller Vertragszahnärzte im Bundesland Brandenburg, gewährt eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung.

Die Förderung und Sicherung von Qualität sind Grundvoraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem und damit auch eine zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Seit Jahrzehnten existieren in der zahnmedizinischen Versorgung eine Vielzahl von Strukturen und Regelwerken zur Qualitätsförderung. Daneben stellt die Selbstverpflichtung zur Qualität eine signifikante Aufgabe der Zahnärzteschaft dar. Der selbstverständliche Umgang mit Qualitätssicherung ist bereits seit langem ein fester Bestandteil im Praxisalltag der brandenburgischen Zahnärzte. Für die kontinuierliche Qualitätsförderung in den Praxen verfolgt die KZVLB seit vielen Jahren auf verschiedenen Ebenen detaillierte Ziele.

2.1 Fortbildung (→ Kapitel 3)

Im Rahmen der Fortbildung führt die KZVLB regelmäßig Schulungen und Informationsveranstaltungen zu den aktuellen vertragszahnärztlichen Themen für ihre Mitglieder durch. Da ein qualitätsorientierter Arbeitsablauf in der Praxis nicht allein durch die Tätigkeit des Vertragszahnarztes gegeben ist, sondern auch durch die Mitwirkung aller in der Praxis Tätigen, nehmen speziell Fortbildungsveranstaltungen für zahnmedizinische Fachangestellte bei den Angeboten der KZVLB eine wichtige Schlüsselrolle ein.

Neben den regelmäßig durchgeführten Schulungen und Workshops werden das Angebot für interaktives Lernen im Zahnärzteblatt Brandenburg sowie das gemeinsam mit der Landeszahnärztekammer (LZÄK) Brandenburg angebotene Curriculum „Junge Zahnärzte“ fester Bestandteil des Fortbildungsangebots der KZVLB bleiben. Darüber hinaus hat die KZVLB ihr Webinar-Angebot ausgebaut.

2.2 Gutachterwesen (→ Kapitel 4)

Das zahnärztliche Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz. Die äußerst geringe Zahl an gutachterlich beanstandeten Therapien an der Gesamtzahl der prothetischen Versorgung der Patienten ist ein belegbarer Indikator für eine insgesamt qualitativ gute Versorgung mit Zahnersatz. Der weit überwiegende Teil der Gutachten sind Planungsgutachten. Neben dieser qualitätsfördernden Begutachtung von Behandlungsplänen bereits im Vorfeld der Behandlung, gewährleistet dieses System auch bei Beanstandungen der Versorgung nach der durchgeführten Behandlung den Patienten eine zeitnahe und in der Regel abschließende Beurteilung.

Seit dem Jahr 2021 gibt es im KZV-Bereich Land Brandenburg regionale, von speziell ausgebildeten Gutachtern moderierte, Gutachter-Qualitätszirkel, die den fachlich kollegialen Dialog zwischen den Gutachtern im Land Brandenburg außerhalb der Gutachtertägungen gewährleisten. Die Qualitätszirkel in den Fachbereichen KFO, PAR und ZE haben einen festen Teilnehmerkreis von ca. fünf bis zehn Personen und kommen ca. zweimal jährlich zusammen. Dabei werden von den Teilnehmern selbst gewählte Themen aus dem zahnmedizinischen Versorgungsalltag erörtert. Darüber hinaus wird gemeinsam die Vorgehensweise in bestimmten Fällen erarbeitet.

Die Arbeit in Qualitätszirkeln wird als Fortbildung anerkannt. Für jeden Gutachter-Qualitätszirkel kann der Moderator Fortbildungspunkte nach den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) für die teilnehmenden Gutachter vergeben.

Die KZVLB führte auch im Jahr 2024 wieder eine Moderatorenausbildung durch, bei der die Moderatoren in Methoden zur Optimierung der Arbeit in den Zirkeln geschult werden, so z. B. in Strategien zum Umgang mit Konfliktsituationen. Ziel der KZVLB ist es, die Gutachter-

Qualitätszirkel in den kommenden Jahren auszubauen, um eine dauerhaft hohe Ergebnisqualität der Gutachten zu gewährleisten.

2.3 Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ Kapitel 6)

Die Richtlinien zur Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung legen den Schwerpunkt auf die Plausibilität von Befund und Behandlung. Seit dem Inkrafttreten der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Überkappung (QBÜ-RL-Z) am 01.07.2019 werden jährlich Stichprobenziehungen gemäß § 135b Abs. 2 SGB V mit anschließenden Qualitätsprüfungen durchgeführt. Dabei wird die Dokumentation der erbrachten Leistungen überprüft. Zielsetzung der KZVLB ist es, den Zahnarztpraxen mit regelmäßig angebotenen Schulungen die Relevanz der zahnärztlichen Dokumentation im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen deutlich zu machen.

2.4 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7)

Gemäß der am 01.01.2019 in Kraft getretenen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) werden alle Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung für Krankenhäuser und Vertrags(zahn)ärzte gebündelt und einheitlichen Rahmenbedingungen zugeführt. Die bisherigen Verfahren betrafen den ambulanzärztlichen und stationären Bereich. Die datengestützten Qualitätssicherungsverfahren im zahnärztlichen Sektor werden auch auf Basis der DeQS-RL entwickelt und durchgeführt. Sie treten jedoch erst nach erfolgreicher Prüfung der Funktionsfähigkeit und Effizienz der datengestützten Qualitätssicherung in der Zuständigkeit von Landesarbeitsgemeinschaften in Kraft. Die KZVLB ist stimmberechtigtes Mitglied im Lenkungsgremium der 2018 gegründeten Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) in Brandenburg. Die Mitarbeit in der LAG wird in den kommenden Jahren ein wesentliches Tätigkeitsfeld sein.

2.5 Zahnärztliche Betreuung im Rahmen von Kooperationsverträgen (→ Kapitel 10.4)

Ein weiteres Tätigkeitsfeld der KZVLB ist bereits seit vielen Jahren die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Grundsätzliches Ziel dabei ist es, eine immer weitere Abdeckung der stationären Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu erreichen.

Der Abschluss von Kooperationsverträgen ist bisher nur mit stationären Pflegeeinrichtungen möglich. Der größte Teil der Pflegebedürftigen lebt jedoch nicht in einem Heim. Bislang sind Pflegebedürftige, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen von Kooperationsverträgen ausgenommen. Besonders bei Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf sind Präventionsmaßnahmen sehr wichtig. Durch Kooperationsverträge würde diesen Personengruppen der Zugang zu den Präventionsmaßnahmen erleichtert werden. Hier besteht großer politischer Handlungsbedarf, da die Forderung besteht, die Anwendungsbereiche von Kooperationsverträgen auf diese Patientengruppen zu übertragen.

2.6 Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgungssituation

Durch die steigende Altersstruktur der Vertragszahnärzte im Land Brandenburg wird die Versorgungssituation im Land Brandenburg immer kritischer. Es zeigt sich bereits, dass die Neuzulassungen die Praxisschließungen nicht mehr ausgleichen können. Neue Niederlassungen oder Praxisübernahmen werden durch eine überbordende Bürokratie, Fachkräftemangel und die Budgetierung im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz erschwert. Es besteht also dringender Handlungsbedarf, deshalb hat die KZVLB die Initiative ergriffen. Ein Kernpunkt stellt der Strukturfonds zur Förderung der Übernahme oder Neugründung einer Praxis in versorgungskritischen Gebieten dar.

2.6.1 Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen

Um die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern sind die KZVen gemäß § 105 SGB V verpflichtet, alle geeigneten finanziellen Maßnahmen zu ergreifen. Mit Inkrafttreten zum 01.01.2023 hat die KZVLB zur Finanzierung von Fördermaßnahmen einen Strukturfonds gebildet, welcher eine Vielzahl von Maßnahmen wie Stipendien, Zuschüsse zu Neugründungen und vieles mehr ermöglicht. Die finanziellen Mittel werden zu gleichen Teilen von der KZVLB und den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt.

Über die Festlegung der Fördermaßnahmen sowie die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Strukturfonds entscheidet der Vorstand der KZVLB in Abstimmung mit dem Fachausschuss „AG § 105 SGB V“. Seit dem 01.07.2023 kann u. a. die Übernahme oder Neugründung einer Praxis bezuschusst werden, wobei die Praxisübernahmen Priorität haben. Die Förderung ist abhängig von der Versorgungsstruktur im Land Brandenburg und kann nur gewährt werden, wenn sich die Praxis in einem vom Vorstand ausgewiesenen Fördergebiet befindet.

Die bisherige Resonanz zeigte, dass solche Förderangebote gut angenommen werden und bestärken den Vorstand der KZVLB darin, die Strukturfonds-Förderung weiter auszubauen. Im Berichtsjahr 2024 erweiterte die KZVLB die Fördergebiete für den Strukturfonds.

2.6.2 Gespräche mit den Landkreisen und Kommunale Förderung

Um der Gefahr von zukünftigen zahnärztlichen Versorgungslücken in einzelnen Landkreisen vorzubeugen, steht der Vorstand der KZVLB seit einigen Jahren im Dialog mit den Vertretern der Landkreise mit kritischer Versorgungslage. Mit den Gesprächen soll rechtzeitig für das Problem der drohenden Unterversorgung sensibilisiert und gemeinsam Strategien entwickelt werden.

Bisher gab es im Land Brandenburg keine eigene zahnmedizinische Hochschulausbildung, ein Zuzug junger Zahnärzte ist deshalb bedeutsam. Zum Sommersemester 2024 stehen erstmals 48 Studienplätze für die Zahnmedizin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg zur Verfügung. Damit soll langfristig die zahnmedizinische Versorgung im Land gesichert werden. Der Brandenburgische Modellstudiengang Zahnmedizin beinhaltet die praktische Ausbildung in Lehr- und Famulaturpraxen. Dieses Konzept soll nicht nur den Studenten ermöglichen, das Arbeiten in den Praxen hautnah kennenzulernen, sondern für Zahnärzte eine Chance bieten, potenzielle Nachfolger für ihre Praxen zu gewinnen.

Die Medizinische Hochschule Brandenburg ist zwar staatlich anerkannt, wird aber überwiegend nicht staatlich finanziert. Für eine finanzielle Unterstützung der Zahnmedizinstudenten sind Gespräche mit den kreisfreien Städten und Landkreisen deshalb umso wichtiger.

Einige Landkreise und Städte haben bereits auf die problematischen Versorgungsperspektiven reagiert. Mit eigenen Förderrichtlinien schaffen sie Anreize, um junge Zahnärzte zur Praxisniederlassung oder Praxisübernahme zu gewinnen oder motivieren Studenten mit Stipendien für den späteren Berufseinstieg in ihren Landkreisen.

2.6.3 Praxislotsen – ein Beratungsangebot der KZVLB

Die steigende Altersstruktur der Vertragszahnärzte im Land Brandenburg und die damit verbundene Zahl der Praxisschließungen bietet jungen Zahnärzten die Chance auf Niederlassung, vor allem im ländlichen Bereich. Bereits seit mehreren Jahren bietet die KZVLB Beratungen zur Praxisgründung oder –nachfolge mit dem Ziel der Nachwuchsgewinnung an.

Alle niedergelassenen und angestellten Zahnärzte, die eine eigene Praxis gründen möchten, einen Nachfolger suchen oder ihre aktuelle Berufsausübung verändern möchten, können dieses Angebot in Anspruch nehmen. Das Praxislotsenteam berät die Interessenten in Niederlassungsfragen, zu rechtlichen und steuerlichen Aspekten sowie zu Finanzierungsmöglichkeiten. Die Beratungen finden in der Regel monatlich in der KZVLB oder bei Bedarf als Videokonferenz statt. Im Rahmen der Beratungen durch die Praxislotsen können individuelle Fördermöglichkeiten aus dem Strukturfonds geprüft werden.

2.6.4 Kampagnen

Seit einigen Jahren bildet die Kampagne „Landpraxen“ in Zusammenarbeit mit der LZÄK Brandenburg einen Schwerpunkt für die Nachwuchsgewinnung in den ländlichen Bereichen des Bundeslandes Brandenburg. Ziel dieser Aktion ist es, die zukünftige zahnärztliche Versorgung in den ländlichen Bereichen zu sichern und Lösungen zu finden, die dem Fachkräftemangel entgegenwirken.

Im Jahr 2022 startete die KZVLB gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) die Kampagne „GründungsGründe“. Mit der Kampagne soll auf die Vorteile einer Niederlassung im Land Brandenburg hingewiesen und Zahnärzte ermutigt werden, den Schritt in die eigene Praxis zu wagen.

3. Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg

Die KZVLB bietet ihren Mitgliedern regelmäßig Informationsveranstaltungen zu aktuellen vertragszahnärztlichen Themen an. Aufgrund rückläufiger Anmeldungen für Präsenzs Schulungen wurden im Berichtsjahr 2024 überwiegend Online-Live-Seminare angeboten. In diesem Zusammenhang erfolgte die Umstellung auf die Plattformversion „Visuelles Klassenzimmer“. Diese ermöglicht u. a. eine Interaktion der Teilnehmer mit dem Referenten sowie untereinander zur Lernerfolgskontrolle.

Workshops

Seit dem Frühjahr 2015 werden Abrechnungskurse in Form von Workshops in kleinen Gruppen angeboten, die sich in erster Linie an die Praxismitarbeiter, aber auch an interessierte Zahnärzte richten, die sich näher mit dem Thema Abrechnung ihrer erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen beschäftigen wollen. Die Kurse sind ebenfalls geeignet, um Wiedereinsteigern den Weg in die Abrechnungsthematik zu erleichtern. Die Teilnehmer können themenspezifische Fragen aus ihrem Praxisalltag bis zu 14 Tage vor Seminarbeginn bei der Referentin der KZVLB einreichen. Die Fragen werden dann in den Workshop eingebunden. Im Jahr 2024 wurden folgende Themen offeriert:

- Grundkurse ZE, Befundklasse 1-5 und 7
- Grundkurs ZE, Befundklasse 6
- Suprakonstruktion - von der Erstversorgung bis zur Wiederherstellung (Präsenz, Online-Live-Seminar)
- Abrechnung der PAR-Therapie in der GKV - refresher (Präsenz, Online-Live-Seminar)
- Abrechnung meets Zahntechnik (in Zusammenarbeit mit der Mitteldeutschen Zahntechniker-Innung)

Curriculum „Junge Zahnärzte“

Seit dem Jahr 2021 ist das gemeinsam von der KZVLB und der LZÄK Brandenburg gegründete Curriculum „Junge Zahnärzte“ ein fester Bestandteil des Fortbildungskalenders der KZVLB. Die Module des Curriculums erstrecken sich über zwei Jahre. Im Berichtsjahr umfassten die Schulungsteile der KZVLB folgende Themen:

- Niederlassung als Vertragszahnarzt
- Auszüge aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)
- Bedeutung von Richtlinien
- Einführung in die Beantragung und Abrechnung von Zahnersatz

Darüber hinaus war die KZVLB im November 2024 auf dem Zahnärztetag Land Brandenburg mit dem Vortrag „Update PAR-Abrechnung in der GKV“ vertreten.

e-learning im ZBB

Beginnend mit der Ausgabe 4/2020 des Zahnärzteblattes Brandenburg wurde die Möglichkeit des e-learning geschaffen. Im Vordergrund stehen dabei neben Fragen der richtigen Abrechnung zahnärztlicher Leistungen u. a. auch Informationen zu sich ändernden Richtlinien. Diese Form der Fortbildung wird von den Vertragszahnärzten und angestellten Zahnärzten gern genutzt. Das Angebot für interaktives Lernen wurde im Jahr 2024 fortgesetzt.

Zahnärztliche Dokumentation

Die Bedeutung und Umsetzung der Dokumentation erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen im Hinblick auf die QBÜ-RL-Z bildet nach wie vor einen Themenschwerpunkt der Fortbildungen. Die Veranstaltungsreihe zur Dokumentation wird seit 2019 regelmäßig angeboten. Im Berichtsjahr 2024 wurden zwei Webinare zu diesem Thema durchgeführt. Den Zahnärzten und Praxismitarbeitern wurde, neben den allgemeinen Anforderungen an eine korrekte Dokumentation in der Patientenakte sowie umfassenden Informationen über die

rechtlichen Vorgaben, die wesentliche Rolle der Dokumentation im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung (→ Kapitel 6) vermittelt.

4. Gutachterwesen¹⁵

Das vertraglich vereinbarte Gutachterwesen ist ein seit Jahrzehnten bewährtes Instrument zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Für die Zahnärzteschaft war es schon immer auch ein Mittel, die Behandlungsqualität zu fördern sowie den Patienten unter den Restriktionen sozialversicherungsrechtlicher Vorgaben die bestmögliche zahnärztliche Versorgung zukommen zu lassen.

Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen weist die Besonderheit auf, dass es ein rein innerzahnärztliches System ist. Da die Begutachtung ausschließlich durch erfahrene und für diese Tätigkeit speziell qualifizierte Vertragszahnärzte erfolgt, genießt das zahnärztliche Gutachterwesen bei den Patienten, den Krankenkassen und insbesondere bei den Behandlern, deren Pläne begutachtet werden, eine hohe Akzeptanz. Es dient der Überprüfung und Sicherung der Behandlungsqualität und stellt für die Patienten ein anerkanntes Verfahren dar.

4.1 Rechtsgrundlagen

Das Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung beruht auf vertraglichen Vereinbarungen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband. Die Gutachter werden einvernehmlich durch die Krankenkassen und KZVen bestellt. Die Vereinbarungen sind Bestandteil des Bundesmantelvertrages und damit für alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung Beteiligten verbindlich.

Seit dem 01.04.2014 ist das Gutachterwesen für alle Kassenarten gleich geregelt und wurde zum 01.07.2018 in einem einheitlichen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) zusammengeführt. Die allgemeinen Bestimmungen zum Gutachterwesen finden sich im § 4 BMV-Z.

Die Krankenkassen können sich in folgenden Leistungsbereichen eines Gutachterverfahrens bedienen:

- bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) (vgl. Anlage 4 zum BMV-Z)
- bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) (vgl. Anlage 5 zum BMV-Z)
- bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) (vgl. Anlage 6 zum BMV-Z)

Darüber hinaus ist es den Krankenkassen nach Anlage 1 Nr. 3.1.1 BMV-Z möglich, Behandlungspläne von Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) begutachten zu lassen. Für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V besteht eine Pflicht zur Begutachtung durch die Krankenkassen (vgl. Anlage 7 zum BMV-Z).

Mit Inkrafttreten des Terminservice und Versorgungsgesetzes (TSVG) zum 01.05.2019 wurde das bewährte bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren bestätigt. Zudem wurde eine Befugnis verankert, nach der die Gesamtvertragspartner vereinbaren können, dass die Krankenkassen in der Regel das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das Verfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wahrnehmen.

4.2 Arten vertragszahnärztlicher Gutachten

Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen unterscheidet Gutachten vor einer Behandlung (Planungsgutachten) und Gutachten nach einer Behandlung (Mängelgutachten). Der weit überwiegende Teil der Gutachten sind Planungsgutachten.

Planungsgutachten

Die Krankenkassen können im Vorfeld von Behandlungen die bei ihr eingereichten Behandlungspläne begutachten lassen. Die Begutachtung dient den Kassen zur

¹⁵ Quellen zu 4.- 4.2: Vertragszahnärztliches Gutachterwesen, KZBV, Oktober 2018; BMV-Z Stand 18.12.2024

Entscheidungsfindung, ob die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind. Insbesondere umfasst dies die Prüfung, ob die geplanten Leistungen den Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung sowie dem in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.

Für Patienten hat das Planungsgutachten den Vorteil, dass sie eine neutrale und objektive Überprüfung der geplanten Behandlung hinsichtlich der zahnmedizinischen Indikationsstellung sowie leistungsrechtlicher Ansprüche gegenüber der Krankenkasse erhalten. Dem behandelnden Zahnarzt wird mit einer positiven Stellungnahme des Gutachters die korrekte medizinische Indikationsstellung, die richtlinienkonforme Behandlungsplanung und Vorbehandlung bestätigt.

Mängelgutachten

Die nachträgliche Begutachtung ausgeführter prothetischer Versorgung ermöglicht eine objektive Überprüfung der durchgeführten Versorgung. Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen eine Begutachtung veranlassen, um festzustellen, ob die durchgeführte Behandlung dem genehmigten Heil- und Kostenplan (HKP) entspricht und ob die Behandlung Planungs- und/oder Ausführungsmängel aufweist. Der Patient und der Zahnarzt erhalten mit der Begutachtung Informationen hinsichtlich der Mängelfreiheit des Zahnersatzes bzw. zu Art und Umfang der Mängel sowie Möglichkeiten der Mängelbeseitigung.

Einsprüche gegen die Stellungnahme des Gutachters

Gegen die gutachterliche Stellungnahme im Bereich Zahnersatz können der Vertragszahnarzt oder die Krankenkasse Einspruch erheben. Im Land Brandenburg wird in diesem Fall im Ersatzkassenbereich ein Obergutachterverfahren durchgeführt. Dabei handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt, sondern um eine gutachterliche Stellungnahme ohne unmittelbare Rechtswirkung.

Im Primärkassenbereich wird das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) durchgeführt. Der paritätisch mit Vertretern der KZVLB und der Krankenkassen besetzte Ausschuss entscheidet über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse durch Beschluss. Die Beteiligten sollen sich vor der Verhandlung im PEA um Konsens bemühen. Im Jahr 2024 wurden im KZV-Bereich Brandenburg insgesamt 43 Einigungsgespräche geführt, es gab keine Verfahren vor dem PEA.

4.3 Erstmals berufene Gutachter

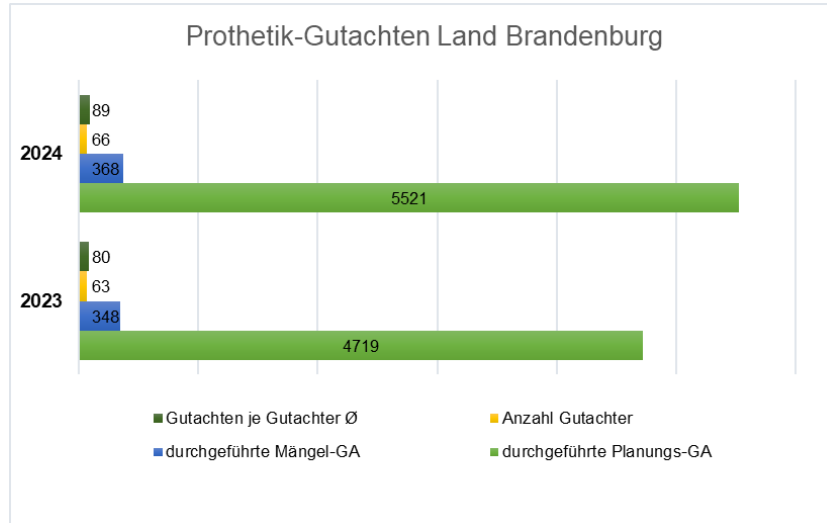
Erstmals berufene Gutachter haben gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z im ersten Jahr ihrer Gutachtertätigkeit die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung vorzulegen. Diese Regelung soll die kontinuierliche Qualität der Gutachten sicherstellen. In der KZVLB wird die Aufgabe von Fachberatern übernommen, sodass der Vorstand, welcher für die Berufung von Gutachtern zuständig ist, ein direktes Feedback über die Tätigkeit neuer Gutachter erhält. Zur Qualitätsverbesserung der Gutachten trägt weiterhin bei, dass im KZV-Bereich Brandenburg die neu bestellten Gutachter bereits zu Beginn ihrer Gutachtertätigkeit in die jeweiligen Qualitätszirkel aufgenommen werden. Zusätzlich findet im Land Brandenburg jährlich ein Erfahrungsaustausch der neu bestellten Gutachter statt. Im Mittelpunkt des kollegialen Austauschs im Oktober 2024 standen neben den formalen Anforderungen an ZE- und PA-Gutachten u. a. die Erläuterung von Ablauf, Aufbau und Inhalt eines Gutachtens.

4.4 Statistische Eckdaten¹⁶

Gutachten ZE

Für den Leistungsbereich ZE wurden im Land Brandenburg im Jahr 2024 insgesamt 5.889 Gutachten von 66 Gutachtern erstellt (Abbildung 6). Die Anzahl der veranlassten prothetischen Begutachtungen ist gegenüber dem Vorjahr um 16,2 % gestiegen.

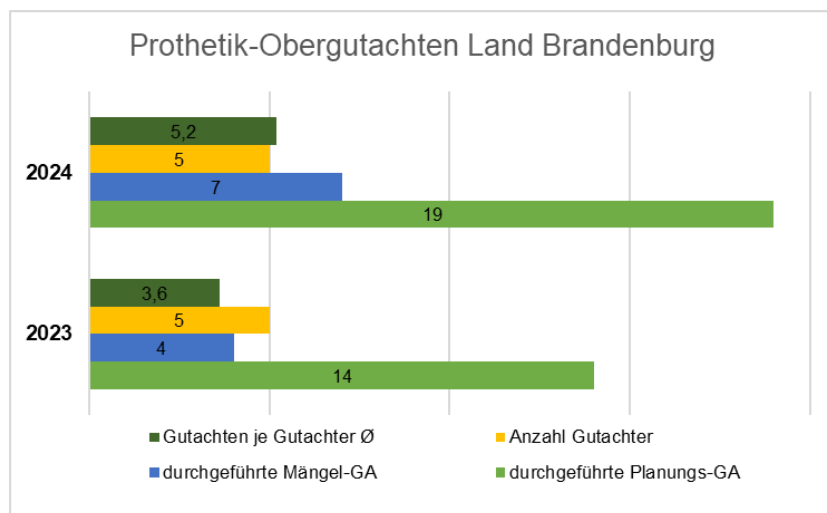
Abbildung 6: Gutachten Bereich ZE im Vorjahresvergleich



Die Ergebnisse der Begutachtungen stellen sich wie folgt dar:

Die Zahl der befürworteten Planungsgutachten ist mit 56,4 % annähernd gleichgeblieben. Die teilbefürworteten HKP verzeichnen mit 22,6 % einen geringfügigen Anstieg, während sich die nicht befürworteten Behandlungspläne um diesen Anteil verringern. Bei den Mängelgutachten zeigen die ausgeführten prothetischen Leistungen, die frei von Fehlern waren (38 %) einen leichten Anstieg.

Abbildung 7: Obergutachten Bereich ZE im Vorjahresvergleich



Die Abbildung 7 veranschaulicht die Obergutachten im Jahr 2024. Es wurden insgesamt 26 Obergutachten von 5 Obergutachtern erstellt. Der Vorjahresvergleich zeigt bei den 19 Planungs-Obergutachten eine Abnahme der Befürwortungen auf 26,3 %. Während bei den Plänen, die mit Änderungen befürwortet wurden, ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist, liegt die Ablehnungsquote bei 15,8 %. Im Jahr 2024 stieg die Zahl der Mängel-Obergutachten leicht an.

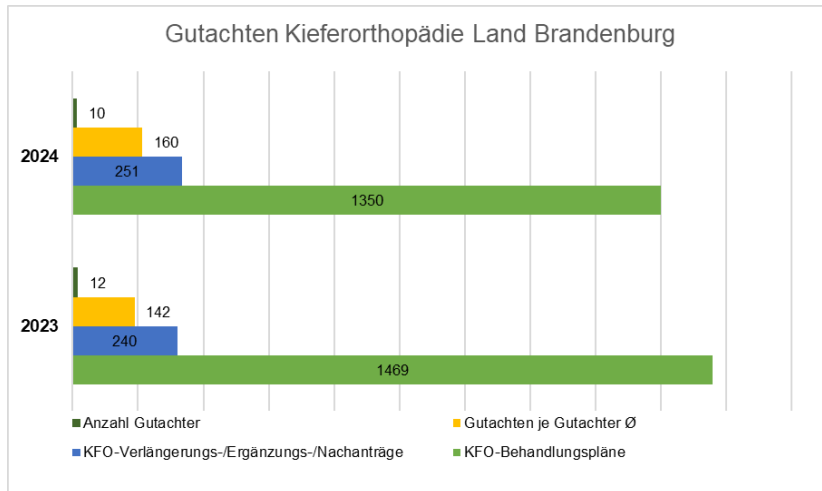
¹⁶ Quelle: Erhebung statistischer Eckdaten zum Gutachterwesen, KZVLB, Berichtsjahr 2024, 28.02.2025

Dabei sind 14,3 % der ausgeführten prothetischen Leistungen als fehlerfrei bewertet worden. Bei 85,7 % kam es zur Feststellung eines Mangels.

Gutachten KFO

Im Jahr 2024 wurden im Land Brandenburg für den Leistungsbereich KFO insgesamt 1.601 Gutachten veranlasst und von 10 Gutachtern erstellt (Abbildung 8). Die kieferorthopädischen Begutachtungen sanken gegenüber dem Vorjahr um 6,3 %.

Abbildung 8: Gutachten Bereich KFO im Vorjahresvergleich



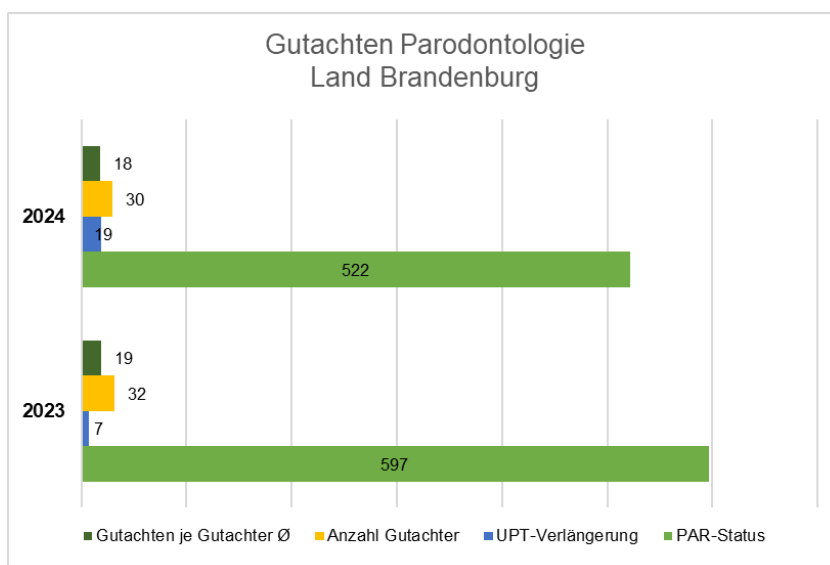
Die Ergebnisse der KFO-Begutachtungen stellen sich wie folgt dar:

Die Zustimmungquote bei den begutachteten KFO-Behandlungsplänen hat im Vorjahresvergleich einen leichten Anstieg erfahren und liegt bei 62,7 %. Die Zahl der teilbefürworteten Pläne hat sich mit 25,2 % etwas verringert, in 12,1 % der Pläne erfolgte keine Befürwortung. Bei den KFO-Verlängerungs- /Ergänzungs- und Nachanträgen wurde in 56,2 % zugestimmt, womit ein moderater Anstieg zu verzeichnen ist. Entsprechend hat sich die Zahl der nicht bzw. teilweise befürworteten Pläne verringert.

Gutachten PAR

Für den Leistungsbereich PAR sind im Jahr 2024 insgesamt 541 Gutachten von 30 Gutachtern erstellt worden (Abbildung 9). Die Begutachtungszahlen sanken im Vorjahresvergleich um 10,4 %.

Abbildung 9: Gutachten Bereich PAR im Vorjahresvergleich



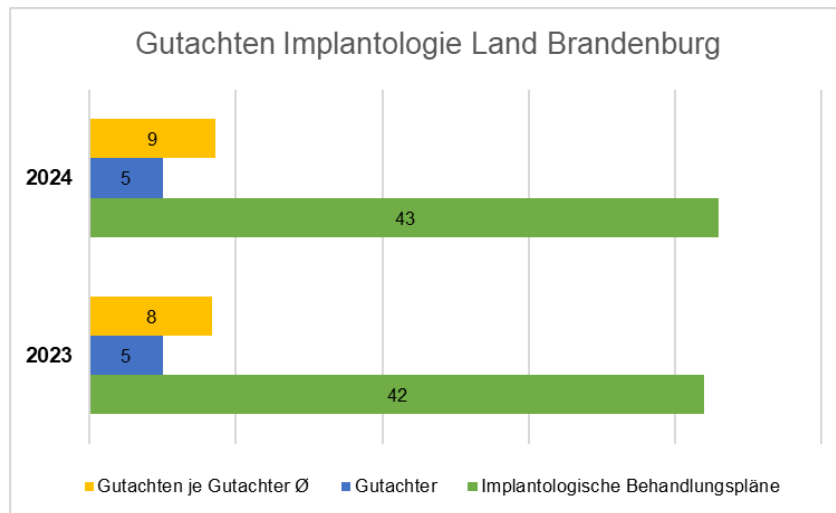
Die Ergebnisse der PAR-Begutachtungen stellen sich wie folgt dar:

Die Begutachtungen der PAR-Behandlungspläne zeigen mit 51,7 % eine geringfügige Abnahme bei den Befürwortungen. Die Zahl der mit Änderungen befürworteten Pläne bleibt mit 29,9 % annähernd gleich. Ein moderater Anstieg ist bei den nicht befürworteten Plänen zu verzeichnen. Bei den PAR-Therapie-Ergänzungsplänen gibt es deutliche Veränderungen im Vorjahresvergleich. Während sich die Zustimmungquote bei 36,8 % minimal reduziert hat, gibt es einen Anstieg bei den mit Änderungen befürworteten Plänen. Die Ablehnungsquote zeigt eine starke Abnahme von 14,3 % auf 5,3 %.

Gutachten Implantologie

Im Jahr 2024 wurden im Land Brandenburg für den Leistungsbereich Implantologie insgesamt 43 Gutachten veranlasst und von 5 Gutachtern erstellt (Abbildung 10). Für die implantologischen Begutachtungen liegt eine Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr von 2,4 % vor.

Abbildung 10: Gutachten Bereich Implantologie im Vorjahresvergleich



Der Vorjahresvergleich zeigt auch bei den implantologischen Begutachtungen deutliche Veränderungen. In 69,8 % der Fälle wurde der Behandlungsplanung zugestimmt. Die mit Änderungen befürworteten Pläne haben einen starken Anstieg erfahren. Die Ablehnungsquote zeigt auch hier eine starke Reduzierung zum Vorjahr, von 33,3 % auf 11,6 %.

4.5 Gutachtertägungen

Die Vertragsgutachter im Land Brandenburg werden über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung durch regelmäßig von der KZVLB durchgeführte Gutachtertägungen informiert. Die Gutachter werden dazu angehalten, der Qualität der begutachteten Versorgung besondere Beachtung zu schenken.

Während der Gutachtertägungen werden vorrangig praxisorientierte Themen aus der Gutachtertätigkeit u. a. anhand ausgewählter Fälle besprochen. Bei Bedarf werden zusätzlich vertragliche bzw. gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen der jeweiligen Leistungsbereiche erörtert.

Im Rahmen aller Gutachtertägungen finden offene Gesprächsrunden statt, bei denen die zuvor von den Gutachtern eingereichten Fragen und praxisbezogene Fälle besprochen werden.

ZE- und PA-Gutachtertagung

Im KZV-Bereich Brandenburg tagen die ZE- und PAR-Gutachter in der Regel zweijährlich gemeinsam. Im Berichtsjahr 2024 fand die Tagung am 06. März statt. Zu Beginn der Tagung hielten die beiden Gastreferenten ihre Fachvorträge und beantworteten anschließend ZE- und PAR-Fragen zu ihren Vorträgen.

Im Anschluss folgte im Rahmen der offenen Gesprächsrunde die Diskussion zu den eingereichten Fragen aus den Leistungsbereichen PAR und ZE.

Abschließend wurden folgende Themen erörtert:

- Erhöhung der Gutachter-Punktwerte
- Begründung zusätzlich abgerechneter Leistungen (Vipr, Rö, PSI) im Gutachten
- Formulierung korrekter Fragestellungen auf den Gutachteraufträgen seitens der Krankenkassen
- bessere Erreichbarkeit der Krankenkassen
- vollständige Beantwortung der Fragen seitens der Gutachter, Krankenkasse kann ansonsten ein Ergänzungsgutachten auf Kosten des Gutachters anfordern

KFO-Gutachter-Erfahrungsaustausch KZVLB

Neben den jährlich stattfindenden KFO-Gutachtertägungen der Nord-KZVen fand im Berichtsjahr 2024 am 26. Januar der Erfahrungsaustausch der KFO-Gutachter im Land Brandenburg statt.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, wie wichtig den KFO-Gutachtern im Land Brandenburg der Erfahrungsaustausch untereinander ist. Das Ziel der Veranstaltung war neben der offenen Gesprächsrunde die Erörterung aktuell anstehender Probleme:

- Gewinnung neuer KFO-Gutachter
- Übernahme von Praxen in ländlichen Bereichen
- Digitalisierung/ Umstellung auf das Bremer System
- elektronisches Beantragungsverfahren
- Erleichterung bei der Gutachten-Erstellung durch das neue digitale Gutachterprogramm über das Service-Portal der KZVLB
- Erarbeitung von Textbausteinen für die Gutachtenerstellung im Land Brandenburg im Gutachter-Qualitätszirkel

Im Anschluss daran wurden die zuvor eingereichten Fragen in der offenen Gesprächsrunde diskutiert.

Der nächste KFO- Gutachter-Erfahrungsaustausch der KZVLB ist für Januar 2025 geplant.

Tagung der implantologisch tätigen Gutachter

Die Tagungen für die implantologisch tätigen Gutachter (bei Planungen nach Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V) werden auf Bundesebene durchgeführt.

5. Qualitätsmanagement (QM)

5.1 QM-Grundsätze¹⁷

Das einrichtungsinterne QM stellt neben der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eine unverzichtbare Säule jeder Strategie zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen dar.

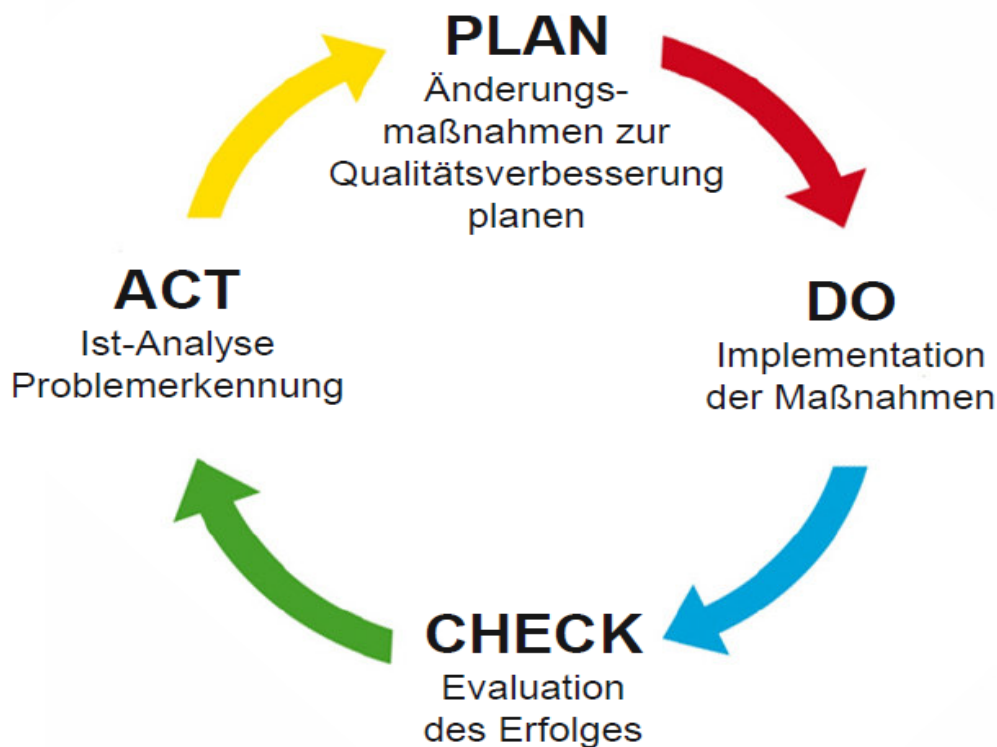
Der G-BA bestimmt für den vertragszahnärztlichen Bereich gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V durch Richtlinien die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM. Darin werden wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit definiert und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme festgelegt.

Jeder Vertragszahnarzt ist nach dem Sozialgesetzbuch (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in seiner Praxis einzuführen und weiterzuentwickeln. Der G-BA hat dazu die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) beschlossen, zuletzt geändert am 18. Januar 2024, in Kraft getreten am 20. April 2024.

Einrichtungsinternes QM dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. QM muss dazu individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen und für sie nützlich, hilfreich sowie unbürokratisch sein. Dann trägt es wesentlich dazu bei, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten – insbesondere der Patienten – zu erhöhen.

Die Ziele des QM werden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert wird, ggf. Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen beim zahnärztlichen QM jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf Plan-Do-Check-Act = PDCA-Zyklus beschrieben:

Abbildung 11: PDCA-Zyklus



¹⁷ Quellen zu 5.1- 5.2: KZBV, QM-Richtlinie des G-BA Stand 20.04.2024

Kennzahlen und valide Qualitätsindikatoren dienen dazu, die Zielerreichung intern zu überprüfen und somit die individuelle Umsetzung in Einrichtungen zu fördern. Die Richtlinie gibt die Grundelemente vor, die Vertragszahnärzte bei der Etablierung eines QM-Systems berücksichtigen müssen:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung

Dabei trägt die Regelung dem Umstand Rechnung, dass die Einführung und Umsetzung von QM-Systemen stark von einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen in den einzelnen Praxen abhängen. Jeder Vertragszahnarzt hat die Möglichkeit, das QM für seine Einrichtung entsprechend den individuellen Praxisanforderungen entwickeln zu können:

„...Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und strukturellen Ausstattung zu stehen. Die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt spezifisch in jeder Einrichtung...“¹⁸

5.2 QM-Instrumente

Folgende Instrumente sind etablierte und praxisbezogene Bestandteile des QM, die in der Regel anzuwenden sind. Neben diesen Maßnahmen können Zahnarztpraxen auch weitere QM-Methoden und -instrumente einsetzen.

Allgemeine Instrumente der Qualitätssicherung mit einem organisationsbezogenen Fokus sind:

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen
 - Definierung von wesentlichen Zielvorgaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder Einrichtungsorganisation
 - Erfassen des Erreichungsgrades, regelmäßige Auswertung und ggf. Ableitung von Konsequenzen
- Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung
 - zur Festlegung und Überprüfung von konkreten Zielen und Inhalten des einrichtungsinternen QM
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
 - schriftliche Festlegung der Organisationsstruktur, von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen der Mitarbeiter z. B. in Tabellen oder Organigrammen
 - Berücksichtigung der wesentlichen Verantwortlichkeiten insbesondere für alle sicherheitsrelevanten Prozesse
- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen
 - einrichtungsspezifische Identifizierung, Regelung und Darstellung von wesentlichen Prozessen der Patientenversorgung und Einrichtungsorganisation wie z. B. Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergaben, Datenschutz und Datensicherheit (z. B. in Form von Tabellen oder Verfahrensanweisungen)
 - regelmäßige Überprüfung und Anpassung bei Bedarf
 - für jeden in der Praxis leicht zugänglich und verständlich
- Schnittstellenmanagement
 - standardisierte und strukturierte Übermittlung und Übertragung relevanter Informationen an Schnittstellen

¹⁸ G-BA, QM-Richtlinie, 20. April 2024, Präambel, Sätze 4-5

- d. h. interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie z. B. zahnärztlichen und ärztlichen Kollegen (Kieferorthopäde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, Haus- und Facharzt – ggf. auch im stationären Bereich), mit Zahntechnikern, der KZV und LZÄK
- Checklisten
 - wichtigste Aufgaben und reibungslose Abläufe des Praxismanagements in Checklisten strukturiert und festgelegt
 - tätigkeitsbezogene oder personenbezogene Checklisten
 - Einsatz für immer wiederkehrende Arbeiten, zur Kontrolle von Bereichen oder zur Vorbereitung von Maßnahmen, z. B. Operations-Checklisten
 - als Hilfestellung, Gedächtnisstütze, Sicherheit für alle Beteiligten
- Teambesprechungen
 - wesentliches QM-Instrument um alle Mitarbeiter einzubinden, Informationen an alle zu geben, Anregungen zu erhalten, gemeinsam bestimmte Themen zu besprechen und Lösungen zu erarbeiten
 - *smarte* Qualitätsziele (**s**pezifisch, **m**essbar, **a**ktionsorientiert, **r**ealistisch, **t**erminiert)
 - Bereitstellen der Ergebnisse für das Praxisteam
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
 - Integration aktueller fachlicher und wissenschaftlich anerkannter Standards in den Behandlungsalltag, z. B. durch Lektüre von Fachzeitschriften oder Besuch von Fortbildungsveranstaltungen
 - zur Wissensauffrischung und -vertiefung sowie individuellen Weiterentwicklung
 - auch Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz von Mitarbeitern der Praxis
- Patientenbefragungen
 - regelmäßige Patientenbefragungen und Auswertungen, z. B. mit individuell ausgestalteten Fragebögen
 - Rückmeldungen geben Praxis wertvolle Informationen über die Patientenzufriedenheit und ggf. Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen
- Mitarbeiterbefragungen
 - regelmäßige, möglichst anonyme Befragungen zur Ermittlung von Informationen aus Mitarbeiterperspektive
 - Abstimmen der Befragung auf die Einrichtung
- Beschwerdemanagement
 - patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden
 - Analyse, Bewertung und ggf. Verbesserungsmaßnahmen
- Patienteninformation und -aufklärung
 - Information und Aufklärung über präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Risiken sowie ggf. entstehende Kosten
 - Durchführung von Beratungen z. B. zu Erkrankungen, Verhaltensweisen und präventiven Themen und Weitergabe von Informationsmaterial
 - Bereitstellung von zuverlässigen und verständlichen Patienteninformationen sowie Angeboten zu Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen
- Risikomanagement
 - verpflichtendes QM-Instrument zum Umgang mit potentiellen Risiken
 - Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen
 - Identifizierung und Analyse aller Risiken in der Versorgung unter Berücksichtigung von Patienten- und Mitarbeiterperspektive

- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme
 - verpflichtendes QM-Instrument
 - systematischer Umgang mit Fehlern ist Teil des Risikomanagements
 - Berichts- und Lernsystem als wesentlicher Bestandteil eines wirksamen Fehlermanagements, z. B. CIRS dent – Jeder Zahn zählt! (→ Kapitel 1.1.6)

Instrumente, die sich auf konkrete thematische Inhalte beziehen sind etwa:

- Notfallmanagement
 - klare Regelungen zur Notfallerkennung und -versorgung sowie aktuelles Wissen des Praxisteam zu diesem Thema
 - regelmäßige Aktualisierung der entsprechenden Notfallsausstattung und Notfallkompetenz
- Hygienemanagement
 - zur Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten
 - sachgerechter Umgang mit allen hygiene-assoziierten Strukturen und Prozessen
 - Beachtung der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts
- Arzneimitteltherapiesicherheit
 - Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patienten zu verringern
- Schmerzmanagement
 - Vorbeugung, Reduzierung oder Beseitigung von bestehenden oder zu erwartenden Schmerzen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen
 - Vorbeugung von Stürzen und Minimierung von Sturzfolgen durch Erkennung von Risiken und Gefahren und nach Möglichkeit deren Beseitigung oder Reduzierung
- Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt
 - Ziel: Vorbeugung und Erkennung von Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, hilfsbedürftige Personen) sowie adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung verhindern
 - vorbeugende und intervenierende Maßnahmen z. B. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, umfassende Schutzkonzepte
 - gezielte Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch in Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen

5.3 QM im KZV-Bereich Brandenburg

Die Vertragszahnarztpraxen werden regelmäßig zum Umsetzungsstand ihres einrichtungsinternen QM befragt. In der QM-RL (II der Anlage 2) ist vorgesehen, dass die KZV alle zwei Jahre 4 % zufällig ausgewählter Vertragszahnarztpraxen zur Darlegung des Umsetzungsstandes aufzufordern hat. Im Jahr 2023 wurden bei der repräsentativen Stichprobenziehung insgesamt 43 Zahnarztpraxen ermittelt. Die zufällig ausgewählten Vertragszahnarztpraxen wurden zur Beantwortung von Fragen im QM-Berichtsbogen aufgefordert, welcher sowohl zur digitalen Bearbeitung als auch in Papierform zur Verfügung steht.

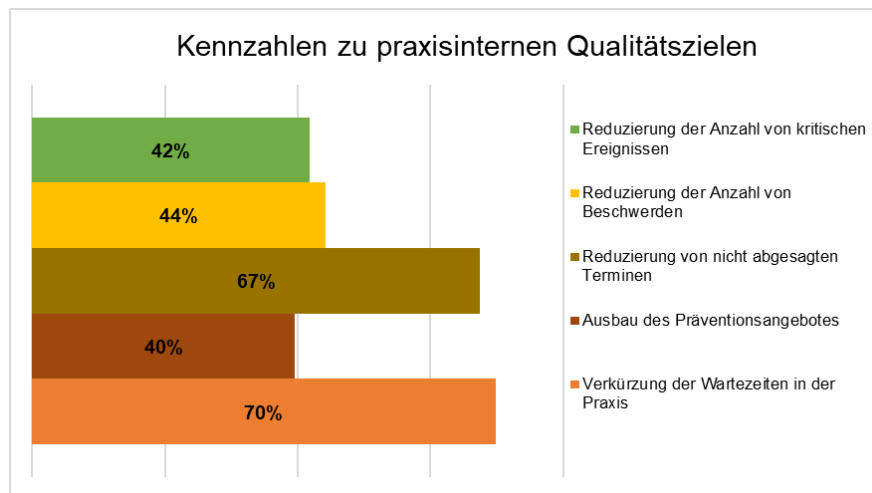
Der Berichtsbogen enthält eine Abfrage nach dem Bestehen der Praxis. Bei Zahnarztpraxen, die weniger als drei Jahre bestehen, befinden sich einzelne QM-Instrumente und Methoden erwartungsgemäß noch in der Planungsphase, sodass der Grad der Umsetzung des QM noch nicht so fortgeschritten ist, wie bei den länger bestehenden Praxen. Damit die Übergangszeit der jüngeren Praxen berücksichtigt wird, in der sie ein praxisinternes QM einführen, überprüfen

und weiterentwickeln können, wird bei der Auswertung der Fragebögen zwischen Neupraxen und Praxen, die seit mehr als drei Jahren bestehen, differenziert.

In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse des Jahres 2023 setzen nahezu alle Vertragszahnarztpraxen im Land Brandenburg die in der QM-RL genannten Instrumente um. Bei wenigen QM-Instrumenten, z. B. der Patientenbefragung oder dem Beschwerdemanagement wurde angegeben, diese nicht anzuwenden. Etwa die Hälfte der befragten Praxen führen keine Patientenbefragungen in Form von Fragebögen durch und drei Praxen wenden das Beschwerdemanagement nicht an. Die Nichtanwendung dieser QM-Instrumente wurde größtenteils damit begründet, dass persönliche Patientengespräche bevorzugt würden. Es handelt es sich häufig um kleinere Praxen mit enger Patientenbindung und zum Teil generationsübergreifendem Patientenstamm, bei denen sich eine anonyme Befragung nicht eignet. Durch die direkte Kommunikation können sie individuelle Lösungen bereitstellen und Beschwerden zeitnah abhelfen.

Die QM-RL sieht vor, dass praxisinterne Qualitätsziele festzulegen sind. Die Auswertungen des Jahres 2023 ergeben, dass rd. 98 % der befragten Praxen regelmäßig praxisinterne Qualitätsziele definieren und deren Zielerreichung im Rahmen einer Selbstbewertung überprüfen. Etwa 21 % geben an, die Ergebnisse der Selbstbewertungen nur mündlich zu kommunizieren, da bei oft kleinem Praxisteam, langjährigen Mitarbeitern und gut eingespielten Praxisstrukturen eine Dokumentation der Selbstbewertungen nicht notwendig ist. Zu den praxisinternen Qualitätszielen werden regelmäßig Kennzahlen erfasst, in der folgenden Abbildung 12 sind die am häufigsten erfassten Kennzahlen dargestellt. Darüber hinaus geben die befragten Praxen mehr als 50 weitere praxisindividuelle Qualitätsziele an.

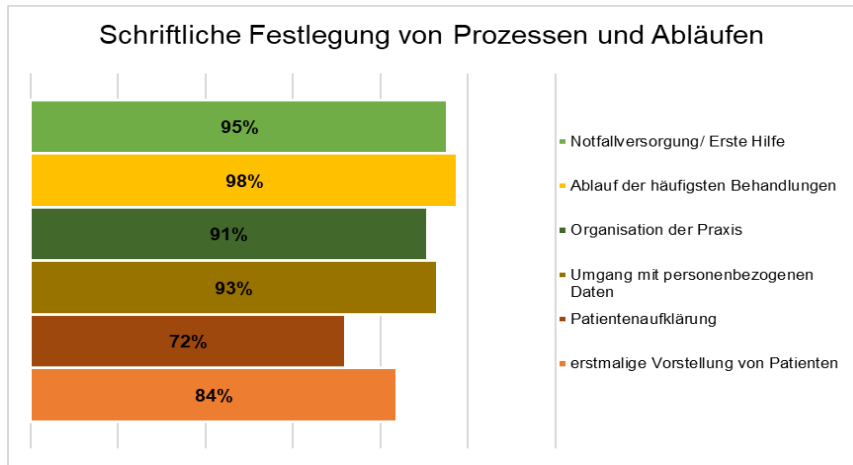
Abbildung 12: QM 2023 – Land Brandenburg – Kennzahlen zu praxisinternen Qualitätszielen



Etwa 98 % der Praxen haben aus den Ergebnissen der Selbstbewertungen in der Vergangenheit bereits Konsequenzen gezogen und Veränderungen z. B. von Prozessen und Strukturen vorgenommen.

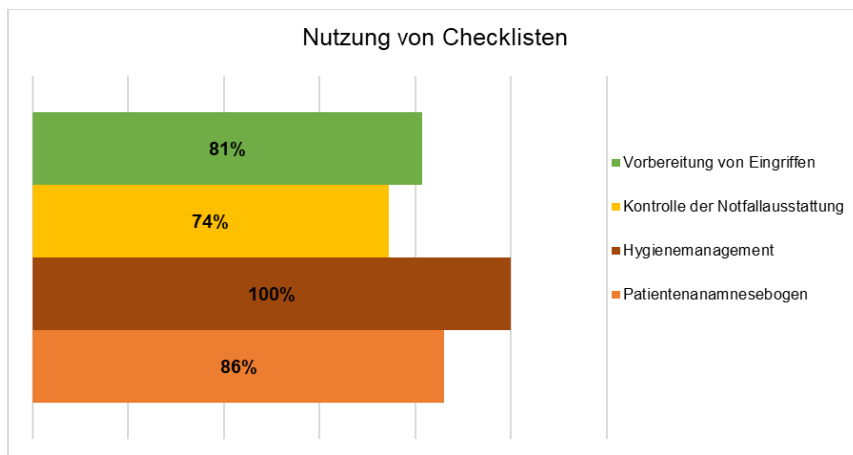
Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten in der Praxis können durch Prozess- und Ablaufbeschreibungen geregelt werden und finden beispielsweise bei wesentlichen Prozessen der Patientenversorgung Anwendung. Die nachfolgende Abbildung 13 gibt einen Überblick über die wichtigsten Prozesse und Abläufe, die von allen befragten Praxen schriftlich festgelegt werden. Zusätzlich wurden mehr als 20 weitere individuelle Prozess- und Ablaufbeschreibungen angegeben, mit denen in den Zahnarztpraxen gearbeitet wird.

Abbildung 13: QM 2023 – Land Brandenburg – Schriftliche Festlegung von Prozessen und Abläufen



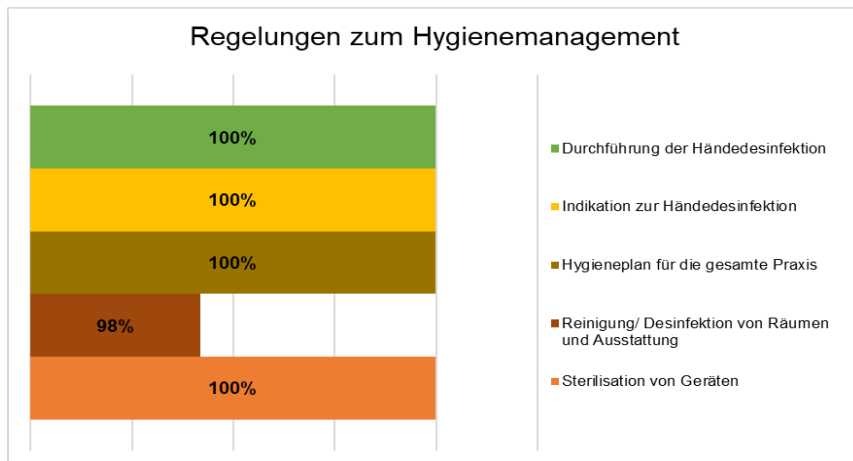
Ein weiteres, häufig angewendetes, QM-Instrument sind Checklisten, durch deren Nutzung die wichtigsten Aufgaben und Abläufe des Praxismanagements strukturiert festgelegt werden. Checklisten dienen der Hilfestellung bei immer wiederkehrenden Arbeiten und schaffen Sicherheit für alle Beteiligten in verschiedenen organisatorischen und zahnmedizinischen Arbeitsabläufen. Die Abbildung 14 zeigt den Umsetzungsstand der am meisten angewendeten Checklisten.

Abbildung 14: QM 2023 – Land Brandenburg – Nutzung von Checklisten



In der vertragszahnärztlichen Versorgung kommt dem Hygienemanagement eine besondere Bedeutung zu. Die Umsetzung der Regelungen dieses QM-Instruments spiegelt sich in der nachfolgenden Abbildung 15 wider und verdeutlicht damit die sehr hohen Hygienestandards in den brandenburgischen Zahnarztpraxen.

Abbildung 15: QM 2023 – Land Brandenburg – Regelungen zum Hygienemanagement



Die vorangegangenen Ausführungen zeigen nur einen Teil der durch die QM-RL vorgegebenen QM-Instrumente, welche die Zahnarztpraxen einrichtungsintern umsetzen. Mehr als die Hälfte der Praxen verwenden für die Umsetzung des QM in ihrer Praxis das von der LZÄK Brandenburg angebotene Zahnärztliche Qualitäts-Management-System (ZQMS).

In die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse des Jahres 2023 werden die kontinuierliche Umsetzung der QM-Maßnahmen und deren Anwendungsbereiche sowie sehr hohe Qualitätsstandards deutlich, die in den Zahnarztpraxen des Landes Brandenburg schon lange selbstverständlich sind.

Gemäß § 6 Abs. 4 QM-RL hat die KZV die Ergebnisse der Erhebung der KZBV mitzuteilen. Die Ergebnisse der Erhebung 2023 wurden in Erfüllung der Berichtspflicht an die KZBV zu Beginn des Jahres 2024 übermittelt. Die KZBV berichtet dem G-BA zweijährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen QM in den zahnärztlichen Praxen.

Im Jahr 2025 findet die nächste Stichprobenziehung zur Erhebung des Umsetzungsstandes von Qualitätsmanagement in den Zahnarztpraxen statt.

6. Qualitätsprüfung im Einzelfall

Die KZVen sind gemäß § 135b Abs. 2 SGB V verpflichtet, die Qualität der in der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Der G-BA hat zur Durchführung von Qualitätsprüfungen im Einzelfall Richtlinien entwickelt, welche die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen festlegen. In einer Rahmen-Richtlinie – der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie (QP-RL-Z) – sind u. a. die Anzahl der zu prüfenden Praxen und Fälle sowie die Zusammensetzung des zuständigen Prüfungsgremiums festgelegt, in den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien (QB-RL) sind wiederum die Prüfungsthemen und -kriterien spezifiziert.

Die Rahmen-Richtlinie wurde am 21.12.2017 im G-BA verabschiedet und ist am 01.04.2018 in Kraft getreten. In Ergänzung dazu ist die Qualitäts-Beurteilungsrichtlinie vertragszahnärztliche Versorgung Überkappung (QBÜ-RL-Z) mit Wirkung zum 01.07.2019 in Kraft getreten. Wesentliches Ziel der QBÜ-RL-Z ist die indikationsgerechte Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahnes.

Die Vorgaben der Richtlinien des G-BA werden durch Richtlinien der KZBV flankiert. Die KZBV hat gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V eine Qualitätsförderungs-Richtlinie erlassen (KZBV-QF-RL i. d. F. vom 10.04.2019). Gemäß § 1 Abs. 2 der QF-RL hat die KZVLB zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen sowie der verwaltungsseitigen Betreuung des Bereichs Qualität ein Ressort Qualität eingerichtet. Dessen Aufgabenbereiche sind u. a. die Qualitätsprüfung im Einzelfall, das Qualitätsmanagement sowie die Qualitätssicherung nach den Vorgaben der Richtlinien des G-BA für den vertragszahnärztlichen Sektor.

Die Qualitätsprüfung und -beurteilung im Einzelfall umfassen folgende Merkmale:

- zufällige Auswahl von einzelnen Praxen (Stichprobe)
- Überprüfung der Dokumentationen von ausgewählten Fällen
- Überprüfung des Einzelfalls anhand abstrakter Vorgaben
- Bewertung durch ein unabhängiges, zahnärztlich besetztes Qualitätsgremium
- ggf. Beratung/Maßnahmen
- Gewährleistung des Datenschutzes für Zahnarzt- und Patientendaten

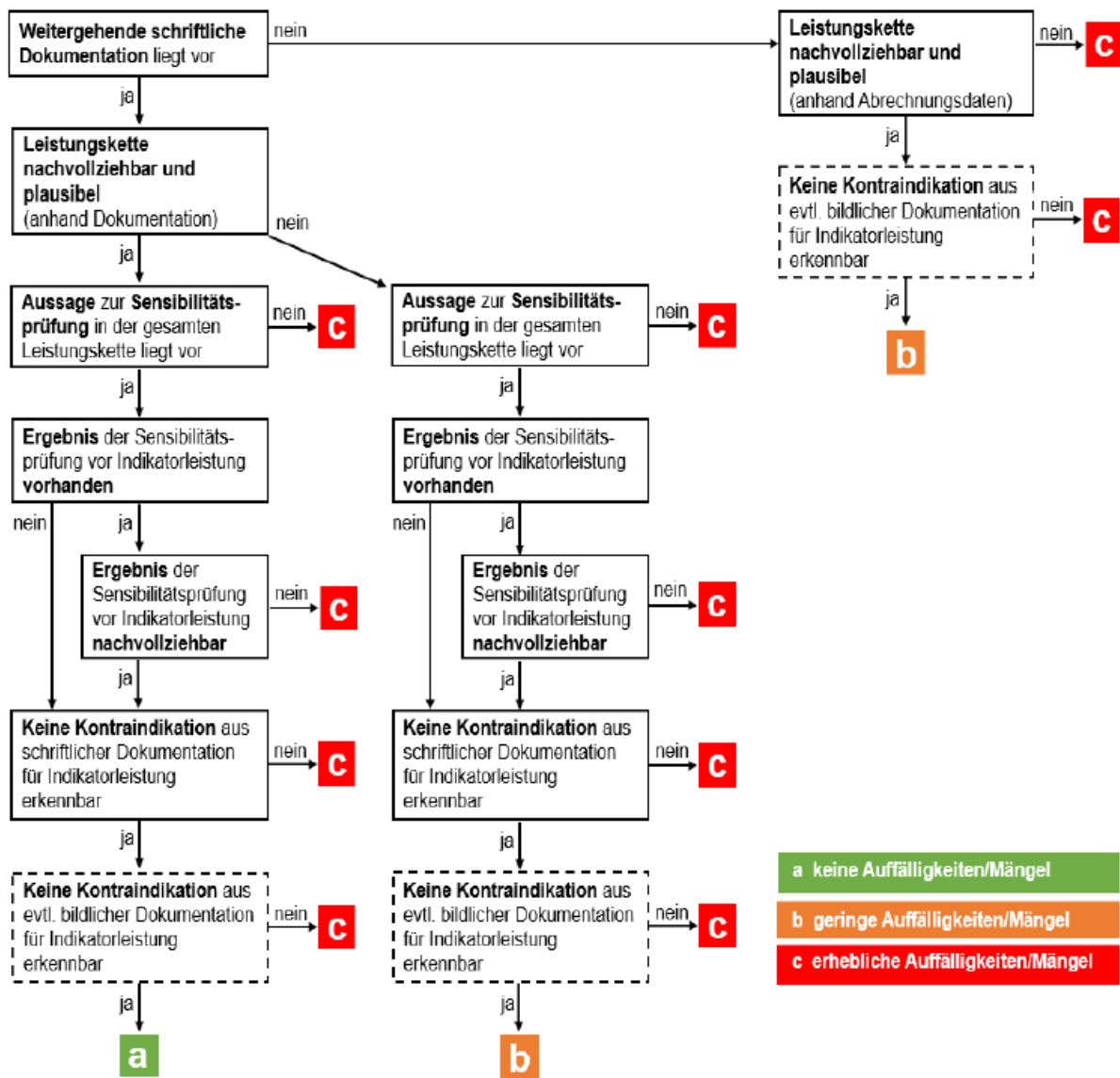
Des Weiteren hat der Vorstand der KZVLB im Jahr 2019 gemäß § 2 der KZBV-QF-RL einen Qualitätsbeauftragten bestellt. Der Qualitätsbeauftragte berät das Ressort Qualität in allen Qualitätsfragen und ist berechtigt, an den Sitzungen der Qualitätsgremien beratend teilzunehmen. Darüber hinaus vertritt er die KZVLB u. a. im Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

6.1 Dokumentationsprüfung

Die Vorbereitung und Organisation der Qualitätsprüfung und -beurteilung erfolgt durch eine bei der KZVLB angesiedelte Geschäftsstelle. Die Einhaltung der strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäß § 299 SGB V wird durch die Gesonderte Stelle bei der KZVLB sichergestellt. Das Verfahren der Qualitätsprüfung im Einzelfall ist eine reine Dokumentationsprüfung. Es findet eine Stichprobenziehung unter allen Zahnärzten statt, die innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate die in der jeweiligen QB-RL bestimmte Leistung in mindestens zehn Patientenfällen abgerechnet haben. Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage der eingereichten Behandlungsdokumentationen. Hierzu zählen die schriftliche Dokumentation (Befund, indikationsgerechte Therapie), bildliche Dokumentation (Röntgenbild, Foto) sowie Modelle zur diagnostischen Auswertung und Planung.

Die folgende Abbildung 16 stellt die in der Anlage 2 der QBÜ-RL-Z festgelegten Kriterien zur Bewertung der Behandlungsdokumentation dar.

Abbildung 16: Bewertungsschema für den Einzelfall gem. § 5 QBÜ-RL-Z (Anlage 2)



6.2 Qualitätsgremien

Die fachliche Beurteilung der abgerechneten vertragszahnärztlichen Leistungen erfolgt durch Mitglieder der Brandenburgischen Zahnärzteschaft in Qualitätsgremien. Innerhalb dieser Qualitätsgremien sind ein hoher zahnärztlicher Sachverstand und die persönliche Unabhängigkeit der Mitglieder gewährleistet. Eine Berufung in ein Qualitätsgremium setzt eine mehrjährige Tätigkeit als Vertragszahnarzt voraus. Mindestens ein Mitglied muss zudem über besondere Kenntnisse in der jeweiligen Prüfthematik verfügen.

Im Jahr 2019 wurden durch den Vorstand der KZVLB für die erste Amtsperiode die stimmberechtigten Mitglieder der Qualitätsgremien berufen und zwei Qualitätsgremien mit jeweils drei Vertragszahnärzten sowie deren Stellvertreter entsendet. Nach vierjähriger Amtszeit wurden im Berichtsjahr 2023 neue Qualitätsgremien berufen. Die Mitglieder und Stellvertreter der Qualitätsgremien wurden anschließend für ihre Tätigkeit geschult.

Bei Bedarf kann die KZVLB zusätzliche Sachverständige mit besonderer Fachkompetenz in die Gremien entsenden, diese besitzen kein Stimmrecht bei der Qualitätsbewertung. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen haben die Möglichkeit, zwei zahnärztliche Vertreter auf eigene Kosten in die Qualitätsgremien zu benennen. Die Vertreter besitzen ebenfalls kein Stimmrecht bei der Qualitätsbewertung. Die Landesverbände der

Krankenkassen und Ersatzkassen haben von dieser Möglichkeit bisher keinen Gebrauch gemacht.

Anders als in der ähnlich strukturierten – paritätischen – Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V sind die Kosten für die Durchführung von Qualitätsprüfungen und -beurteilungen allein von den KZVen zu tragen. Eine paritätische Finanzierung ist nicht vorgesehen. Im Gegenzug ist jedoch auch keine Rückzahlung z. B. von Vergütungsabschlägen an die Krankenkassen im Gesetz vorgegeben.

6.3 Datenschutz im Rahmen der Qualitätsprüfung

Herausgehobene Bedeutung im gesamten Prozess der Qualitätsprüfung kommt dem Datenschutz zu, spezifische Regelungen hierzu enthält § 299 SGB V. Die KZVLB legt bei der Ausgestaltung der Verwaltungsabläufe ein besonderes Augenmerk auf den Schutz sowohl der zahnarztbezogenen als auch der patientenbezogenen Daten. Insbesondere ist sichergestellt, dass die Mitglieder des Qualitätsgremiums bei ihrer Beurteilung der eingereichten Behandlungsdokumentationen keine Kenntnis über die Identität der geprüften Zahnärzte erlangen. Ebenfalls geschützt werden die Identität und die personenbezogenen Daten der behandelten Patienten. Um den Datenschutz in dem sensiblen Bereich der Qualitätssicherung in einem umfassenden Sinn zu gewährleisten, hat die KZVLB eine Gesonderte Stelle (vgl. § 299 Abs. 2 Satz 3 SGB V) eingerichtet. Die Gesonderte Stelle pseudonymisiert sämtliche Behandlungsdokumentationen vor jeder Weiterleitung an die Qualitätsgremien vollständig. Eine Re-Pseudonymisierung erfolgt erst, nachdem die Qualitätsgremien ihre Beurteilung abgeschlossen haben.

Die Einhaltung aller einschlägigen Datenschutzbestimmungen, besonders im Verantwortungsbereich der Gesonderten Stelle, sind dem Behördlichen Datenschutzbeauftragten und seinem Datenschutzkoordinierungsteam ein wichtiges Anliegen. Sämtliche neue Verarbeitungsvorgänge von personenbezogenen Daten sind hierzu im Unterverzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten des Fachbereichs dokumentiert und im Rahmen eines internen Audits mit dem Datenschutzkoordinierungsteam durchgesprochen bzw. geprüft worden. Alle zuständigen Mitarbeiter und Ehrenamtsträger wurden und werden bei Neubesetzung einzeln auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet. Die besondere Situation der Ziehung von zu prüfenden Zahnarztpraxen mittels speziell hierfür entwickelter Software, unter Beachtung der hierzu relevanten gesetzlichen Vorgaben des SGB V, wurden auch bei der Qualitätsprüfung 2024 vom Behördlichen Datenschutzbeauftragten begleitet und von den Mitarbeitern der Gesonderten Stelle dokumentiert. Die Verfahrensvorgänge innerhalb der Gesonderten Stelle waren erstmalig für die Durchführung von Datenschutzfolgeabschätzungen innerhalb der KZVLB nach den Vorgaben des Artikels 35 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für das Jahr 2023 vorgesehen. Es besteht eine sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Abteilungsleitung und den Mitarbeitern der Gesonderten Stelle mit den Datenschützern der KZVLB. Für das Jahr 2024 wurden keine Datenpannen bzw. Datenlecks oder sonstige Unregelmäßigkeiten bei der Einhaltung der Datenschutz-Bestimmungen vom Fachbereich bzw. betroffenen Zahnarztpraxen gemeldet.

6.4 Qualitätsprüfungen 2024

Zu Beginn des Jahres 2024 erfolgte die Durchführung der festgesetzten Maßnahmen der mit „B“ und „C“ bewerteten Praxen resultierend aus der Qualitätsprüfung 2023. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Qualitätsprüfung 2023 in Erfüllung der Berichtspflicht gemäß § 6 QP-RL-Z an die KZBV übermittelt.

Im Mai des Berichtsjahres führte die Gesonderte Stelle der KZVLB die Stichproben-Ziehung für die Qualitätsprüfung 2024 nach den Kriterien der QBÜ-RL-Z durch. Dazu erfolgte in einem ersten Schritt zunächst die Ermittlung aller Vertragszahnarztpraxen, die im zu überprüfenden Zeitraum 2023 Leistungen bei der KZVLB abgerechnet haben, welche von der QBÜ-RL-Z erfasst sind. Dabei handelt es sich um die Indikatorleistungen nach den BEMA-Nrn. 25 (indirekte

Überkappung) und 26 (direkte Überkappung) in Verbindung mit mindestens einer der nachstehenden Folgeleistungen:

- BEMA-Nr. 28 (Exstirpation der vitalen Pulpa) oder
- BEMA-Nr. 31 (Trepanation eines pulpatoten Zahnes) oder
- BEMA-Nr. 32 (Aufbereiten des Wurzelkanalsystems) oder
- BEMA-Nr. 34 (Medikamentöse Einlage) oder
- BEMA-Nr. 35 (Wurzelkanalfüllung) oder
- BEMA-Nr. 43 (Entfernen eines einwurzeligen Zahnes) oder
- BEMA-Nr. 44 (Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes) oder
- BEMA-Nr. 45 (Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes)

259 Praxen haben die vorgenannten Aufgreifkriterien bei mindestens zehn Patienten innerhalb des Prüffjahres 2023 abgerechnet. Aus diesem Pool sind 3 % der Vertragszahnarztpraxen per Zufallsgenerator ausgewählt worden. In einem weiteren Schritt wurden ebenfalls per Zufallsprinzip jeweils zehn Patienten-/Behandlungsfälle ausgewählt. Im Ergebnis handelte es sich um 8 Praxen mit insgesamt 80 Behandlungsfällen.

Zusätzlich zur Stichprobengröße erfolgte im Rahmen der Wiederholungsprüfungen die Ermittlung der Praxen, die im Jahr 2022 bei der Qualitätsprüfung mit dem Ergebnis „C“ bewertet wurden. Es handelte sich um 4 Praxen, von denen eine wegen zu geringer Patientenfallzahl nicht bewertet werden konnte. Um eine repräsentative Aussage treffen zu können, wurde diese Praxis für die Wiederholungsprüfung im Jahr 2025 vorgemerkt, sodass Behandlungsfälle aus zwei Jahren betrachtet werden können. Bei einer weiteren Praxis, die im Jahr 2021 mit „C“ bewertet wurde, ist das Verfahren zur Qualitätsprüfung eingestellt worden, da auch nach Zurückstellung und Betrachtung von zwei Prüffjahren keine repräsentative Bewertung möglich war.

Für die Bewertung der verbleibenden 3 Wiederholer-Praxen lagen 30 Behandlungsfälle vor. Insgesamt wurden 11 Praxen mit 110 Behandlungsfällen (Stichprobengröße + Wiederholer-Praxen) für die Qualitätsprüfung 2024 herangezogen. Diese wurden zur Herreichung der Behandlungsdokumentationen schriftlich aufgefordert. Nach Eingang der Dokumentationen erfolgte durch die Gesonderte Stelle die vollständige Pseudonymisierung aller Zahnarzt- und Versichertendaten. Im Anschluss wurde die Vollständigkeit und Plausibilität der eingereichten mit den angeforderten Dokumentationen anhand der vorhandenen Abrechnungsdaten durchgeführt (Validierung). Weiterhin wurden Prüffakten jeder zu überprüfenden Praxis erstellt, welche den Qualitätsgremien als Grundlage für ihre Bewertung dienen.

In insgesamt drei Sitzungen haben die Qualitätsgremien die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen zu den pseudonymisierten Behandlungsfällen gesichtet und bewertet. Für jeden Behandlungsfall wurde zunächst anhand des Prüfkataloges eine Einzelbewertung vorgenommen. Die Gesamtbewertung der einzelnen Praxen wurde unter Zugrundelegung der zehn Einzelbewertungen nach den strengen gesetzlichen Vorgaben der QBÜ-RL-Z Anlage 3 errechnet. Den Prüfgremien ist es gelungen, kollegiale und transparente sowie den gesetzlich vorgegebenen Bewertungskriterien gerecht werdende Bewertungen vorzunehmen. Im Ergebnis waren bei vier Praxen keine Auffälligkeiten festzustellen, vier Praxen wurden mit geringen und drei Praxen mit erhebliche Auffälligkeiten bewertet. Die nachfolgende Abbildung 17 gibt einen Überblick über die prozentualen Anteile der Gesamt- und Einzelbewertungen.

Abbildung 17: Gegenüberstellung Gesamt- und Einzelbewertungen der Qualitätsprüfungen 2024



Dabei ist festzustellen, dass die prozentualen Anteile in der Gesamtbewertung von den Einzelbewertungen abweichen. In der Kategorie „A“ liegt der Anteil der Gesamtbewertung bei 36,36 %, während die Einzelbewertungen einen Anteil von fast 80 % ausmachen. Die Differenzen zwischen Einzel- und Gesamtbewertungen sind im Berechnungsschema für die Gesamtbewertung begründet. Demgemäß fällt beispielsweise eine Praxis mit Einzelbewertungen von 9 x a und 1 x c in eine Gesamtbewertung „B“. Erhält eine Praxis 10 x eine Einzelbewertung b, ergibt sich eine Gesamtbewertung „C“.

Gemäß § 5 Abs. 4 QP-RL-Z hat die KZV bei den Gesamtbewertungen „B“ und „C“ entsprechende Maßnahmen zur Förderung der Qualität festzulegen. Alle Praxen mit geringen und erheblichen Auffälligkeiten erhielten schriftliche Hinweise. Bei Vorliegen erheblicher Auffälligkeiten/Mängel ist gemäß § 5 Abs. 8 QP-RL-Z grundsätzlich eine problembezogene Wiederholungsprüfung anzusetzen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen 2024 und die von der KZVLB festgelegten Maßnahmen sind zusammenfassend in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: Überblick der Ergebnisse und Maßnahmen der Qualitätsprüfungen 2024



Die geprüften Vertragszahnarztpraxen wurden mit Bescheiderstellung über die festgelegten Maßnahmen informiert. Gegen die Bescheide wurden keine Widersprüche durch die betroffenen Praxen eingelegt. Die Durchführung der festgelegten Maßnahmen sowie die Berichterstattung an die KZBV erfolgen im 1. Quartal 2025.

6.5 Fortbildungsveranstaltungen zur Qualitätsprüfung/Dokumentation

Das Thema Dokumentation hat eine große Relevanz im Hinblick auf die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Seit dem Jahr 2019 finden daher regelmäßig Schulungen statt, in denen die wesentliche Rolle der Dokumentation im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung verdeutlicht wird.

Ergänzend steht den Vertragszahnarztpraxen auf der Internetseite der KZVLB eine tabellarische Übersicht zu den Mindestanforderungen an die Dokumentation konservierend-chirurgischer Behandlungen aus Sicht der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zahnärztlicher Leistungen zur Verfügung.

6.6 Ausblick auf das Jahr 2025

Nach den Erfahrungen der diesjährigen Qualitätsprüfungen werden hinsichtlich der eingereichten Behandlungsdokumentationen die Fortbildungen zu den Anforderungen an die zahnärztliche Dokumentation bezogen auf die Qualitätsprüfung fortgesetzt werden.

Im Jahr 2025 finden die Wiederholungsprüfungen der Vertragszahnarztpraxen statt, die im Jahr 2023 die Bewertung C erhalten haben.

Die Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit einiger Mitglieder und Stellvertreter der Qualitätsgremien zieht eine Nachberufung im Jahr 2025 nach sich. In diesem Zusammenhang wird eine Schulungsveranstaltung für die Qualitätsgremien stattfinden.

7. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsdaten und Qualitätsindikatoren der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte werden nicht mehr nur rein sektoral ermittelt. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind diese Daten nunmehr nach einheitlichen Kriterien für bestimmte sektorenübergreifende Verfahren zu erheben. In Brandenburg erfolgt die sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch eine sogenannte Landesarbeitsgemeinschaft (LAG), in dessen Lenkungsgremium die KZVLB als stimmberechtigtes Mitglied vertreten ist.

7.1 Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nach mehrjährigen Verhandlungen verabschiedete der G-BA am 19.04. bzw. 20.05.2010 die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13, § 135a Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Zum 01.01.2019 wurde die Qesü-RL durch die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) abgelöst. Die DeQS-RL bündelt bestehende datengestützte Verfahren zur sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Die DeQS-RL sieht stark vereinfacht dargestellt ein themenbezogenes „Praxis-Benchmarking“ auf Grundlage von Abrechnungsdaten vor (einschließlich der Daten für Privatleistungen). Jede Praxis erhält dann einen Bericht, in dem ihr mitgeteilt wird, wie sie bei dem Benchmarking abgeschnitten hat. Die Regelung des organisatorischen Ablaufes sowie die Prüfung der Benchmarking-Ergebnisse erfolgt durch eine LAG.

Die Aufgaben der LAG bzw. der ihr untergeordneten Stellen sind gemäß der Richtlinie u. a. Folgende:

- fachliche Auswertung der erhobenen Daten
- Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen
- Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten
- Information und Beratung der Leistungserbringer
- laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von der Institution nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze

Stellt die LAG Auffälligkeiten in den erhobenen Daten fest, so fordert sie die betroffene Praxis zur Stellungnahme auf.

Die DeQS-RL sieht für die Organisation, die Besetzung sowie die Finanzierung der LAG folgende bindende Regelungen vor:

- „Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungsgremium. Die Organisationen sind im Lenkungsgremium stimmberechtigt.“
- „Das Lenkungsgremium ist paritätisch besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einerseits und Vertreterinnen und Vertretern der (...) Organisationen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer – Kassenärztliche Vereinigung (KV), KZV, Landeskrankenhausesellschaft (LKG) – andererseits.“
- „Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landes Zahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind.“

- „Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.“

Zur Finanzierung der LAGen hat das G-BA-Plenum mit Beschluss vom 16.02.2017 zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung festgelegt, dass die Krankenkassen die Kosten der LAGen tragen (gemäß § 136 SGB V: Umsetzung Eckpunktebeschluss von Juli 2016/Finanzierung der Strukturen auf Landesebene (LAGen) gemäß Qesü-RL).

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungs (QS)-Verfahren bezogen sich im Erfassungsjahr 2024 auf folgende fünfzehn QS-Verfahren:

- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)
- Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Cholezystektomie (QS CHE)
- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Transplantationsmedizin (QS TX)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Mammachirurgie (QS MC)
- Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Perinatalmedizin (QS PM)
- Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

7.2 Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg

Die Umsetzung der Vorgaben des G-BA obliegt im Land Brandenburg der LAG. Träger und damit auch stimmberechtigte Mitglieder der LAG Brandenburg sind paritätisch

- die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen,
- die Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg (LKB),
- die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) und
- die KZV Land Brandenburg.

Die Vertragsparteien haben im Jahr 2017 die vertraglichen Grundlagen zur Schaffung der organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für die Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Rahmen der LAG vereinbart und einen Vertrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Land Brandenburg abgeschlossen. Wesentlicher Inhalt dieses Vertrages ist die Organisation und Finanzierung der Vorgaben zur Qualitätssicherung. Die Finanzierung der LAG erfolgt durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Im Jahr 2018 hat die Landesarbeitsgemeinschaft ihre Arbeit aufgenommen.

Die LAG ist ihrer Struktur nach ein Spiegelbild des G-BA in Berlin. Das Pendant zum Plenum des G-BA bildet das Lenkungsgremium der LAG. Hier werden die maßgeblichen Entscheidungen der Landesarbeitsgemeinschaft getroffen. Die stimmberechtigten Mitglieder des Lenkungsgremiums werden durch die KZVLB, die KVBB, die LKB sowie durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen benannt. Darüber hinaus sind weitere Organisationen mit Mitberatungsrechten ohne Stimmrecht vertreten. Hierzu zählen u. a. der Verband der privaten Krankenversicherung, berufsständische Körperschaften sowie die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Die LAG wird in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins („LAG DeQS e. V.“) betrieben. Seit 2023 wird die Geschäftsstelle, mit Sitz in Potsdam, als Eigenbetrieb der LAG geführt.

Für die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung sind Datenannahmestellen eingerichtet. Grundsätzlich ist für die Datenannahme die jeweilige KV, KZV bzw. Krankenhausgesellschaft zuständig. In der Datenannahmestelle werden die erhobenen Daten pseudonymisiert und gehen über eine Vertrauensstelle an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Die fachlichen Bewertungen der Daten und weitere qualitätssichernde Maßnahmen erfolgen durch Fachkommissionen.

Die KZVLB nimmt zu der Tätigkeit der LAG eine vorrangig beobachtende Position ein, da der G-BA bisher noch keine den vertragszahnärztlichen Sektor betreffenden Bestimmungen beschlossen hat.

8. Verteilungsmaßstab der KZV Land Brandenburg

Der Verteilungsmaßstab der KZVLB – in der von der Vertreterversammlung beschlossenen Fassung vom 03.12.2022 – regelt die Verteilung der von den Krankenkassen an die KZVLB zu entrichtenden Gesamtvergütungen für die erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen.

Mit dem Verteilungsmaßstab wird sichergestellt, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden und eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit als Vertragszahnarzt verhindert wird. Dabei werden alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Anspruchsberechtigten bei der Honorarverteilung gleichbehandelt.

Der Verteilungsmaßstab regelt u. a.:

- den Vergütungsanspruch
- die Honorarfestsetzung
- das Ausgabevolumen und das Verfahren bei dessen Überschreitung
- die Begrenzung des individuellen Leistungsanspruchs
- die Anrechnung von Honorarkürzungen.

Der Vorstand der KZVLB überprüft regelmäßig die Entwicklungen der Abrechnungen des Vorjahres, insbesondere die durchschnittlich abgerechneten Punktwerte der im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen (Zahnärzte, Oralchirurgen und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen).

Bis zu einem vom Vorstand der KZVLB festzulegenden Grenzwert (geschützte durchschnittliche Punktmenge je Fall und Quartal) werden die Leistungen des BEMA-Teil 1 mit den vereinbarten Punktwerten bzw. mit dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 SGB V vom Vorstand der KZVLB festgelegten Verteilungspunktwert vergütet. Überschreiten die durchschnittlichen Fallwerte eines Zahnarztes (Gesamtpunkte des Jahres durch Gesamtfallzahl) die jeweiligen Grenzwerte, besteht oberhalb der Grenzwerte (Punktmenge) kein Anspruch auf Vergütung aller abgerechneten Punktzahlen. Für die über die jeweiligen Grenzwerte (Punktmenge je Fall) hinausgehenden Punkte besteht ein Anspruch nur in der Höhe, wie die Restvergütung dies je Krankenkasse bzw. Krankenkassenart zulässt. Das Verfahren zur Ermittlung der Restvergütung ist in § 12 Abs. 3 des Verteilungsmaßstabs der KZVLB geregelt.

Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 11 Abs. 9 und 10 des Verteilungsmaßstabs der KZVLB erfolgt die Zuordnung zur jeweiligen Fallzahlgruppe unter Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte, Assistenten bzw. nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler (§ 15 des Verteilungsmaßstabs der KZVLB). Die abgerechneten Fälle werden somit durch die Zahl der Behandler geteilt.

Durch Anstellung eines Zahnarztes erhöht sich die Anzahl der Behandler in Abhängigkeit von der wöchentlichen Arbeitszeit. Die Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten erhöht die Zahl der Behandler bei Vollzeitbeschäftigung um 0,25 und bei einer Halbtagsbeschäftigung um 0,125.

Die Prüfung für das Jahr 2023 hat keine gravierenden Änderungen für die im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen im Vergleich zu den Vorjahren ergeben. Insofern behalten die nachfolgenden Grenzwerte für das Jahr 2024 unverändert ihre Gültigkeit.

Gebiet	Grenzwert in Punkten je Fall
Zahnärzte	68
Oralchirurgen	125
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	125

Die unveränderten Grenzwerte der letzten Jahre zeigen, dass durch Anwendung des Verteilungsmaßstabes im Land Brandenburg eine Verteilungsgerechtigkeit besteht und die festgelegten Grenzwerte dem Solidarcharakter weiterhin Rechnung tragen.

9. Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

9.1 Beratungen der Vertragszahnärzte

Gemäß § 106 Abs. 1 SGB V überwachen die Krankenkassen und die KZV die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.

Das Beratungsverfahren ist davon unberührt in § 8 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung der KZVLB geregelt. Danach führt die KZV ein Beratungsverfahren für Zahnärzte durch, die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht in einen Antrag einbezogen wurden.

Darüber hinaus wird der Vorstand der KZVLB beratend tätig, wenn er durch die Prüfungsstelle oder den Beschwerdeausschuss über Tatsachen informiert wird, die über die Inhalte der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgehen. Des Weiteren können sich Zahnärzte grundsätzlich freiwillig zur Wirtschaftlichkeit beraten lassen.

Unabhängig von den Maßnahmen der KZV werden Vertragszahnärzte, die sich im Land Brandenburg neu niedergelassen haben, gemäß § 9 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung von der Prüfungsstelle in Fragen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und – abrechnung beraten. Gegenstand der Beratung ist die Konservierend-chirurgische (KCH) Abrechnung des ersten vollständig abgerechneten Quartals.

9.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V¹⁹

Die KZVLB und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen haben eine neue Gemeinsame Prüfvereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V abgeschlossen, die zum 01. Januar 2023 in Kraft getreten ist.

Hintergründe für den Abschluss waren Änderungen im SGB V aufgrund des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG). Zum einen wurden Ausschlussfristen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen modifiziert, für die ein Antrag erforderlich ist. Zum anderen haben die Vertragspartner aus Gründen der Rechtsklarheit das Verfahren bei der Stichprobenprüfung konkretisiert. Damit wurde die Vereinbarung vom 04. Dezember 2020 abgelöst, die aufgrund des TSVG überarbeitet werden musste.

Wesentlicher Inhalt der Vereinbarung sind, neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung für Leistungen nach BEMA-Teil 1, die Stichprobenprüfung sowie die Beratungsverfahren (→ Kapitel 9.1).

Wirtschaftlichkeitsprüfung für Leistungen nach BEMA-Teil 1

§ 13 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung regelt die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für Leistungen nach BEMA-Teil 1.

Grundsätzlich entscheidet das Auswahlgremium über die Einleitung von Prüfverfahren für Leistungen nach BEMA-Teil 1. Veranlassung für die Prüfung besteht insbesondere bei begründetem Verdacht. Die Anzahl der Vorschläge für das Antragsverfahren ist auf 3 % der abrechnenden Vertragszahnärzte je Quartal beschränkt. Dabei berücksichtigt das Auswahlgremium die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Vergleichsgruppe.

Prüfung der vertragszahnärztlichen und vertragszahnärztlich verordneten Leistungen nach Stichproben

Gemäß § 15 prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der Stichprobenprüfung. Diese ist eine zahnarztbezogene Prüfung vertragszahnärztlicher und vertragszahnärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von

¹⁹ Quelle: Gemeinsame Prüfvereinbarung über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V, KZVLB, 22.November 2022

- a) vertragszahnarztbezogenen und
- b) versichertenbezogenen Stichproben, die 2 v. H. aller über die KZVLB abrechnenden Vertragszahnärzte je Quartal umfasst.

Zunächst erfolgt eine Vorprüfung (Prüfschritt 1) auf der Grundlage von i. d. R. nicht mehr als 10 v. H. der Fälle von BEMA-Teil 1 (mindestens 50 Fälle) im Stichprobenquartal. Diesen Fällen sind die dazugehörigen Leistungen aus den BEMA-Teilen 2 bis 5 im Rahmen der Gesamtbetrachtung hinzuzufügen. Zusätzlich werden für diese im Stichprobenquartal gezogenen Abrechnungs-(Behandlungs-)Fälle die Abrechnungssätze der drei zurückliegenden Abrechnungsquartale herangezogen. Das Stichprobenverfahren wird eingestellt, wenn die geprüften Fälle keine Auffälligkeiten aufweisen. Ergibt die Prüfung einen begründeten Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit, erfolgt die Hauptprüfung (Prüfschritt 2). Honorarkürzungen sind auf das die Stichprobenziehung betreffende Abrechnungsquartal nach BEMA-Teil 1 beschränkt.

Für beide Prüfschritte ist grundsätzlich die Einzelfallprüfung bzw. repräsentative Einzelfallprüfung durchzuführen. Bei mangelnder Mitwirkung bzw. unzureichender Dokumentation ist ein Wechsel der Prüfmethode möglich. Nur in diesem Fall hat die Prüfungsstelle Anspruch auf Übermittlung des Leistungsspiegels.

Prüfmethoden

Die Auswahl der Prüfmethode liegt grundsätzlich im Ermessen der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses. Insbesondere die nachfolgend aufgeführten Prüfmethoden (Abbildung 19) finden gemäß § 18 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung Anwendung:

Abbildung 19: Prüfmethoden gemäß § 18 der Prüfvereinbarung

<p>Einzelfallprüfung (EFP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • strenge EFP • eingeschränkte EFP 	<p>Repräsentative EFP mit Hochrechnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • strenge repräsentative EFP mit Hochrechnung • eingeschränkte repräsentative EFP mit Hochrechnung
<p>Statistische Vergleichsprüfung (Durchschnittsprüfung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit ergänzender EFP (intellektuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung) 	<p>Reine Durchschnittsprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei wiederholt gleichen Abrechnungsauffälligkeiten (stereotype Abrechnung)

Werden im Zuge der Prüfung Aspekte festgestellt, die über die originären Inhalte der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgehen, erfolgt von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss eine entsprechende Information an den Vorstand der KZVLB. Es erfolgt dann eine schriftliche Belehrung oder ein Beratungsgespräch des Vorstandes mit dem betroffenen Zahnarzt über seine vertragszahnärztlichen Pflichten (→ Kapitel 9.1). Bei Bedarf wird dabei auch deutlich auf die möglichen Folgen weiterer Pflichtverstöße hingewiesen.

In der Regel führen derartige Beratungen zeitnah zu einer nachhaltigen Veränderung des Abrechnungsverhaltens oder zu einer Überarbeitung der bisherigen Ansätze der Behandlungsplanung. Insbesondere durch die Anwendung der Beratungsverfahren ist ein Rückgang der Prüfverfahren zu verzeichnen, was zur Folge hat, dass es in der Regel zu geringeren Kürzungsbeträgen kommt. Insgesamt besteht in den Praxen des Landes Brandenburg eine hohe Behandlungs- und Abrechnungsqualität.

9.3 Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V²⁰

Die KZVen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Grundlage dieser Prüfungen bilden § 106d SGB V sowie die Richtlinien der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung. Die Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung für das Land Brandenburg trat mit Wirkung zum 01.07.2014 in Kraft.

Neben der Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung und der sachlich-rechnerischen Richtigkeit regelt die Vereinbarung die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung. Die Plausibilitätsprüfung erfolgt quartalsweise und fand erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal II/2013. Die Plausibilitätsprüfung stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben der sachlich-rechnerischen Prüfung oder der Wirtschaftlichkeitsprüfung (→ Kapitel 9.2) dar, sie ist vielmehr ein besonderes Prüfverfahren, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die Plausibilität der Abrechnungen geprüft werden kann. Sofern eine vergleichende Prüfung erfolgen soll, ist das dem jeweiligen Prüfjahr vorausgegangene Abrechnungsjahr heranzuziehen.

Die KZVLB prüft die Abrechnungen auf Auffälligkeiten hin, die eine weitere Prüfung der Plausibilität veranlassen können. Hierzu zählen insbesondere:

- ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen
- ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren
- ungewöhnlich hohe Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften

Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen

Eine ungewöhnliche Fallzahlsteigerung liegt bei einer Erhöhung von mehr als 40 % im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal vor. Dieses Prüfkriterium gilt nicht für Vertragszahnärzte, deren Praxis einschließlich des geprüften Quartals seit weniger als acht Quartalen besteht.

Im Berichtsjahr 2024 wurden bei 92 Praxen ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen über einen Zeitraum von vier Quartalen festgestellt. Die festgestellten Auffälligkeiten wurden zum Teil einer weiteren aufklärenden Prüfung unterzogen. Nach Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen bzw. der telefonischen Rückfragen standen folgende Erklärungen im direkten Zusammenhang mit einer ungewöhnlichen Fallzahlsteigerung im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Vorjahres:

- hohe Anzahl an Neupatienten durch Praxisschließungen ohne Praxisnachfolger im näheren Umfeld
- erstmalige Beschäftigung eines zusätzlichen Behandlers in der Praxis
- niedrigere Fallzahlen im Vorjahresquartal durch außergewöhnliche Gründe (Krankheit, Elternzeit) bzw. vom Zahnarzt unverschuldete Gründe (Wasserschaden)
- Umwandlung einer Teil- in Vollzulassung
- Praxisumbau im Vorjahresquartal

Die ungewöhnlichen Fallzahlsteigerungen konnten bei allen überprüften Praxen plausibel begründet werden, sodass keine Maßnahmen gemäß § 8 der Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung notwendig waren.

Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren

Für die Prüfung auf häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren wird für jede Praxis die Gesamtzahl der abgerechneten KCH-Fälle, die Anzahl der Fälle mit Art des Versicherungsnachweises „0“ und ihr Anteil an der Gesamtfallzahl ermittelt. Aufgeführt werden dann die Praxen, deren Anteil der auf diese Weise abgerechneten KCH-Fälle einschließlich des geprüften Quartals in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen mehr als 5 % beträgt.

²⁰ Quelle: Vereinbarung zum Inhalt und zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung, KZVLB, 20. Mai 2014

Gemäß § 5 der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)²¹ ist diese bei jeder ersten Inanspruchnahme im Quartal vom Zahnarzt einzulesen. Nur in folgenden Ausnahmefällen kann ein Ersatzverfahren durchgeführt werden:

- aus technischen Gründen
- bei Vorlage eines schriftlichen Anspruchsnachweises
- in Sonderfällen

Die Überprüfung der Abrechnung über das Ersatzverfahren ergab im Berichtsjahr 2024 Auffälligkeiten bei insgesamt 215 Praxen über einen Zeitraum von vier Quartalen. Die betreffenden Praxen haben bei der Abrechnung das Anspruchskennzeichen „0“ angegeben, d. h., dass eine gültige eGK vorgelegen hat, diese jedoch aus technischen Gründen nicht eingelese werden konnte. Die Nachfrage aus welchen Gründen das Ersatzverfahren zur Anwendung kam, ergab bei den Praxen mit den prozentualen meisten Auffälligkeiten folgende Angaben:

- massive Probleme mit dem Konnektor
- SMC-B-Karte abgelaufen bzw. wegen Eingabe des falschen Codes gesperrt
- Defekt des Kartenlesegerätes
- keine Verbindung des Lesegeräts mit dem Konnektor
- Ausfall/Defekt der Computertechnik

Bei einer Praxis blieb die Nachfrage bisher erfolglos, da sie nicht kontaktiert werden konnte. Der Vertragszahnarzt wurde zu einem persönlichen Gespräch eingeladen.

Ungewöhnlich hohe Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften

Eine erhöhte Patientenidentität ist gegeben, wenn Patienten in mindestens zwei Praxen einer Praxisgemeinschaft im selben Quartal behandelt wurden und sich die Zahl der identischen Fälle in dem geprüften Quartal auf mindestens 10 % der KCH-Gesamtfallzahl beläuft. Die Daten der Partnerpraxis werden dann ebenfalls ermittelt. Im Berichtsjahr 2024 wurden insgesamt vier Quartale mit folgendem Ergebnis überprüft:

geprüftes Quartal	Anzahl auffälliger Praxisgemeinschaften
3/2023	5
4/2023	1
1/2024	1
2/2024	1

Die Auswertungen haben ergeben, dass bei einer Praxisgemeinschaft durchgehend in jedem der geprüften Quartale Patientenidentitäten nachzuweisen waren. Die Auffälligkeiten erklärten sich damit, dass ein Partner der Praxisgemeinschaft über keine aktualisierte Fachkunde im Strahlenschutz verfügte und somit seine Patienten an den Partner zur Durchführung der Röntgenleistung überwiesen hat. Da vereinzelt Leistungen versehentlich falsch zugeordnet bzw. doppelt abgerechnet wurden, erfolgte eine sachlich-rechnerische Richtigstellung.

Für eine weitere Praxisgemeinschaft erfolgte im Januar 2024 ein persönliches Beratungsgespräch wegen Patientenidentitäten in den beiden ersten Quartalen 2023. Infolgedessen erfolgte eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für diesen Zeitraum. Auffälligkeiten zeigten sich ebenfalls im 3. Quartal 2023. Eine Änderung des Abrechnungsverhaltens hätte jedoch erst ab dem 1. Quartal 2024 erfolgen können. Die Praxis wurde um Stellungnahme gebeten, mit der Bitte um Korrektur bzw. Richtigstellung einiger Leistungspositionen. Ab dem 4. Quartal 2023 wurden keine Patientenidentitäten mehr festgestellt.

²¹ Quelle: Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z), Anlage 10, Stand 18.12.2024

Bei einer Praxisgemeinschaft waren die Patientenidentitäten im 3. Quartal 2023 mit Urlaubsvertretung zu erklären.

Zwei weitere Praxisgemeinschaften mit Auffälligkeiten im 3. Quartal 2023 wurden um schriftliche Stellungnahmen gebeten.

Gemäß den Richtlinien der KZBV ist in § 2 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung die Abrechnungsprüfung der KZVLB geregelt. Die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung sowie der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sind Maßnahmen, die in der KZVLB grundsätzlich Anwendung finden. Praxen werden von jeher zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsbestimmungen angehalten, wenn für diese von Krankenkassen immer wieder gleiche oder ähnliche sachlich-rechnerische Berichtigungsanträge gestellt werden. In der KZVLB erfolgten bereits Maßnahmen der Abrechnungsprüfung, bevor der Gesetzgeber diese mit der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V vorgegeben hat.

10. Die aufsuchende Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen

Ein wesentliches Merkmal der demografischen Entwicklung ist der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung. Diese Entwicklung beruht im Wesentlichen auf der zunehmenden Lebenserwartung und den sinkenden Geburtenzahlen. Ältere Menschen, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen haben einen erhöhten zahnmedizinischen Behandlungs- und Präventionsbedarf.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen ersten Schritt zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen gemacht. Zahnärzte erhalten eine zusätzliche Vergütung für die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung wurde diese Vergütung aus Gründen der Gleichbehandlung auf die aufsuchende Betreuung von immobilen Personen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ausgeweitet.²²

10.1 Leistungen gemäß § 87 Abs. 2i SGB V

Nach Maßgabe des § 87 Abs. 2i SGB V sind im BEMA Zuschlagspositionen für das Aufsuchen von Versicherten zu schaffen, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX leistungsberechtigt sind. Die Umsetzung erfolgte zum 01.04.2013 mit der Schaffung der neuen Zuschläge 171a und 171b, die zusätzlich zu den Besuchsgebühren 151 und 152 ansetzbar sind.

Mit Einführung der Richtlinie nach § 22a SGB V (Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen → Kapitel 10.3) wurde der Ansatz weiterer Zuschläge – Nr. 173 a und b – möglich. Somit sind seit dem 01.07.2018 folgenden Gebührenpositionen für die aufsuchende Betreuung ohne Kooperationsvertrag gültig:

151	Besuch eines Versicherten	38
152a	Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 151	34
152b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 151	26
171	<i>Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach den Nrn. 151 und 152, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten</i>	
171a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 151	37
171b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 152a und 152b, je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 171a	30
153	<i>Besuch in einer Einrichtung zu zuvor vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung <u>ohne</u> Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V</i>	

²² Quelle: KZBV Jahrbuch 2024

153a	Besuch eines Versicherten	30
153b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 153a	26
173	<i>Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach Nr. 153, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten</i>	
173a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 153a	32
173b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 153b, je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 173a	24

Im § 5 des Verteilungsmaßstabs der KZVLB ist u. a. geregelt, dass Leistungen nach den BEMA-Nrn. 171 a/b, 173 a/b sowie die im Rahmen der Besuche erbrachten Annex-Leistungen, soweit dies in den Verhandlungen mit den Krankenkassen vereinbar ist, nicht der Honorarverteilung unterliegen.

10.2 Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V

Während mit den Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V lediglich Zuschlagspositionen für die aufsuchende Betreuung von Patienten in einer häuslichen Gemeinschaft oder einem Altenheim geschaffen wurden, sieht § 87 Abs. 2j SGB V Zuschlagspositionen für den Besuch von Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) vor.

Für die vertragszahnärztliche Betreuung im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V stehen im BEMA seit dem 01.04.2014 entsprechende Gebührenpositionen zur Verfügung. Nach Neustrukturierung der Abrechnungsnummern aufgrund der Einführung der Richtlinie nach § 22a SGB V finden seit dem 01.07.2018 folgende Gebührenpositionen Anwendung:

154	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	30
155	Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 154	26
172	<i>Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V</i>	
172a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 154	40
172b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 155, je weiteren Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 172a	32

Ebenso wie die Zuschläge nach 171 a/b und 173 a/b vergütet die KZVLB auch die Leistungen nach 172 a/b einschließlich sämtlicher im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachter Leistungen, soweit durchsetzbar, extrabudgetär.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist der Abschluss eines Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V. Die abgeschlossenen Verträge sind der zuständigen KZV vorzulegen.

10.3 Präventive zahnärztliche Leistungen gemäß § 22a SGB V

Angesichts der demografischen Entwicklung besteht weiterer, von der Zahnärzteschaft unvermindert eingeforderter, Handlungsbedarf des Gesetzgebers. Hierzu wurde mit der Richtlinie nach § 22a SGB V erstmals eine Verbesserung der Versorgung von Patienten erreicht, denen eine eigenverantwortliche, selbstständige tägliche Mundpflege nur eingeschränkt oder überhaupt nicht bzw. nicht mehr in ausreichendem Maße möglich ist und die deshalb der besonderen, auch zahnärztlichen, Unterstützung bedürfen.

Den Beratungen über die entsprechenden Richtlinien und Leistungsbeschreibungen des G-BA nach § 92 SGB V liegt ein umfassendes Prophylaxe-Konzept der Zahnärzteschaft für diese Patientengruppe zugrunde.

Mit Inkrafttreten der Richtlinie gemäß § 22a SGB V sind zum 01.07.2018 neue präventive Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen in Kraft getreten. Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder nach § 99 SGB IX für Eingliederungshilfe leistungsberechtigt sind. Die in dieser Richtlinie verankerten Leistungen wurden durch Schaffung folgender neuer BEMA-Gebührenpositionen umgesetzt:

174	<i>Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten</i>	
174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
174b	Mundgesundheitsaufklärung	26
107a	Entfernung harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten	16

Analog der Zuschlagsleistungen zu den Besuchen unterliegen auch die Leistungen nach § 22a SGB V nicht der Honorarverteilung.

10.4 Kooperationsverträge gemäß § 119b SGB V

Für eine Verbesserung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen haben Vertragszahnärzte bzw. Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 119b SGB V die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen abzuschließen. Dabei können Verträge mit mehreren stationären Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden. Zielsetzung dieser Vereinbarungen ist die Sicherstellung einer regelmäßigen, die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten berücksichtigende vertragszahnärztliche Versorgung in Kooperation mit der stationären Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus werden Schnittstellenprobleme abgebaut und unnötige Transport- und Krankenhauskosten eingespart.

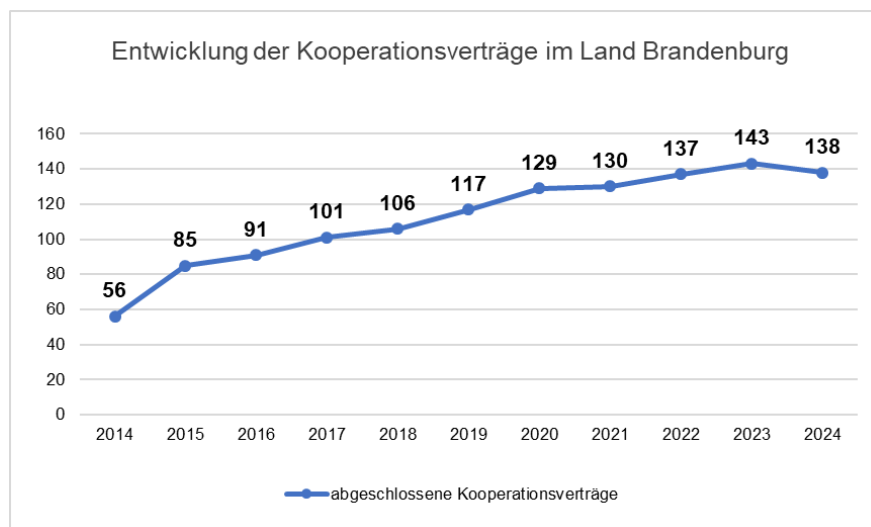
Im Fokus der aufsuchenden Betreuung im Rahmen von Kooperationsverträgen stehen Prävention und Therapie und die damit gesteigerte Lebensqualität von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Eine verbesserte Mundgesundheit wirkt sich auf die Allgemeingesundheit sowie auf die soziale Teilhabe aus.

Die Zahnärzte sind sich trotz der schwierigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ihrer Verantwortung bewusst: Die Zahl der Besuche bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hat im Jahr 2023 einen Höchststand erreicht, fast zwei Drittel davon entfielen auf die aufsuchende Betreuung in Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen.²³

Basierend auf der aktuell verfügbaren Pflegestatistik 2023 des Statistischen Bundesamtes gab es in Deutschland 16.505²⁴ Pflegeheime. Bei einer Zahl von 6904 Kooperationsverträgen²⁵ und 6399 betreuten Heimen liegt der Abdeckungsgrad bei rd. 39 %. Durchschnittlich besteht somit in vier von zehn Pflegeheimen bereits eine Kooperation nach § 119b SGB V.

Mit Stand 31.12.2024 lagen der KZVLB 138 Kooperationsverträge von 75 zahnärztlichen Kooperationspartnern vor. 134 von insgesamt 649 Pflegeheimen²⁶ im Bundesland Brandenburg können so betreut werden. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigt sich ein Abdeckungsgrad von rd. 21 %, sodass durchschnittlich mit jedem vierten Heim eine Kooperation besteht.

Abbildung 20: Entwicklung der Kooperationsverträge im Land Brandenburg



Die Abbildung 20 zeigt, dass seit der Einführung der Kooperationsverträge eine sehr dynamische Entwicklung bei der Zahl der neu abgeschlossenen Verträge stattgefunden hat. Um eine weitere Abdeckung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen zu erreichen, unterstützt der Vorstand der KZVLB die Gespräche mit den Trägern der stationären Pflegeeinrichtungen und den Vertragszahnärzten.

Mit der steigenden Zahl der Kooperationsverträge geht ein Anstieg der Fallzahlen für die im Zusammenhang mit der aufsuchenden Betreuung erbrachten Therapieleistungen sowie der Zuschläge einher. Dies ist im Leistungsumfang der Richtlinie für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen begründet. Durch die Präventivmaßnahmen kann eine Verbesserung der Versorgung von Patienten erreicht werden, denen eine eigenverantwortliche, selbstständige tägliche Mundpflege nur eingeschränkt oder überhaupt nicht bzw. nicht mehr in ausreichendem Maße möglich ist.

Durch die coronabedingten Kontakteinschränkungen, die die Möglichkeiten der aufsuchenden Betreuung insbesondere der vulnerablen Patientengruppen in besonderem Maße eingeschränkt haben, sind die Besuchshäufigkeiten im Jahr 2020 zurückgegangen. Nach veränderter Pandemielage und Immunisierungen des Personals in den Zahnarztpraxen sowie den Pflegeeinrichtungen wurde das Aufsuchen von Patienten in Pflegeheimen mit dem Jahr 2021 wieder möglich. Folglich kam es in den darauffolgenden Jahren zum Fallzahlenanstieg der

²³ Quelle: Jahrbuch 2024, KZBV

²⁴ Quelle: Pflegestatistik 2023, Statistisches Bundesamt (Destatis) 18.12.2024

²⁵ Quelle: Jahrbuch 2024, KZBV

²⁶ Quelle: Statistischer Bericht K VIII 1 - 2j / 23, Pflegeeinrichtungen Land Brandenburg 2023, Amt für Statistik Berlin Brandenburg, Januar 2025

Besuchsleistungen und präventiven Maßnahmen, der die hohe Akzeptanz der Versorgung von vulnerablen Patientengruppen verdeutlicht.

Die Problematik der steigenden Altersstruktur der Vertragszahnärzte im Land Brandenburg und die damit einhergehende Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit (→ Kapitel 2.5 und 2.6) wirkt sich auch auf die Zahl der Kooperationsverträge aus. Im Berichtsjahr 2024 ist erstmals ein Rückgang feststellbar, da die aus Altersgründen beendeten Kooperationsverträge nicht mehr vollständig durch neue Verträge kompensiert werden konnten.

Bei einer älter werdenden Bevölkerung mit einer zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, die in Pflegeeinrichtungen betreut werden, besteht die fortwährende Notwendigkeit, Kooperationsverträge gemäß § 119b SGB V mit den stationären Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg zu schließen. Grundsätzliches Ziel der KZVLB ist es, kontinuierlich eine immer weitere Abdeckung der Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen zu erreichen. Dies setzt jedoch auch eine aktive Mitwirkung der Einrichtungen voraus.

Kooperationsverträge können bislang nur mit stationären Einrichtungen abgeschlossen werden. Um die Versorgung der vulnerablen Patientengruppen auszuweiten, besteht die Forderung an die Bundesregierung, die Anwendungsbereiche von Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V auch auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Behinderteneinrichtungen) zu übertragen (→ Kapitel 2.5).

11. Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung

11.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V

Vertragszahnärzte müssen gemäß § 95d SGB V alle fünf Jahre – erstmals zum 30. Juni 2009 – nachweisen, dass sie sich in dem Umfang fachlich fortgebildet haben, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Gemäß § 95d Abs. 6 SGB V haben die KZBV und die BZÄK einvernehmlich geregelt, dass jeder Vertragszahnarzt zur Erfüllung seiner Fortbildungspflicht innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraumes 125 Fortbildungspunkte zu erbringen hat. Die Vergabe der Fortbildungspunkte für Fortbildungsveranstaltungen erfolgt dabei durch die Zahnärztekammern.

Sofern Mitglieder der KZV ihren Fortbildungsnachweis für den zurückliegenden Fünf-Jahres-Zeitraum nicht bzw. nicht vollständig erbringen, ist die KZV verpflichtet, das abgerechnete Honorar zunächst für vier Quartale um 10 % und für vier weitere Quartale um 25 % zu kürzen, bis der Fortbildungsnachweis vollständig erbracht ist. Kommt der Vertragszahnarzt dieser Verpflichtung bis zwei Jahre nach Ablauf der Fortbildungsfrist nicht nach, soll die KZV gemäß § 95d Abs. 3 SGB V unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.

Die erstmalige Überprüfung der Fortbildungspflicht zum 30.06.2009 ergab, dass insgesamt 11 Vertragszahnärzte der KZVLB dieser Verpflichtung nicht bzw. nicht vollständig nachgekommen waren. Nach durchgeführten Honorarkürzungen in den folgenden Quartalen konnten alle Fortbildungsnachweise erbracht werden, sodass für den 1. Fünf-Jahres-Zeitraum keine weiteren Maßnahmen durchzuführen waren. Der 2. Fünf-Jahres-Zeitraum vom 01.07.2009 bis 30.06.2014 zeigte keine Fortbildungspflichtverletzungen. Nach Ablauf der Frist zum 30.06.2019 wurde festgestellt, dass 11 Vertragszahnärzte ihrer Fortbildungspflicht nicht nachgekommen sind. In der Folge wurden Honorarkürzungen beginnend mit dem Quartal III/2019 geltend gemacht. Im Quartal III/2021 hat der letzte Vertragszahnarzt seine Fortbildungsnachweise eingereicht, sodass für den Fortbildungszeitraum 01.07.2014 bis 30.06.2019 keine weiteren Maßnahmen durchzuführen waren.

Der Fortbildungszeitraum vom 01.07.2019 bis 30.06.2024 war durch die Besonderheit geprägt, dass die Erbringung der Fortbildungsnachweise coronabedingt durch Absagen von Präsenz-Fortbildungsveranstaltungen erschwert war. Aufgrund dessen konnte für die Jahre 2020 und 2021 einer Fristverlängerung für die Erbringung der Fortbildungsnachweise beantragt werden. Nach Ablauf der Frist zum 30.06.2024 haben 13 Vertragszahnärzte ihre Fortbildungspflicht nicht erbracht. Entsprechende Honorarkürzungen werden vorgenommen.

Die gesetzliche Verpflichtung der Fortbildung sollte nicht dazu führen, dieser nur zur Erlangung der Fortbildungspunkte nachzukommen. Vielmehr sollte zahnärztliche Fortbildung den individuellen Bedürfnissen des Zahnarztes, seinem persönlichen Wunsch nach Weiterentwicklung und Verfestigung der zahnärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechen und damit die Aktualität und Qualität der Patientenversorgung erhalten und verbessern.²⁷ Die KZVLB ist fortwährend bestrebt, die Vertragszahnärzte dabei bestmöglich zu unterstützen und bietet regelmäßig Schulungsveranstaltungen im Präsenz- und Online-Format an (→ Kapitel 3).

Darüber hinaus werden für das e-learning im Zahnärzteblatt Brandenburg mehrmals im Jahr Fortbildungsbeiträge veröffentlicht. Für diese zahlreich genutzte Form der Fortbildung werden den Vertragszahnärzten nach erfolgreicher Beantwortung der Fragen zum Beitrag zwei Fortbildungspunkte erteilt.

Weiterhin hat jeder Vertragszahnarzt die Möglichkeit, für sein Selbststudium jährlich zehn Fortbildungspunkte anzugeben.

²⁷ Quelle: Leitsätze zur zahnärztlichen Fortbildung, BZÄK/DGZMK/KZBV, 01.07.2019

11.2 Zahnärztliche Patientenberatung²⁸

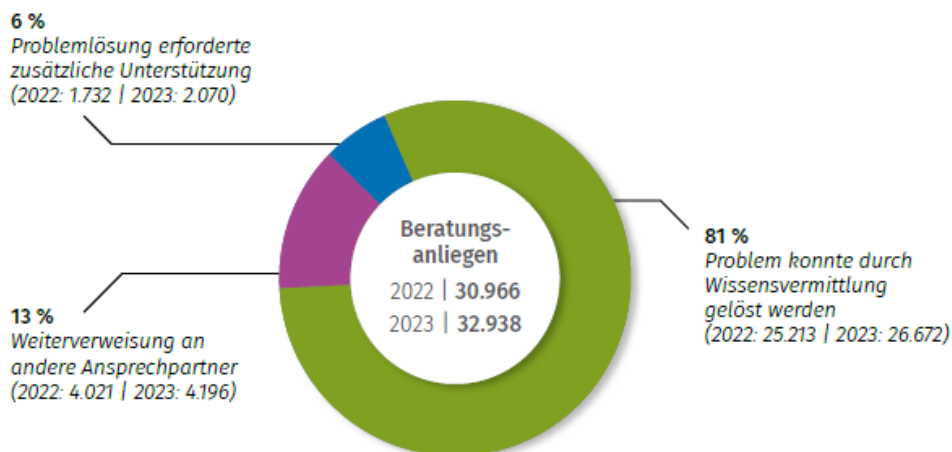
Die Rechte der Patienten wurden vom Gesetzgeber in den vergangenen Jahren, insbesondere mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013, immer weiter gestärkt. Die Patienten stehen im Mittelpunkt des zahnärztlichen Handelns. Ein wesentlicher Baustein patientenorientierter Zahnmedizin stellt neben der Beratung der Patienten in der Zahnarztpraxis die fachlich fundierte Patientenberatung durch die Körperschaften der zahnärztlichen Selbstverwaltung dar. Mit den Patientenberatungsstellen der Landes Zahnärztekammern und der KZVen wird dem Wunsch der Patienten nach einer unabhängigen und kompetenten Beratung bereits seit vielen Jahren Rechnung getragen. Die Körperschaften leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Patienteninformation im deutschen Gesundheitswesen. Im Rahmen der Patientenberatung wird auch Unterstützung in Konfliktsituationen angeboten, die im Behandlungsprozess entstehen können. Somit stellt die Patientenberatung ein Instrument der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin und den damit verbundenen Behandlungsabläufen dar.

Bundesweit wird die Zahnärztliche Patientenberatung mit rd. 32.000 Anliegen jährlich in Anspruch genommen. In mehr als der Hälfte der Beratungskontakte werden Fragen zu rechtlichen und finanziellen Themen gestellt, z. B. zu Versichertenansprüchen und Patientenrechten. Darüber hinaus lassen sich die Beratungen inhaltlich in weitere Kategorien unterteilen:

- Zahnmedizinische Verfahren und Maßnahmen
- Adress- und Verbraucherinformationen inkl. Fragen zum Bonusheft
- Allgemeine grundlegende gesundheitlich-medizinische Informationen

Bei den meisten Beratungen handelt es sich um einen einmaligen Kontakt. Die Mehrheit der vorgebrachten Probleme kann durch qualifizierte Beratung abschließend geklärt werden. In der nachfolgenden Abbildung 21 ist dargestellt, dass 81 % der Ratsuchenden direkt weitergeholfen werden kann.

Abbildung 21: Ergebnisse der Patientenberatungen 2022 und 2023 in Deutschland



Patientenberatungsstelle der KZVLB

Die Patientenberatungsstelle der KZVLB – eine Einrichtung der brandenburgischen Zahnärzte – wurde im Jahr 2024 erneuert und steht den Patienten jetzt mit barrierefreiem Zugang zur Verfügung. Sie gehört zu den wichtigen Serviceleistungen, mit denen sich die KZVLB und deren Beratungszahnärzte für das zahnmedizinische Versorgungsniveau im Land engagieren. Um die Termine so individuell wie möglich zu gestalten, wird der Beratungsbedarf im Vorfeld telefonisch konkret mit dem Patienten abgestimmt und ggf. ein persönlicher

²⁸ Quellen: Patienten im Mittelpunkt, Die Zahnärztliche Patientenberatung in Deutschland, BZÄK/KZBV, Oktober 2015; Zahnärztliche Patientenberatung BZÄK/KZBV: 2020 (September 2021) und 2022-2023 (Oktober 2024)

Beratungstermin vereinbart. Aufgrund der Ausstattung der Patientenberatungsstelle der KZVLB sind auch zahnärztliche Untersuchungen durch Beratungszahnärzte vor Ort möglich. Das Beratungsangebot ist vielfältig und umfasst u. a. folgende Themenfelder:

- Zweitmeinung zu einem konkreten Heil- und Kostenplan (durch Beratungszahnarzt)
- Kostenvoranschläge zur Füllungstherapie oder Wurzelbehandlung
- Möglichkeiten der Prophylaxe
- Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse
- mögliche Behandlungsalternativen
- private Zusatzleistungen.

In mehr als 350 Beratungen pro Jahr steht das persönliche, vertrauensvolle Gespräch mit dem Patienten im Mittelpunkt. Neben den vielfältigen Beratungsangeboten unterstützt die Beratungsstelle der KZVLB im Konfliktfall und bietet weitere Serviceleistungen an, z. B. Rechnungsprüfung auf Wunsch des Patienten oder die Bonusbestätigung, wenn der Zahnarzt für den Patienten nicht mehr erreichbar ist.

Die Patientenberatungsleistungen werden von der Beratungsstelle der KZVLB unter Wahrung des Datenschutzes und der Anonymität in einem bundeseinheitlichen Dokumentationssystem erfasst. Dabei wird zwischen Beratungen und Beschwerden unterschieden. Die Auswertungen aller Patientenberatungsstellen werden von der BZÄK und der KZBV in regelmäßigen Berichten veröffentlicht.

Die konstant hohe Inanspruchnahme der Patientenberatungsstellen in Deutschland offenbart den Bedarf der Patienten an qualifizierten Informationen. Gleichzeitig zeigt die hohe Zahl der Beratungen aber auch das fortwährende Vertrauen und die große Wertschätzung, die Patienten der kostenfreien Beratung der Zahnärzteschaft entgegenbringen.

Die Qualität der zahnärztlichen Versorgung wird durch eine Vielzahl von Vereinbarungen und Empfehlungen abgesichert. Neben den beschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die KZVLB gibt es zahlreiche weitere Regelungen, die der Förderung und Verbesserung der Qualität in den Zahnarztpraxen dienen. Dazu gehören z. B.:

- Hygienevorgaben (Hygieneempfehlungen des Robert-Koch-Instituts)
- Strahlenschutzgesetz/Strahlenschutzverordnung
- Röntgenstellen zur Überprüfung von zahnärztlichen Röntgeneinrichtungen
- Vorgaben zum Arbeitsschutz durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Anlage

Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus den Sozialgesetzbüchern)

SGB V (Stand 12.12.2024)

§ 2 Leistungen

- (1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

[...]

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

[...]

§ 22a Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

- (1) Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.
- (2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

[...]

- (2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies

gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

[...]

§ 71 Beitragsstabilität, besondere Aufsichtsmittel

[...]

- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre fest. Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, die die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

[...]

Gemäß § 72 Abs. 1 SGB V gelten sämtliche nachfolgende Angaben des Vierten Kapitels des SGB V soweit sich die Vorschriften auf Ärzte beziehen, entsprechend auch für Zahnärzte – sofern nicht davon Abweichendes bestimmt ist. So gelten z. B. die Vorgaben gemäß § 135b Abs. 4 SGB V ausdrücklich nur für Vertragsärzte, da die vertragszahnärztliche Vergütung in § 85 SGB V geregelt ist.

§ 72 Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.
- (2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

[...]

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

[...]

- (7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen, [...]

[...]

§ 85 Gesamtvergütung

[...]

- (3) In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.
- (3a) Die Gesamtvergütungen nach Absatz 3 dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Im Jahr 2024 dürfen die Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 angehoben werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Gesamtvergütungen nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis.
- (4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

[...]

(2i) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Abs. 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Abs. 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 festgelegten Anforderungen. Die Leistung nach Abs. 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

[...]

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,

8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 sowie die Kryokonservierung nach § 27a Abs. 4,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

[...]

§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung

- (1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.
- (2) Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.
- (3) Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist; für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauffolgenden Quartal um 25 vom Hundert. Ein Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für ermächtigte Ärzte entsprechend.

- (5) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach § 119b. Den Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 für die von ihm angestellten Ärzte führt das medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt; für die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 5 oder nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 von der Einrichtung geführt. Übt ein angestellter Arzt die Beschäftigung länger als drei Monate nicht aus, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag den Fünfjahreszeitraum um die Fehlzeiten zu verlängern. Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das Honorar des medizinischen Versorgungszentrums, des Vertragsarztes oder der Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach § 119b gekürzt wird. Die Honorarkürzung endet auch dann, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nachgewiesen wird, nach Ablauf des Quartals, in dem das Beschäftigungsverhältnis endet. Besteht das Beschäftigungsverhältnis fort und wird nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums für einen angestellten Arzt der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2 erbracht, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Widerruf der Genehmigung der Anstellung stellen.
- (6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung. Es ist insbesondere festzulegen, in welchen Fällen Vertragsärzte bereits vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums Anspruch auf eine schriftliche oder elektronische Anerkennung abgeleiteter Fortbildung haben. Die Regelungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich.

§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.
- (1a) Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:
1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
 2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
 3. Vergabe von Stipendien,
 4. Förderung von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
 5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
 6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13,

7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen,
8. Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und telemedizinischer Kooperationen der Leistungserbringer.

Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Sätze 2, 3 Nummer 1 bis 4 und 8 sowie die Sätze 4 und 5 gelten in diesem Fall entsprechend. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann in den Jahren 2021 und 2022 aus Mitteln des Strukturfonds eine Förderung von in den Jahren 2019 bis 2021 neu niedergelassenen Praxen vorsehen.

[...]

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.

[...]

§ 106d Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität, auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3 sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bei den Prüfungen ist von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. [...]

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

- (1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.

[...]

§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet,
1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.
- (3) Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 136a Abs. 3 dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.

§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.
- (4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen des § 87a gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere
 1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen, sofern diese nicht in den nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind.

Soweit erforderlich erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss die notwendigen Durchführungsbestimmungen. Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.

- (2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen nach § 136a Absatz 4 und § 136b bleiben unberührt.
- (3) Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer

und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.

- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.

§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach § 136b Absatz 6 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.

[...]

- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei

Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

- (5) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Benehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser Anforderungen an die Qualität der Anwendungen von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes festlegen. Er kann insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität regeln, die auch indikationsbezogen oder bezogen auf Arzneimittelgruppen festgelegt werden können. Zu den Anforderungen nach den Sätzen 1 und 2 gehören, um eine sachgerechte Anwendung der Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes zu sichern, insbesondere

1. die notwendige Qualifikation der Leistungserbringer,
2. strukturelle Anforderungen und
3. Anforderungen an sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Soweit erforderlich erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss die notwendigen Durchführungsmaßnahmen. § 136 Absatz 2 und 3 gilt entsprechend. Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Mindestanforderungen nach den Sätzen 1 bis 3 erfüllen.

[...]

§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.

§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.
- (2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.
- (3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,
 1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für Patientenbefragungen auch in digitaler Form zu entwickeln,

2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. (aufgehoben)
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden, sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln. Bei der Entwicklung von Patientenbefragungen nach Satz 2 Nr. 1 soll das Institut vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigen.

[...]

§ 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut nach § 137a. Soweit hierbei personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen, gilt § 299. [...]
- (2) Das Institut nach § 137a leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach § 137a Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 Satz 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlungen zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.

§ 299 Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu verarbeiten, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu verarbeiten sind, sowie deren Empfänger

festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind. Die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Satz 1 haben darüber hinaus sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet. [...]

[...]

- (2) Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 angewendet. Es ist in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen. Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu erfolgen.

[...]

SGB IX (Stand 01.04.2024)

§ 99 Leistungsberechtigung, Verordnungsermächtigung

- (1) Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalls Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann.
- (2) Von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind Menschen, bei denen der Eintritt einer wesentlichen Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
- (3) Menschen mit anderen geistigen, seelischen körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, durch die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind, können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

[...]

SGB XI (Stand 01.07.2024)

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

[...]

§ 71 Pflegeeinrichtungen

[...]

- (2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:
 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
 2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

[...]

