Qualitätssicherung

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

2022

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 11
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 12
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 19
2.1 Fortbildung (→ Kapitel 3) 19
2.2 Gutachterwesen (→ Kapitel 4) 19
2.3 Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ Kapitel 6) 20
2.4 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7) 20
2.5 Zahnärztliche Betreuung im Rahmen von Kooperationsverträgen (→Kapitel 10.4) 20
2.6 Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen 20
2.6.1 Gespräche mit den Landkreisen 20
2.6.2 Arbeitsgruppe § 105 SGB V 21
2.6.3 Kampagnen 21
2.6.4 Praxislotsen 21
3. Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg 23
4. Gutachterwesen 25
4.1 Rechtsgrundlagen 25
4.2 Arten vertragszahnärztlicher Gutachten 25
4.3 Erstmalig berufene Gutachter 26
4.4 Statistische Eckdaten 27
4.5 Gutachtertagungen 29
5. Qualitätsmanagement (QM) 31
5.1 QM-Grundsätze 31
5.2 QM-Instrumente 32
5.3 QM im KZV-Bereich Brandenburg 34
6. Qualitätsprüfung im Einzelfall 37
6.1 Dokumentationsprüfung 37

6.2 Qualitätsgremien 38
6.3 Datenschutz 39
6.4 Qualitätsprüfungen 2022 39
6.5 Fortbildungsveranstaltungen zur Qualitätsprüfung 41
6.6 Ausblick auf das Jahr 2023 41
7. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung 43
7.1 Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses 43
7.2 Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg 44
8. Verteilungsmaßstab der KZV Land Brandenburg 47
9. Ergänzende Maßnahmen 49
9.1 Interne Maßnahmen der KZV Land Brandenburg 49
9.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V 49
9.3 Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V 51
10. Die aufsuchende Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen 55
10.1 Leistungen gemäß § 87 Abs. 2i SGB V 55
10.2 Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V 56
10.3 Präventive zahnärztliche Leistungen gemäß § 22a SGB V 57
10.4 Kooperationsverträge gemäß § 119b SGB V 58
11. Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätsförderung 61
11.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V 61
11.2 Datenschutz 62
11.3 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung 62
Anlage 65
Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus den Sozialgesetzbüchern) 65

Potsdam, im Mai 2023

Hinweise:

1. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.
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 2023

Abkürzungsverzeichnis

B

BDSB.....Behördlicher Datenschutz-Beauftragter
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 einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGZMK ..... Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
DMS ..... Deutsche Mundgesundheitsstudie
DSGVO .....Datenschutz-Grundverordnung
DSKT.....Datenschutzkoordinierungsteam

E

eGK ..... elektronische Gesundheitskarte

G

G-BA.....Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV.....Gesetzliche Krankenversicherung

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
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 .....Landeszahnärztekammer

M

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

P

PAR.....Parodontologie

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-Verfahren ..... Qualitätssicherungs-Verfahren

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 allgemeinen 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 der von ihnen erbrachten 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 erbachten zahnärztlichen Leistungen unterstützt werden.

Der Umgang mit Qualitätssicherung ist seit vielen Jahren in den Aufgabenbereich der vertragszahnärztlichen Praxen impliziert. Im zahnärztlichen Tätigkeitsbereich werden verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung erbracht, welche zum Teil auf Vorgaben verschiedener Normgeber (z. B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Berufsordnung, Röntgenverordnung), auf Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner (insbesondere das im zahnärztlichen Tätigkeitsbereich etablierte Gutachterwesen) und auf freiwilligen Aktivitäten beruhen.

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.[1] Für die Qualitätssicherung und -verbesserung werden jedoch, wegen des dafür erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwandes in den Praxen, zunächst einmal Kosten verursacht. Statistisch arbeitet ein Praxisinhaber in Deutschland durchschnittlich 42,4 Wochenstunden, dabei verbleiben für die reine Behandlungszeit nur rd. 32 Stunden. Damit werden ca. 24 % der Arbeitszeit für administrative Aufgaben wie Praxisverwaltung, Praxisführung und Fortbildung verwandt.[2] Im Land Brandenburg ist ein Praxisinhaber durchschnittlich nur 41 Wochenstunden tätig, davon fallen nur ca. 31 Stunden für die zahnärztliche Behandlung an. Für die administrativen Aufgaben werden ebenfalls ca. 24 % der Arbeitszeit verwandt.

Betrachtet man dagegen die Einnahmen- und Kostensituation einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis im Land Brandenburg, müssen mindestens 319 € je Stunde erwirtschaftet werden.[3] Im Hinblick darauf sollte auch eine angemessene Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen erreicht werden. Hierfür sind entsprechende Rahmenbedingungen notwendig.

Bis vor zehn Jahren war die Entwicklung der zahnärztlichen Honorare streng an die Einnahmenentwicklung der Krankenkassen – die sogenannte Grundlohnsumme – gebunden. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden mit Januar 2013 die strikte Grundlohnsummenanbindung aufgehoben und über § 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, 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,

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

[2] Quelle: KZBV Jahrbuch 2022

[3] Quelle: Auswertung Zahnärzte-Praxis-Panel für das Land Brandenburg 2021

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.

Um die finanziellen Auswirkungen zu überbrücken, die sich aus der Corona-bedingten verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ergeben, hat der Gesetzgeber mit dem zum 01.01.2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege modifizierte Regelungen zur Vergütungsvereinbarung geschaffen. Insbesondere wird bei Vergütungsverträgen, die auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart werden, in den Jahren 2021 und 2022 kein rückzahlungsrelevantes Ausgabenvolumen bestimmt. Infolgedessen ist bei der Ausgabenfestlegung für die Jahre 2021 und 2022 keine Obergrenze mit der Verpflichtung zur Rückzahlung bei Überschreitung festgelegt.

Unbeschadet der gesetzlichen Änderungen gelten unverändert die von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der KZBV bereits im Jahr 2004 entwickelten Grundsätze zur Qualitätsförderung[4] bzw. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde, die mit der neuen gemeinsamen Agenda Qualitätsförderung im Juli 2014 aktualisiert und erweitert wurden:

- 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.
- 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.

[4] Agenda Qualitätsförderung KZBV/BZÄK 2014, S. 6

- 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 Qualitätsförderung[5]

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. Das heißt: 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 für die gesetzlich Versicherten durchzuführen ist. Die KZBV ist stimmberechtigte Trägerinstitution im G-BA, dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zusammen mit den Körperschaften und Standesorganisationen von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gestaltet die KZBV im G-BA den Leistungskatalog der GKV maßgeblich mit. In Deutschland sind rund 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Das sind etwa 74 Millionen[6] Menschen.

1.1.2 Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung[7]

Etwa 72.700 Zahnärzte gewährleisten in rd. 39.900 Praxen eine flächendeckende, wohnortnahe qualitätsorientierte Versorgung der Patienten. Darunter sind mehr als 3.700 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie (KFO) und über 3.500 Fachzahnärzte für Oralchirurgie. Weitere Fachzahnärzte (für Parodontologie (PAR) und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) komplettieren die umfassende Versorgung.

Der Frauenanteil im Beruf lag im Jahr 2021 bundesdurchschnittlich bei 47,5 Prozent, die Zahl der erwerbstätigen Zahnärztinnen nimmt kontinuierlich zu.

Statistisch gesehen versorgt ein Zahnarzt derzeit durchschnittlich 1.145 Patienten. Trotz einer seit 2012 leicht steigenden Wohnbevölkerung in Deutschland nimmt die Versorgungsdichte nicht ab. Sie ist damit auch für die nächsten Jahre auf diesem hohen Niveau gesichert. Mittelfristig wird sich der demografische Wandel bemerkbar machen, da vermehrt ältere Zahnärzte aus dem Berufsleben ausscheiden werden.

Der Anteil der GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten ist in den letzten 20 Jahren stark gesunken. Während der Anteil im Jahr 2001 noch bei rd. 8,9 Prozent lag, hat die GKV im Jahr 2021 mit 16,3 Mrd. Euro nur 6,2 Prozent für die zahnärztliche Behandlung ausgegeben. Damit stellen die Leistungsausgaben durch Zahnärzte den niedrigsten Ausgabenblock der GKV dar.

Die konservierende (zahnerhaltende), parodontale und chirurgische Behandlung machte im Berichtsjahr 2021 gut 60 Prozent der Ausgaben für die zahnärztliche Therapie (rd. 9,7 Mrd. Euro) aus. Etwa 1,3 Mrd. Euro hat die GKV für die kieferorthopädische Therapie und rund 3,9 Mrd. Euro für die Versorgung mit Zahnersatz aufgewendet. Der Ausgabenanteil für die zahnärztliche Prophylaxe betrug im Jahr 2021 mit rd. 0,66 Mrd. Euro etwa 4 Prozent. Damit wird ein wesentlicher Beitrag für den nachweislich hohen Präventionsgrad in der Betreuung und die großen Erfolge in der zahnärztlichen Vorsorge geleistet.

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 seit Jahren 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

[5] Quellen: KZBV; Geschäftsbericht der KZBV 2021/2022

[6] Quelle: GKV-Spitzenverband

[7] Quellen: KZBV Jahrbuch 2022; Statistisches Jahrbuch BZÄK 2021/2022

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. Gemäß § 135a Abs. 2 SGB V ist zu unterscheiden zwischen

- einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung (→ Kapitel 7) und
- einrichtungsinternem Qualitätsmanagement (→ Kapitel 5)

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 begrenzt Anwendung.

Ein weiteres Instrument im Rahmen der Qualitätssicherung stellt die Qualitätsprüfung im Einzelfall gemäß § 135b Abs. 2 SGB V dar. Im Jahr 2022 wurde die Stichprobenziehung zur Qualitätsprüfung/Qualitätsbeurteilung zum vierten Mal durchgeführt (→ Kapitel 6).

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 den Richtlinien 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. Es können rund 200 Berichte eingesehen werden. Das Portal wird jährlich rund 30.000 Mal aufgerufen.[8]

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

Die KZBV entwickelt Leilinien zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der BZÄK. Sie fördert die Entwicklung von Leitlinien und beteiligt sich an der konkreten Ausgestaltung, wobei die Schwerpunkte auf Praxistauglichkeit und Kompatibilität zum deutschen Gesundheitssystem, insbesondere zur vertragszahnärztlichen Versorgung liegen.

Bei der Umsetzung zielgerichteter Leitlinienarbeit wird die KZBV vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) unterstützt. Die selbstständige Forschungseinrichtung mit dem integrierten *Zentrum Zahnärztliche Qualität* wird bei allen Fragen der Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Berufsausübung beratend tätig. Ein Schwerpunkt ist die Koordination bei der Erstellung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Zahnmedizin.

Die DGZMK und ihre Fachgesellschaften haben folgende Leitlinien allein oder in Kooperation mit Dritten erarbeitet bzw. aktualisiert:[9]

Stand	Thema
16.12.2022	Wurzelspitzenresektion (S2k)
14.11.2022	Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse und Kieferrelationsbestimmung (S2k)
08.11.2022	Dentale digitale Volumentomographie (S2k) Konsultationsfassung
25.10.2022	Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne (S2k)

[8] Quelle: Jahresbericht BZÄK 2021/2022

[9] Quelle: DGZMK/Zahnärzte/Wissenschaft-Forschung/Leitlinien

19.08.2022	Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen von Kindern und Erwachsenen vor und nach einer Organtransplantation (S2k)
22.07.2022	Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien (S3)
22.07.2022	Die Unterkieferprotrusionsschiene (UPS): Anwendung in der zahnärztlichen Schlafmedizin beim Erwachsenen (S1)
25.06.2021	Vollkeramische Kronen und Brücken (S3)
07.04.2021	Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern (S1)
23.03.2021	Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers (S3)
10.02.2021	Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III
17.11.2020	Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien (S2k)
11.09.2020	Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern
13.07.2020	Dentale Implantate bei Patienten mit Immundefizienz
05.06.2020	Totaler alloplastischer Kiefergelenkersatz (S3)
05.06.2020	Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (S2k)
25.02.2020	Ersatz fehlender Zähne mit Verbundbrücken (S3)
11.12.2019	Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen (S3)
11.12.2019	Subgingivale Instrumentierung (S3)
18.11.2019	Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management (S1)
16.08.2019	Operative Entfernung von Weisheitszähnen (S2k) UPDATE
18.07.2019	Odontogene Sinusitis maxillaris (S2k) UPDATE
06.06.2019	Diagnostik und Behandlung von Bruxismus (S3)
27.11.2018	Häusliches mechanisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis (S3)
27.11.2018	Häusliches chemisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis (S3)
28.03.2018	Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregations-hemmung (S3)
22.03.2018	Zahnimplantatversorgungen bei multiplen Zahnnichtanlagen und Syndromen (S3)
07.12.2017	Odontogene Infektionen (S3)
07.12.2017	Zahnsanierung vor Herzklappenersatz (S2k) – UPDATE
27.04.2017	Fissuren- und Grübchenversiegelung (S3) – UPDATE
22.03.2017	Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers (S3) – UPDATE
10.03.2017	Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut (S2k)
15.12.2016	Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich (S1)
28.11.2016	Zahnimplantate bei Diabetes mellitus (S3)
07.11.2016	Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate) (S3)
19.10.2016	Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (S2k)
04.08.2016	Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten (S3)
25.05.2016	Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne (S2k)
15.12.2015	Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse (S2k)
26.03.2015	Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungs-einheiten (S2k)

20.03.2015	Vollkeramische Kronen und Brücken (S3)
30.10.2013	Dentale digitale Volumentomographie (S2k)
04.07.2013	Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers (S3)
16.04.2013	Fluoridierungsmaßnahmen (S2k)
22.03.2013	Operative Entfernung von Weisheitszähnen (S2k)
29.11.2012	Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien (S2k)
01.08.2012	Festsitzender Zahnersatz für zahnbegrenzte Lücken (S1)
08.05.2012	Zahnsanierung vor Herzklappenersatz (S2k)
08.05.2012	Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigations-gestützten Implantologie (S2k)
02.12.2010	Fissuren- und Grübchenversiegelung (S3)
01.12.2010	Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Platten-epithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (S2k)
12.02.2009	Wurzelspitzenresektion (S2)

Die vorstehenden umfangreichen Auflistungen, die nur einen Ausschnitt aus der Vielzahl zahnärztlicher Leitlinien darstellen, belegen, dass Qualitätssicherung und -förderung für die Zahnärzteschaft weit mehr ist als eine Reaktion auf gesetzliche Vorgaben.

1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss[10]

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 jedoch vor allem Struktur- und Prozessqualität langfristig überprüfbar. Nur sehr wenige Themen der zahnärztlichen Qualitätssicherung enthalten sektorenübergreifende Fragestellungen an den Schnittstellen zur ambulanten und stationären Versorgung. 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 unter anderem in den Richtlinien des G-BA enthalten.

Bei der Erarbeitung von Richtlinien für das GKV-System greifen die Gremien des G-BA auf die Empfehlungen der assoziierten Qualitätsinstitute für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zurück. Die KZBV ist in die Organe und Gremien sowie die Verfahren beider Institute umfassend 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

[10] Quellen: KZBV; Geschäftsbericht der KZBV 2021/2022

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 evidienzbasierte Medizin nicht analog auf den zahnärztlichen Bereich übertragen wird.

1.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien[11]

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 unter 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.

<u>DMS V</u>

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.

[11] Quelle: IDZ/DMS V, August 2016

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 6[12]

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. Die Studie setzt sich aus mehreren Forschungsmodulen zusammen, die sich über den Zeitraum 2021 bis 2023 erstrecken. Erstmalig 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. 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 liegt eine Indikationsgruppe (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

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 werden (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.

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

[12] Quellen: Ergebnisse der IDZ-Studie „Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern“;
Gemeinsame Pressekonferenz von KZBV/BZÄK/IDZ/Deutsche Gesellschaft für KFO e.V. vom 23.09.2022

Abbildung 1: Zahn- und Kieferfehlstellungen KIG 1-5

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.

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.

Die im Jahr 2021 eingeführte PAR-Richtlinie sieht gemäß § 14 im Jahr 2023 eine Evaluierung vor. Sofern sich daraus Änderungen der Richtlinie ergeben, wird die KZVLB den Zahnarztpraxen entsprechende Schulungen zu Änderungen anbieten.

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. Des Weiteren wird die KZVLB ihr Webinar-Angebot in den kommenden Jahren weiterführen und ausbauen.

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.

Im Jahr 2021 wurden im KZV-Bereich Land Brandenburg regionale, von speziell ausgebildeten Gutachtern moderierte, Gutachter-Qualitätszirkel eingeführt, die den fachlich kollegialen Dialog zwischen den Gutachtern im Land Brandenburg außerhalb der Gutachtertagungen gewährleisten. Die Qualitätszirkel in den Fachbereichen KFO, PAR und ZE haben einen festen Teilnehmerkreis von ca. fünf bis zehn Personen und kommen zwei- bis sechsmal 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/DGZMK für die teilnehmenden Gutachter vergeben.

Die KZVLB führte im Jahr 2022 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 ambulant-ärztlichen 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 Präventionsmaßahmen 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 Versorgung in den ländlichen Regionen

2.6.1 Gespräche mit den Landkreisen

Durch die steigende Altersstruktur der Vertragszahnärzte im Land Brandenburg wird die Versorgungssituation im Land Brandenburg immer kritischer. Um der Gefahr von zukünftigen

zahnärztlichen Versorgungsengpässen in Landkreisen wie Spree-Neiße oder Uckermark vorzubeugen, suchen die KZVLB und die LZÄK Brandenburg den Dialog mit den Vertretern der Landkreise. So soll rechtzeitig für das Problem des Fachkräftemangels sensibilisiert und gemeinsam Strategien entwickelt werden. Sieben kritische Landkreise sind bereits besucht worden. Nach Corona-bedingter Pause sind wieder Gespräche mit verschiedenen Landkreisen geplant. Im Berichtsjahr 2022 startete die erste Gesprächsrunde im Landkreis Spree-Neiße.

2.6.2 Arbeitsgruppe § 105 SGB V

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. Den KZVen wird die Möglichkeit eingeräumt, einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zu bilden. Der Strukturfonds ermöglicht eine Vielzahl von Maßnahmen wie Stipendien, Zuschüsse zu Neugründungen und vieles mehr. Vor diesem Hintergrund wurde im Berichtsjahr 2022 in der KZVLB die Arbeitsgruppe § 105 SGB V gebildet. Die Errichtung eines Strukturfonds sowie die Erarbeitung einer Förderrichtlinie sind beschlossen worden.

2.6.3 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. Auch wenn die zahnärztliche Versorgung in manchen Regionen derzeit noch intakt ist, ist aufgrund der Altersstruktur der Vertragszahnärzte mit baldigen Engpässen zu rechen.

Im Sommer des Berichtsjahres 2022 startete die KZVLB gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) die Kampagne „GründungsGründe“. Brandenburg hat als einziges Bundesland keine eigene zahnmedizinische Hochschulausbildung, ein Zuzug junger Zahnärzte ist deshalb bedeutsam. Durch die Plakataktion sollen Zahnärzte ermuntert werden, den Schritt in die eigene Praxis zu wagen. Zudem wurde mit Radiospots für eine Niederlassung geworben.

2.6.4 Praxislotsen

Einen weiteren Weg der Nachwuchsgewinnung geht die KZVLB bereits seit einigen Jahren mit dem Angebot der Praxislotsen. Im Land Brandenburg werden in den nächsten Jahren zahlreiche Zahnärzte in den Ruhestand gehen. Das bietet jungen Zahnärzten die Chance auf Niederlassung vor allem im ländlichen Bereich. Das Praxislotsenteam berät die Interessenten in Niederlassungs- sowie rechtlichen, steuerlichen und finanziellen Fragen.

3. Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg

Die KZVLB bietet ihren Mitgliedern regelmäßig Informationsveranstaltungen zu aktuellen vertragszahnärztlichen Themen an. Seit dem Jahr 2021 werden neben den Präsenzveranstaltungen zusätzlich Webinare angeboten. Diese Form der Fortbildung wird von den Zahnarztpraxen gut angenommen. Die Webinar-Angebote wurden im Berichtsjahr 2022 fortgesetzt.

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, die sich näher mit dem Thema Abrechnung ihrer erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen beschäftigen wollen, richten. 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 Tagen vor Seminarbeginn bei der Referentin der KZVLB einreichen. Die Fragen werden dann in den Workshop eingebunden. Die Workshops zu den einzelnen Teilen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) finden aufgrund des Umfangs teilweise an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt. Im Berichtsjahr 2022 wurden folgende Themen offeriert:

- Grundkurse zu den Festzuschüssen der Befundklassen 1 bis 7
- Suprakonstruktion (Erstversorgung, Erneuerung und Wiederherstellungsmaßnahmen)

PAR-Therapie

Nach Inkrafttreten der PAR-RL im Juli 2021 und ersten Erfahrungen aus der Anwendung der Richtlinie in den Zahnarztpraxen gab es Anlass für eine modifizierte Neuauflage der in 2021 durchgeführten Schulungen zur Abrechnung der systematischen PAR-Therapie. Im Berichtsjahr 2022 nutzten insgesamt 434 Teilnehmer drei Präsenzveranstaltungen und ein Webinar zu diesem Thema. Ergänzend steht den Zahnarztpraxen auf der Internetseite der KZVLB eine umfangreiche FAQ-Liste zur Verfügung.

Unterkieferprotrusionsschiene

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen ist die Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe mittels Unterkieferprotrusionsschiene seit dem 01.01.2022 Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die KZVLB hat dazu eine Fortbildungsveranstaltung mit dem Thema „Neu im BEMA: Unterkieferprotrusionsschiene“ in Präsenz durchgeführt. Als Co-Referentin konnte ein Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin gewonnen werden.

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 wird seit 2019 regelmäßig angeboten. Im Berichtsjahr 2022 wurden eine Präsenzveranstaltung und zwei Webinare mit insgesamt 203 Teilnehmern zu diesem Thema durchgeführt. Den Zahnärzten und Praxismitarbeitern wurden umfassende Informationen über die rechtlichen Vorgaben, den genauen Ablauf der Qualitätsprüfung (→ Kapitel 6) sowie die korrekte Dokumentation in der Patientenakte vermittelt.

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. Im Berichtsjahr 2022 wurde das Angebot für interaktives Lernen fortgesetzt. 65 Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte nutzten diese Form der Fortbildung.

Curriculum „Junge Zahnärzte“

Im Frühjahr 2021 startete das gemeinsam von der KZVLB und der LZÄK Brandenburg gegründete Curriculum „Junge Zahnärzte“ und ist seitdem fester Bestandteil im Fortbildungskalender der KZVLB. Im Zuge der Validierung des ersten abgeschlossenen Curriculums wurde neben den ausgebauten Inhalten auch der Zeitrahmen auf zwei Jahre erweitert. Die Schulungsteile der KZVLB erstreckten sich im Jahr 2022 auf folgende Themen:

- Niederlassung als Vertragszahnarzt
- Bedeutung und Auswirkung von Richtlinien
- Auszüge aus dem BEMA (erster von insgesamt 3 Teilen)
- Einführung in die Planung und Abrechnung von Zahnersatz

Schulung Zentraldienst der Polizei im Land Brandenburg

Die KZVLB bietet nicht nur Fortbildungen für Vertragszahnärzte an, sondern steht auch Behörden unterstützend zur Seite. Der Zentraldienst der Polizei Land Brandenburg/Heilfürsorge hat um eine Schulung zum Thema „Genehmigung von Heil- und Kostenplänen gebeten. Bereits im Jahr 2016 fand ein Einführungslehrgang für die Mitarbeiter statt, da bei der Heilfürsorge das System der Festzuschüsse eingeführt wurde. Aufgrund von Personalwechsel bei den Mitarbeitern bestand im Jahr 2022 erneut Schulungsbedarf.

Schulungen der Berufsschullehrer

Weiterhin führte die KZVLB auf Anfrage der Brandenburgischen Berufsschullehrer für Zahnmedizinische Fachangestellte eine Schulung zum Thema PAR durch. Der Fokus lag auf der richtigen Interpretation der PAR-RL und der korrekten Auslegung der darauf basierenden BEMA-Gebühren und Abrechnungsbestimmungen. Im Ergebnis konnten sich die Berufsschullehrer der einzelnen Oberstufenzentren im Land Brandenburg über Inhalt und Umfang der Prüfungsfragen für die angehenden Zahnmedizinischen Fachangestellten abstimmen.

4. Gutachterwesen[13]

Das vertraglich vereinbarte Gutachterwesen ist ein seit Jahrzehnten bewährtes Instrument der Sicherstellung zur vorgelagerten Wirtschaftlichkeitsprüfung 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. Die Begutachtung erfolgt ausschließlich durch erfahrene und für diese Tätigkeit speziell qualifizierte Vertragszahnärzte. Dies führt zu einer hohen Akzeptanz der erstellten Gutachten nicht nur bei den Patienten und den Krankenkassen, sondern insbesondere bei den Behandlern, deren Pläne begutachtet werden. Zu dieser Akzeptanz trägt wesentlich bei, dass das kollegiale Gespräch zwischen Gutachter und Behandler Bestandteil jeder Begutachtung ist.

4.1 Rechtsgrundlagen

Das Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung beruht auf vertraglichen Vereinbarungen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband. Die Gutachter werden einvernehmlich von 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 seit dem 01.07.2018 in einem einheitlichen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) zusammengeführt worden. 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)
- für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V (vgl. Anlage 7 zum BMV-Z)

Außerdem ist es den Krankenkassen nach Anlage 1 Nr. 3.1.1 zum BMV-Z möglich, Behandlungspläne von Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) begutachten zu lassen.

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 Bundesmantelvertragspartner und Gesamtvertragspartner vereinbaren können, dass die Krankenkassen einheitlich und ausschließlich eine der beiden Verfahrensmöglichkeiten (Gutachterverfahren oder Verfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung) anwenden.

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.

[13] Quelle 4.-4.2: Vertragszahnärztliches Gutachterwesen, KZBV, Oktober 2018

Planungsgutachten

Die Krankenkassen können im Vorfeld von Behandlungen die bei ihr eingereichten Behandlungspläne begutachten lassen. Die Begutachtung dient den Kassen zur Entscheidungsfindung, ob die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind.

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 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 erhält mit der Begutachtung Informationen hinsichtlich der Mängelfreiheit des Zahnersatzes bzw. zu Art und Umfang der Mängel und Möglichkeiten der Mängelbeseitigung. Die Nachbegutachtung dient auch dem behandelnden Zahnarzt zur Klärung, ob der Zahnersatz hinsichtlich der Planung und Ausführung ohne Mängel ist, also dem Heil- und Kostenplan entspricht und fachtechnisch korrekt ist, die Patientenbeschwerden ungerechtfertigt sind und keine Gewährleistungsansprüche bestehen. Außerdem dient sie bei eventuellen Mängeln der Feststellung, in welcher Art und in welchem Umfang eine Mängelbeseitigung durchgeführt werden sollte.

Einsprüche gegen die Stellungnahme des Gutachters

Hinsichtlich der Versorgung mit Zahnersatz wird im KZV-Bereich Brandenburg bei Einsprüchen gegen die Stellungnahme des Gutachters im Ersatzkassenbereich das Obergutachterverfahren durchgeführt.

Im Primärkassenbereich erfolgt das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss. Vor der Verhandlung in diesem Ausschuss sollen sich die Beteiligten im sogenannten Einigungsgespräch um Konsens bemühen. Im Jahr 2022 wurden im Land Brandenburg insgesamt 53 Einigungsgespräche geführt, es gab keine Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss.

4.3 Erstmalig berufene Gutachter

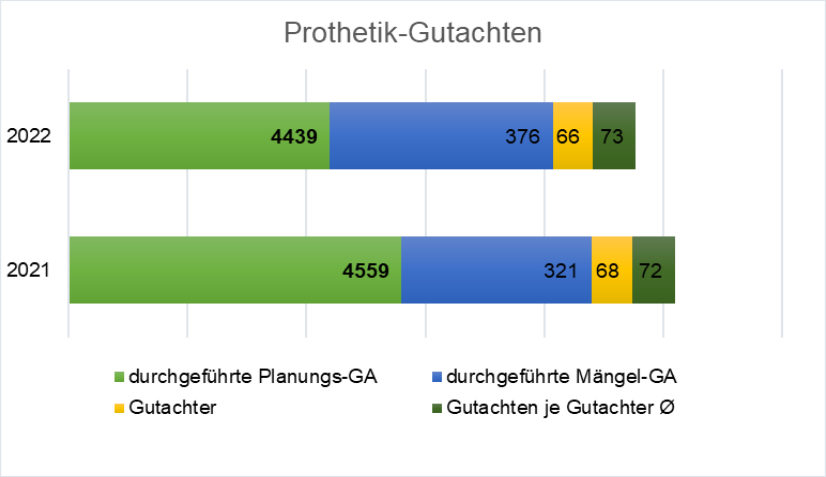
Gemäß der Bundes-Gutachtervereinbarung gilt, dass erstmalig berufene Gutachter im ersten Jahr ihrer Gutachtertätigkeit die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorzulegen haben. Diese Aufgabe wird in der KZVLB von Fachberatern übernommen, sodass der Vorstand, der für die Berufung von Gutachtern zuständig ist, ein direktes Feedback über die Tätigkeit neuer Gutachter erhält. Darüber hinaus trägt zur Qualitätsverbesserung der Gutachten bei, dass im KZV-Bereich Brandenburg die neu bestellten Gutachter bereits zu Beginn ihrer Gutachtertätigkeit in die jeweiligen Qualitätszirkel aufgenommen werden.

4.4 Statistische Eckdaten[14]

Gutachten ZE

Für den Leistungsbereich ZE wurden im Land Brandenburg im Jahr 2022 insgesamt 4.815 Gutachten von 66 Gutachtern erstellt (Abbildung 2). Die Anzahl der veranlassten Gutachten im Bereich ZE ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,3 % gesunken.

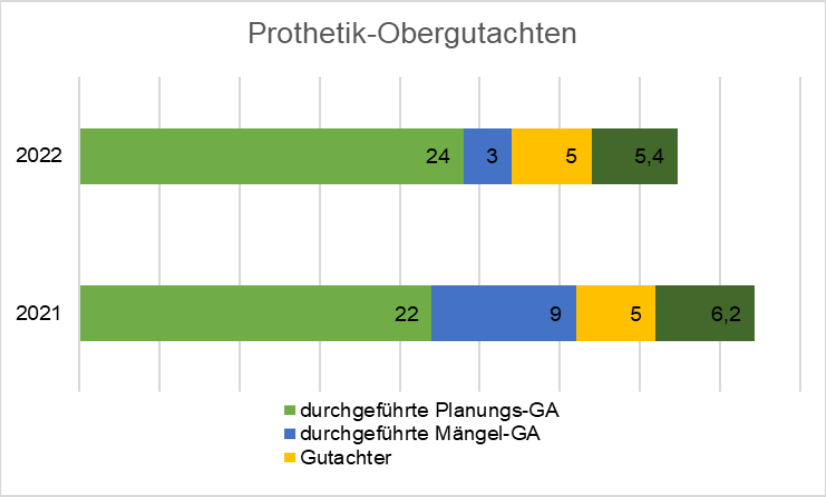
Abbildung 2: Gutachten Bereich ZE im Vorjahresvergleich



Die Ergebnisse der Begutachtungen stellen sich wie folgt dar:

Bei den Planungsgutachten wurden – wie annähernd im Vorjahr – mit 58,6 % geringfügig weniger HKP befürwortet, während in 17,5 % der Fälle dem Behandlungsplan nicht zugestimmt wurde. Die Anzahl der teilweise befürworteten HKP ist annähernd gleichgeblieben. Im Bereich der Mängelgutachten ist die Anzahl der nicht befürworteten Pläne im Vorjahresvergleich ebenfalls annähernd gleichgeblieben. 38,6 % der ausgeführten prothetischen Leistungen waren frei von Fehlern.

Abbildung 3: Obergutachten Bereich ZE im Vorjahresvergleich



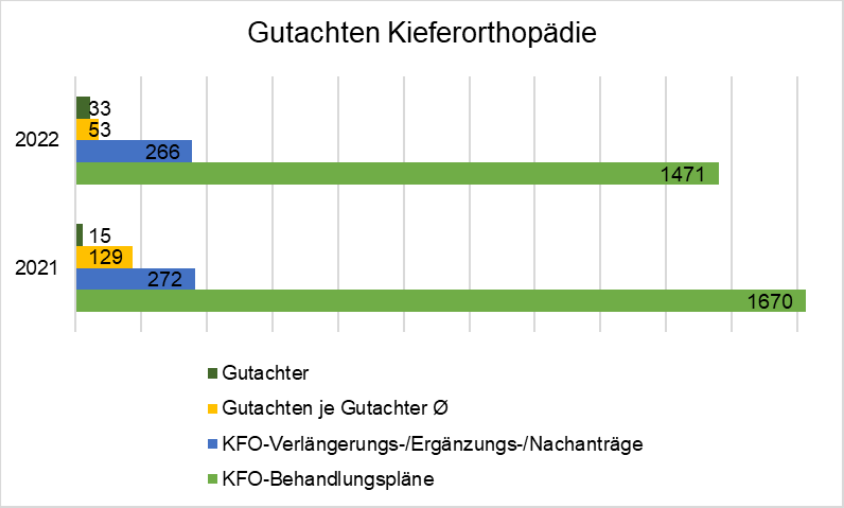
Die Abbildung 3 stellt die Obergutachten im Leistungsbereich ZE dar. Im Jahr 2022 sind insgesamt 27 Obergutachten von 5 Obergutachtern erstellt worden, davon waren 24 Planungsgutachten- und 3 Mängel-Obergutachten. Es wurden weniger Obergutachten in Anspruch genommen als im Vorjahr. Im Ergebnis sind 25,0 % der Planungs-Obergutachten befürwortet worden, bei jeweils 37,5 % der Pläne wurde teilweise bzw. nicht zugestimmt. Es wurden lediglich 3 Mängel-Obergutachten erstellt, wobei mit 33,3 % mehr ausgeführte prothetische Leistungen als fehlerfrei bewertet wurden als im Vorjahr.

[14] Quelle: Erhebung statistischer Eckdaten zum Gutachterwesen, KZBV, Berichtsjahr 2022, 22.05.2023

Gutachten KFO

Im Jahr 2022 wurden im Land Brandenburg für den Leistungsbereich KFO insgesamt 1737 Gutachten veranlasst und von 33 Gutachtern erstellt (Abbildung 4). Für die kieferorthopädischen Begutachtungen liegt eine Veränderungsrate von -10,6 % vor.

Abbildung 4: Gutachten Bereich KFO im Vorjahresvergleich



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

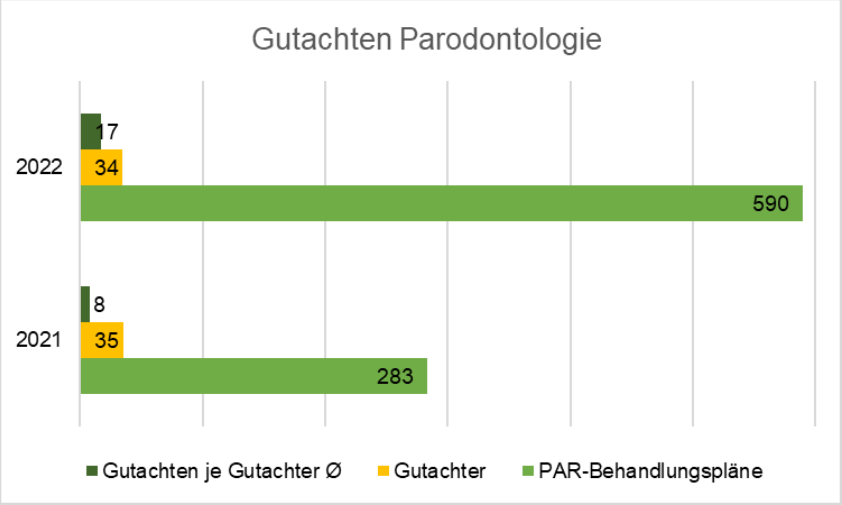
Bei den begutachteten KFO-Behandlungsplänen lag die Zustimmungsquote mit 57,6 % geringfügig unter der des Vorjahres. Die nicht befürworteten Pläne zeigten im Vorjahresvergleich mit 9,1 % kaum eine Veränderung, während bei den teilweise befürworteten Plänen ein moderater Anstieg (33,3 %) zu verzeichnen war.

Im Vergleich zum Vorjahr wurde mit 58,6 % mehr KFO-Verlängerungs-/Ergänzungs- und Nachanträgen zugestimmt. Der Anteil der nicht befürworteten Pläne nahm mit 10,2 % deutlich ab, während sich bei den teilweise befürworteten Plänen ein leichter Anstieg zeigte.

Gutachten PAR

Für den Leistungsbereich PAR wurden im Jahr 2022 insgesamt 590 Gutachten von 34 Gutachtern erstellt (Abbildung 5). Das entspricht einer Veränderungsrate von 108,5 % gegenüber dem Vorjahr. Die Zunahme lässt sich sowohl durch den Aufholprozess nach den Corona-Jahren, als auch durch die Umstellung auf die neue PAR-Strecke zum 01.07.2021 erklären.

Abbildung 5: Gutachten Bereich PAR im Vorjahresvergleich

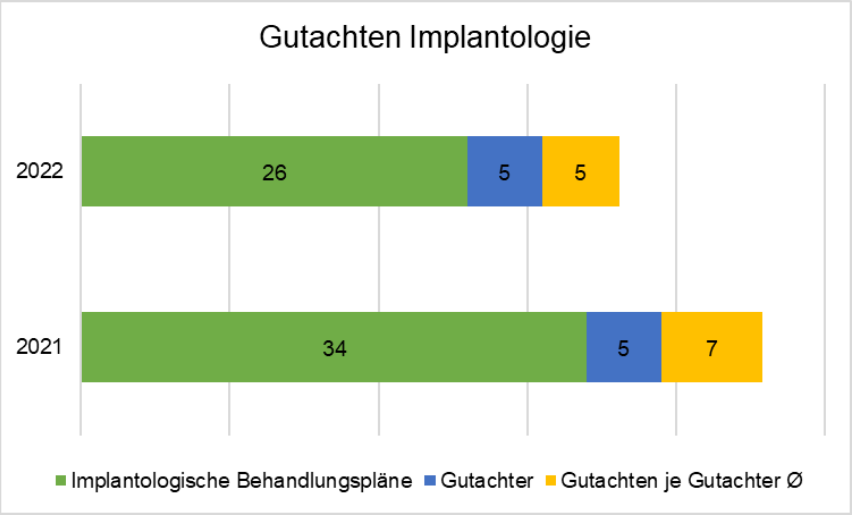


Die Ergebnisse der Begutachtungen zeigten mit 52,5 % geringfügig weniger Befürwortungen der geplanten Behandlungen als im Vorjahr. In 20,3 % der Fälle wurde den Behandlungen nicht zugestimmt, während bei den teilweise befürworteten Plänen mit 27,1 % ein moderater Anstieg zu verzeichnen war. Zu den PAR-Therapie-Ergänzungsplänen wurden für das Jahr 2022 keine Daten erfasst.

Gutachten Implantologie

Im Jahr 2022 wurden im Land Brandenburg für den Leistungsbereich Implantologie insgesamt 26 Gutachten veranlasst und von 5 Gutachtern erstellt (Abbildung 6). Für die implantologischen Begutachtungen liegt eine Veränderungsrate von -23,5 % vor.

Abbildung 6: Gutachten Bereich Implantologie im Vorjahresvergleich



Die Ergebnisse der implantologischen Begutachtungen stellen sich wie folgt dar:

Der Vorjahresvergleich zeigt, dass mit 65,4 % geringfügig weniger Behandlungsplänen zugestimmt wurde. Während 23,1 % der Fälle teilweise befürwortet wurden, war bei den nicht befürworteten Behandlungsplänen (11,5 %) ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

4.5 Gutachtertagungen

Die Vertragsgutachter des KZV-Bereichs Brandenburg werden auf regelmäßig von der KZVLB durchführten Gutachtertagungen über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung informiert. Die Gutachter werden dazu angehalten, der Qualität der begutachteten Versorgungen besondere Beachtung zu schenken.

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

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

ZE-Gutachtertagung

Im Berichtsjahr 2022 fand die Tagung am 28. September statt. Einleitend wurde über die Erfahrungen der in 2021 neu eingerichteten Qualitäts-Gutachterzirkel informiert. Des Weiteren wurde über das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und die daraus resultierenden Sparmaßnahmen in der vertragszahnärztlichen Versorgung berichtet. Im Anschluss an den Fachvortrag des Gastreferenten folgte im Rahmen der offenen Gesprächsrunde die Diskussion zu den eingereichten Fragen.

In der Regel werden im KZV-Bereich Brandenburg zweijährlich die ZE- und PAR-Gutachtertagung zusammen durchgeführt. Diese nächste gemeinsame Tagung ist für das Jahr 2023 geplant.

KFO-Gutachter-Erfahrungsaustausch

Für den Leistungsbereich Kieferorthopädie findet im Land Brandenburg jährlich ein KFO-Gutachter-Erfahrungsaustausch statt, im Berichtsjahr 2022 am 18. März. Neben der offenen Gesprächsrunde standen folgende Themen im Fokus des Erfahrungsaustausches:

- Einigung im Umgang mit KFO-Obergutachten
- Terminierung für den nächsten Qualitäts-Gutachterzirkel KFO
- Besprechung des Positionspapiers der DGKFO zur kieferorthopädischen Diagnostik

Im November 2022 fand zusätzlich eine KFO-Gutachtertagung der Nord-KZVen im Online-Format statt.

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-Grundsätze[15]

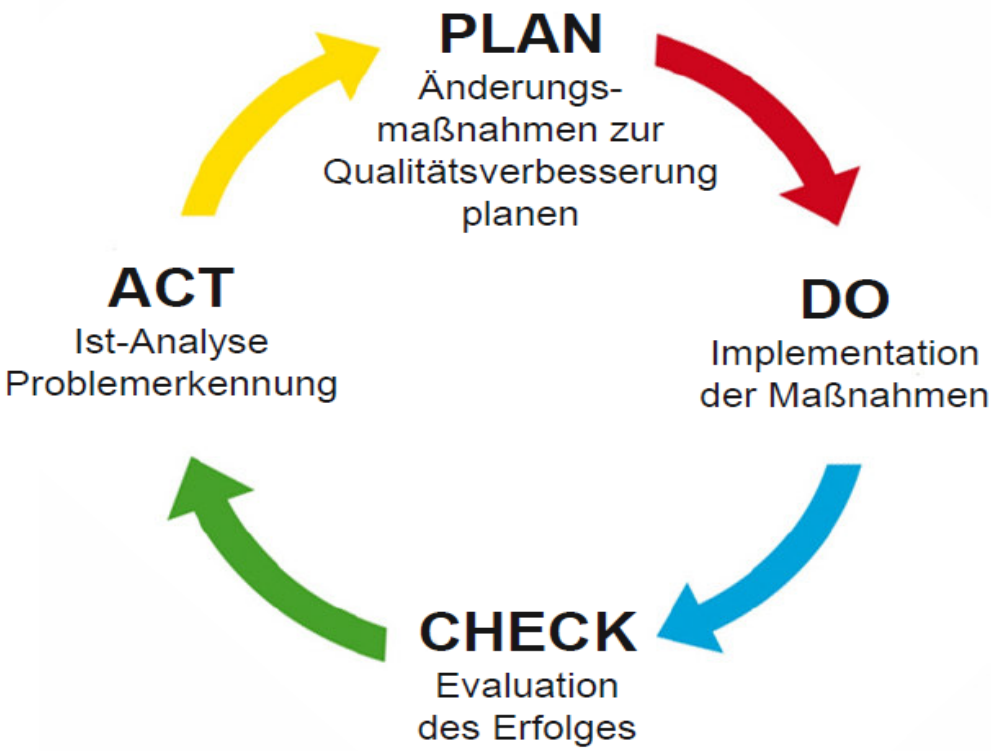
Das einrichtungsinterne QM stellt neben der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eine unverzichtbare Säule jeder Strategie zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen dar.

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, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement in seiner Praxis einzuführen und weiterzuentwickeln. Der G-BA hat dazu die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) – gültig ab 16.11.2016 – beschlossen, welche mit Wirkung zum 09.12.2020 geändert wurde.

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:



[15] Quelle 5.1-5.2: G-BA, QM-Richtlinie, 09.12.2020

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…“*[16]

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 (z. B. in Form von Tabellen oder Verfahrensanweisungen) von wesentlichen Prozessen der Patientenversorgung und Einrichtungsorganisation wie z. B. Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergaben, Datenschutz und Datensicherheit
  - regelmäßige Überprüfung und Anpassung bei Bedarf
  - für jeden in der Praxis leicht zugänglich und verständlich

[16] G-BA, QM-Richtlinie, 09.12.2020, Präambel, 2. Absatz

- Schnittstellenmanagement
  - standardisierte und strukturierte Übermittlung und Übertragung relevanter Informationen an Schnittstellen
  - 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 sind 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
  - Qualitätsziele sollten *smart* (**s**pezifisch, **m**essbar, **a**ktionsorientiert, **r**ealistisch, **t**erminiert) sein
  - Ergebnisse sollten dem Praxisteam zur Verfügung stehen

- 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 der Praxis wertvolle Informationen über die Patientenzufriedenheit und ggf. Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen

- Mitarbeiterbefragungen
  - regelmäßige, möglichst anonyme Befragungen um Informationen aus Mitarbeiterperspektive zu ermitteln
  - Befragung auf die Einrichtung abstimmen

- 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
  - dient dem Umgang mit potentiellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen
  - unter Berücksichtigung von Patienten- und Mitarbeiterperspektive erfolgt Identifizierung und Analyse aller Risiken in der Versorgung
- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme
  - verpflichtendes QM-Instrument
  - systematischer Umgang mit Fehlern ist Teil des Risikomanagements
  - Berichts- und Lernsystem, z. B. CIRS dent – Jeder Zahn zählt! (→ Kapitel 1.1.6) ist wesentlicher Bestandteil eines wirksamen Fehlermanagements

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

- Notfallmanagement
  - unumgänglich sind klare Regelungen zur Notfallerkennung und -versorgung sowie aktuelles Wissen des Praxisteams zu diesem Thema
  - regelmäßige Aktualisierung der entsprechenden Notfallausstattung und Notfallkompetenz
- Hygienemanagement
  - zur Verhütung, 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 sind z. B. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, umfassende Schutzkonzepte
  - Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, müssen sich gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch befassen.

5.3 QM im KZV-Bereich Brandenburg

Mit Änderung der QM-RL zum 09.12.2020 erfolgte eine Neuregelung des Stichprobenverfahrens. Die Stichprobengröße von bisher 2,5 % wurde auf 4 % erhöht, die Ziehung erfolgt nunmehr zweijährlich. Neu ist die Regelung, dass Praxen die in der Stichprobe enthalten waren, in der Folgeziehung aus der Grundgesamtheit ausgenommen werden.

Weiterhin wurde der Berichtsbogen neu ausgestaltet. Die QM-RL enthält nun einen aussagekräftigeren Berichtsbogen mit insgesamt 28 Fragestellungen. Es werden zu den einzelnen QM-Instrumenten detailliertere Angaben abgefragt, darüber hinaus können die Praxen einrichtungsspezifische Angaben machen. Der Berichtsbogen enthält unverändert eine Abfrage nach dem Bestehen der Einrichtung. Diese Differenzierung zwischen Praxisneugründungen und Praxen, die seit mehr als 3 Jahren bestehen, ist in der QM-RL vorgesehen, damit die Neupraxen in einer Übergangszeit von drei Jahren das praxisinterne QM einführen, überprüfen und weiterentwickeln können.

Die letzte Überprüfung des Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen QM erfolgte im Jahr 2021. Gemäß QM-RL (II der Anlage 2) wurden bei der repräsentativen Stichprobenziehung in Höhe von 4 % insgesamt 48 Zahnarztpraxen ermittelt. Die KZVLB forderte die zufällig ausgewählten Vertragszahnärzte zur Darlegung des Umsetzungsstandes auf. Dabei hatten die Zahnarztpraxen neben der herkömmlichen Papiervariante erstmals die Möglichkeit, einen digitalisierten Fragebogen zu bearbeiten.

Mehr als die Hälfte der befragten Praxen gaben an, den aktuellen Stand des QM in ihrer Praxis mit dem von der LZÄK Brandenburg angebotenen Zahnärztlichen Qualitäts-Management-System (ZQMS) zu erfassen. Damit steht den Praxen ein QM-Programm zur Verfügung, welches speziell auf die Bedürfnisse der Zahnarztpraxis abgestimmt ist.

Die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse des Jahres 2021 zeigte eine kontinuierliche Umsetzung der QM-Maßnahmen und deren Anwendungsbereiche sowie sehr hohe Qualitätsstandards, 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 2021 wurden in Erfüllung der Berichtspflicht an die KZBV zu Beginn des Jahres 2022 übermittelt. Die KZBV berichtet dem G-BA zweijährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen QM in den zahnärztlichen Praxen.

Im Jahr 2023 findet die nächste Stichprobenziehung zur Erhebung des Umsetzungsstandes von QM in den Zahnarztpraxen statt.

6. Qualitätsprüfung im Einzelfall

Die KZVen sind nach § 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 wurde die erste Qualitäts-Beurteilungsrichtlinie verabschiedet, die zum 01.07.2019 in Kraft getreten ist. Wesentliches Ziel der Qualitäts-Beurteilungsrichtlinie vertragszahnärztliche Versorgung Überkappung (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 der KZBV 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. In die Aufgabenfelder der Abteilung Qualität fallen u. a. die Qualitätsprüfung im Einzelfall, das Qualitätsmanagement sowie die Qualitätssicherung nach den Vorgaben der Richtlinien des G-BA für den vertrags-zahnärztlichen Sektor.

Die Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung 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 ist als Vertragszahnarzt tätig und berät die Abteilung Qualität in allen Qualitätsfragen. Weiterhin ist er berechtigt, an den Sitzungen der Qualitätsgremien beratend teilzunehmen. Darüber hinaus vertritt er die KZVLB u. a. im Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

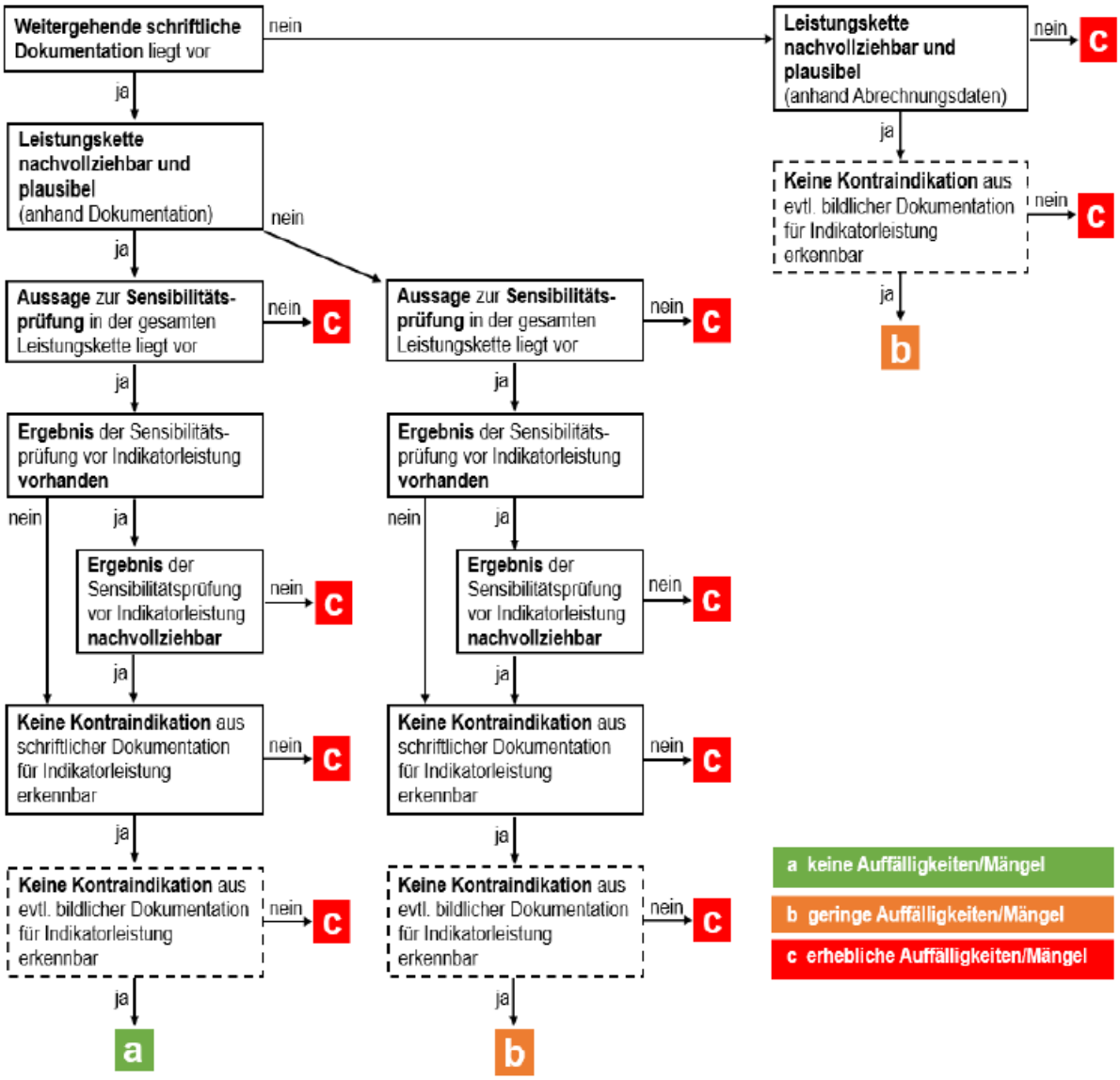
6.1 Dokumentationsprüfung

Die Vorbereitung und Organisation der Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung erfolgt durch eine bei der KZVLB angesiedelte Geschäftsstelle. Die Einhaltung der strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben nach § 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 stellt die in der Anlage 2 der QBÜ-RL-Z festgelegten Kriterien zur Bewertung der Behandlungsdokumentation dar.

Abbildung 7: 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. Die vierjährige Amtszeit endet im Jahr 2023. Für die kommende Amtsperiode wurden Interessenten geworben.

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 der Durchführung der Qualitätsprüfungen und Qualitätsbeurteilung 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

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. Diese Gesonderte Stelle pseudonymisiert sämtliche Behandlungsdokumentationen vor jeder Weiterleitung an die Qualitätsgremien vollständig. Eine Re-Pseudonymisierung erfolgt erst, nachdem die Qualitätsgremien ihre Beurteilung abgeschlossen haben.

6.4 Qualitätsprüfungen 2022

Zu Beginn des Berichtsjahres 2022 erfolgte die Durchführung der festgelegten Maßnahmen der mit B und C bewerteten Praxen aus der Qualitätsprüfung 2021. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Qualitätsprüfung 2021 in Erfüllung der Berichtspflicht gemäß § 6 QP-RL-Z an die KZBV übermittelt.

Die aktuelle Stichproben-Ziehung führte die Gesonderte Stelle der KZVLB im Mai 2022 nach den Kriterien der QBÜ-RL-Z durch. Dazu erfolgte in einem ersten Schritt zunächst die Ermittlung aller Vertragszahnarztpraxen, die im zu überprüfenden Zeitraum 2021 Leistungen bei der KZVLB abgerechnet haben, welche von der QBÜ-RL-Z erfasst sind. Dabei handelt es sich um Leistungen nach den BEMA-Nrn. 25 (indirekte Überkappung) und 26 (direkte Überkappung) = Indikatorleistungen, 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)

Anschließend sind aus diesem Pool mit insgesamt 293 Praxen 3 % der Vertragszahnarztpraxen per Zufallsgenerator ausgewählt worden, welche die vorgenannten Aufgreifkriterien bei mindestens zehn Patienten innerhalb des Prüfjahres 2021 abgerechnet haben. In einem weiteren Schritt wurden ebenfalls per Zufallsprinzip je gezogener Praxis jeweils zehn Patienten-/Behandlungsfälle ausgewählt. Im Ergebnis handelte es sich um 9 Praxen mit insgesamt 90 Behandlungsfällen.

Darüber hinaus fielen erstmalig Wiederholungsprüfungen der Praxen an, die im Jahr 2020 bei der Qualitätsprüfung mit dem Ergebnis C bewertet wurden. Von diesen fünf Praxen haben zwei im Jahr 2021 nur ein bzw. drei Behandlungsfälle gemäß der QBÜ-RL-Z abgerechnet, sodass eine repräsentative Aussage nicht möglich war. Beide Praxen sind für die Wiederholungsprüfung im Jahr 2023 zurückgestellt worden. Die drei anderen Wiederholer-Praxen hatten 26 Behandlungsfälle. Insgesamt wurden somit 12 Praxen mit 116 Behandlungsfällen für die Qualitätsprüfung 2022 ausgewählt.

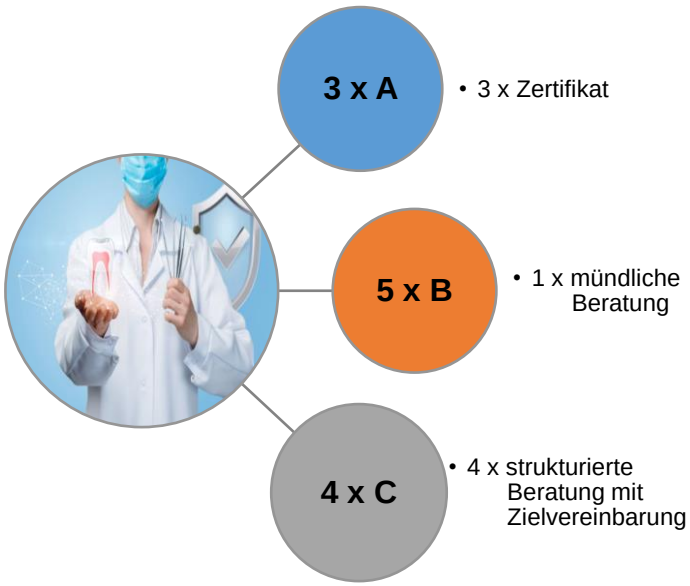
Diese Praxen wurden zur Herreichung der Behandlungsdokumentationen schriftlich aufgefordert. Nach Eingang der Dokumentationen erfolgte durch die Gesonderte Stelle die vollständige Pseudonymisierung aller Zahnarzt- und Versichertendaten. Im Anschluss wurde die Vollständigkeit und Plausibilität der eingereichten mit den angeforderten Dokumentationen anhand der vorhandenen Abrechnungsdaten durchgeführt (Validierung). Weiterhin wurden Prüfakten 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 mit folgenden Ergebnissen vorzunehmen:

- Bewertung A (keine Auffälligkeiten): 3 Praxen
- Bewertung B (geringe Auffälligkeiten): 5 Praxen
- Bewertung C (erhebliche Auffälligkeiten): 4 Praxen

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 Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen 2022 und die von der KZVLB festgelegten Maßnahmen.

Abbildung 8: Überblick der Ergebnisse und Maßnahmen Qualitätsprüfungen 2022[17]



[17] Bildquelle: © natali_mis Adobe Stock

In der nachfolgenden Abbildung wird der prozentuale Anteil der Gesamt- und Einzelbewertungen dargestellt.

Abbildung 9: Gegenüberstellung Gesamt- und Einzelbewertungen der Qualitätsprüfungen 2022

Dabei ist festzustellen, dass die prozentualen Anteile in den Gesamtbewertungen erkennbar von den Einzelbewertungen abweichen. So liegt der Anteil an der Gesamtbewertung von C bei 33,0 %. Der Anteil an Einzelbewertungen in c hingegen bei rd. 19,8 %. Eine wesentliche größere Abweichung ist bei der Bewertung A mit 25,0 % und a mit rd. 75,9 % zu verzeichnen. Dies ist im Berechnungsschema für die Gesamtbewertung begründet. Danach erhält z. B. eine Praxis mit 9 Einzelbewertungen in a und 1x in c eine Gesamtbewertung in B. Bei 10 Einzelbewertungen in b erhält die Praxis eine Gesamtbewertung in C.

Mit Bescheiderstellung sind die Praxen über die festgelegten Maßnahmen informiert worden. Gegen die Bescheide wurden keine Widersprüche durch die betroffenen Vertragszahnarztpraxen eingelegt. Die Durchführung der festgelegten Maßnahmen sowie die Berichterstattung an die KZBV werden im 1. Quartal 2023 erfolgen.

6.5 Fortbildungsveranstaltungen zur Qualitätsprüfung

Die Abteilung Qualität hat im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach der QBÜ-RL-Z im Jahr 2019 die Veranstaltungsreihe zum Thema „Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in der vertragszahnärztlichen Versorgung“ gestartet. Zur Verdeutlichung der Bedeutung der Dokumentation im Hinblick auf die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen wurde diese Schulungsreihe im Berichtsjahr 2022 fortgeführt.

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 2023

Nach den Erfahrungen der Qualitätsprüfungen im Jahr 2022 werden im Hinblick auf die eingereichten Behandlungsdokumentationen die Fortbildungen zu den Anforderungen an die zahnärztliche Dokumentation bezogen auf die Qualitätsprüfung fortgesetzt werden.

Die vierjährige Amtszeit der Mitglieder und Stellvertreter der Qualitätsgremien endet im Jahr 2023. Für die kommende Amtsperiode 2023-2027 werden fachlich sowie persönlich für die Tätigkeit geeignete Vertragszahnärzte ausgewählt und durch den Vorstand der KZVLB bestellt. Für das erste Halbjahr 2023 ist eine Schulung der neuen Mitglieder und Stellvertreter geplant.

Im Jahr 2023 finden die Wiederholungsprüfungen der Vertragszahnarztpraxen statt, die im Jahr 2021 die Bewertung C erhalten haben.

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-Richtlinie bündelt bestehende datengestützte Verfahren zur sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Die DeQS-Richtlinie 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-Richtlinie 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, Landeskrankenhausgesellschaft (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 Landeszahnärztekammern 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).

Sektorenübergreifende Qualitätssicherungs-Verfahren (QS-Verfahren) bezogen sich im Erfassungsjahr 2022 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 Landearbeitsgemeinschaft 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 Landearbeitsgemeinschaft 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 (e. V.) betrieben.

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.

Bis zum 31.12.2022 war die Geschäftsstelle der LAG bei der Landesärztekammer Brandenburg angesiedelt. Seit dem 01.01.2023 wird die Geschäftsstelle als Eigenbetrieb der LAG mit Sitz in Potsdam betrieben.

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

Seit dem Jahr 2013 regelt ein neuer Verteilungsmaßstab im Bereich der KZVLB die Verteilung der Vergütung der erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen. Die Vertreterversammlung der KZVLB hat im Jahr 2020 eine neue Fassung beschlossen, welche ab dem 1. Quartal 2020 gültig ist.

Der Verteilungsmaßstab stellt sicher, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird und eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit als Vertragszahnarzt verhindert wird. Dabei werden alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Anspruchsberechtigen 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

Bis zu einem vom Vorstand der KZV 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 insofern durch die Zahl der Behandler geteilt, wobei die Zahl der Behandler wie folgt erhöht wird:

- Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten in Vollzeit um 0,25
- Halbtagsbeschäftigung um 0,125

Bei Angestellten ist die Erhöhung der Anzahl der Behandler abhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit. Die Anzahl der Behandler erhöht sich je nach wöchentlicher Arbeitszeit entsprechend der im Verteilungsmaßstab festgelegten Faktoren.

Der Vorstand der KZV überprüft regelmäßig die Entwicklungen der Abrechnungen des Vorjahres des abgelaufenen Kalenderjahres, insbesondere mit den durchschnittlich abgerechneten Punktwerten der im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen (Zahnärzte, Oralchirurgen, und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen) und legt nach Erörterung im Beratungsausschuss ggf. einen neuen Grenzwert fest.

Die Prüfung für das Jahr 2021 hat keine gravierenden Veränderungen für die im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen im Vergleich zu den Vorjahren ergeben. Insofern behalten die nachfolgenden Grenzwerte für das Jahr 2022 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. Ergänzende Maßnahmen

9.1 Interne Maßnahmen der KZV Land Brandenburg

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

Abgesehen davon ist in der Gemeinsamen Prüfvereinbarung das Beratungsverfahren der KZVLB in § 7 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 berät die Prüfungsstelle gemäß § 8 der Prüfvereinbarung Vertragszahnärzte, die sich im Land Brandenburg neu niedergelassen haben, in Fragen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und -abrechnung. Gegenstand der Beratung ist die Konservierend-chirurgische (KCH) Abrechnung des ersten vollständig abgerechneten Quartals.

9.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V

Das Inkrafttreten des TSVG zum 11.05.2019 machte Änderungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung und nachfolgend auch für die im Land Brandenburg geltende Gemeinsame Prüfvereinbarung notwendig. Die Zufälligkeitsprüfung wurde abgeschafft und durch eine Prüfung auf begründeten Antrag seitens einer oder mehrerer Krankenkassen oder durch die KZV ersetzt. Bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde die bisher vierjährige Ausschlussfrist auf zwei Jahre verkürzt, wodurch die Praxen mehr Planungssicherheit bekommen.

Die Grundlage für eine neue Prüfvereinbarung bildeten die von der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Jahr 2020 vereinbarten Rahmenempfehlungen. Die neue Gemeinsame Prüfvereinbarung im Land Brandenburg ist am 01.01.2021 in Kraft getreten und löste damit die Vereinbarung vom 20.05.2014 ab.

Ab dem Quartal 1/2021 wurden die Abrechnungsdaten entsprechend der neuen Vereinbarung geprüft, für davor abgerechnete Leistungen galt weiterhin die Gemeinsame Prüfvereinbarung vom 20.05.2014 in Verbindung mit der Übergangsregelung.

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

<u>Wirtschaftlichkeitsprüfung für Leistungen nach BEMA-Teil 1</u>

§ 12 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 § 14 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

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

Prüfungsgegenstand sind in der Regel Stichproben der Behandlungsfälle der letzten vier abgerechneten Quartale der betroffenen Zahnärzte. Die Prüfung erfolgt pro Zahnarzt auf der Grundlage von nicht mehr als 10 v. H. der Fälle von BEMA-Teil 1. Diesen Fällen sind die dazugehörigen Leistungen aus den BEMA-Teilen 2 und 4 im Rahmen der Gesamtbetrachtung hinzuzufügen. Grundsätzlich wird die Stichprobenprüfung im Rahmen einer Einzelfallprüfung bzw. repräsentativen Einzelfallprüfung durchgeführt. Bei mangelnder Mitwirkung bzw. unzureichender Dokumentation ist ein Wechsel der Prüfmethode möglich. In diesem Fall hat die Prüfungsstelle Anspruch auf Übermittlung des Leistungsspiegels.

Honorarkürzungen sind auf das die Stichprobenziehung betreffende Abrechnungsquartal nach BEMA-Teil 1 beschränkt.

Prüfmethoden

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

Abbildung 10: Prüfmethoden gemäß § 18 der Prüfvereinbarung

Einzelfallprüfung (EFP)
- strenge EFP
- eingeschränkte EFP

Repräsentative EFP mit Hochrechnung
- strenge repräsentative EFP mit Hochrechnung
- eingeschränkte repräsentative EFP mit Hochrechnung

Statistische Vergleichsprüfung (Durchschnittsprüfung)
- mit ergänzender EFP (intellektuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Reine Durchschnittsprüfung
- bei wiederholt gleichen Abrechnungsauffälligkeiten (stereotype Abrechnung)

Werden im Zuge der Prüfung Aspekte festgestellt, die über die originären Inhalte der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgehen, so 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 V

Die KZVLB und die Krankenkassen führen die Plausibilitätsprüfungen nach § 106d SGB V entsprechend den Vorgaben der Richtlinien der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen (in Kraft getreten am 01.07.2008) durch.

Gemäß § 2 der KZBV-Richtlinie sind die KZVen für die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen zuständig. Demgemäß erfolgte der Abschluss der regionalen „Vereinbarung zum Inhalt und zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung“ zwischen der KZV Land Brandenburg und den Krankenkassen des Landes Brandenburg am 20.05.2014. Die Vereinbarung trat mit Wirkung zum 01.07.2014 in Kraft.

In einem ersten Schritt überprüft die KZVLB die Abrechnungen auf Auffälligkeiten hin, die eine weitere Prüfung auf Plausibilität veranlassen können. Hierzu zählen insbesondere:

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

Die Plausibilitätsprüfung stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben der sachlich-rechnerischen Prüfung oder der Wirtschaftlichkeitsprüfung (→ Kapitel 9.2) dar, sondern 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 Prüfung der Plausibilität durch die KZVLB erfolgt quartalsweise, sie fand erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal II/2013. Die im Berichtsjahr 2022 durchgeführten Plausibilitätsprüfungen führten bei den nachfolgend aufgeführten Prüfinhalten zusammengefasst zu folgenden Ergebnissen.

<u>Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen</u>

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 2022 wurden bei 91 Praxen ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen über einen Zeitraum von vier Quartalen festgestellt. Die festgestellten Auffälligkeiten wurden zum Teil einer weiteren Überprüfung unterzogen. Es wurden schriftliche Stellungnahmen angefordert oder telefonische Rückfragen geführt. Nach Auswertung der Überprüfungen standen folgende Erklärungen im direkten Zusammenhang mit einer ungewöhnlichen Fallzahlsteigerung im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Vorjahres:

- Aufnahme eines zusätzlichen Behandlers in die Praxis
- abweichendes Leistungsquartal: Abrechnung bei einer Praxis aufgrund interner Umstände erst zwei Quartale später
- niedrigere Fallzahlen im Vorjahresquartal durch außergewöhnliche/vom Zahnarzt nicht verschuldete Gründe, z. B. Krankheit, Urlaub, höhere Gewalt (Wasserschaden)
- niedrigere Fallzahlen im Vorjahresquartal 2/2020 durch Corona-Pandemie
- Umwandlung einer Teil- in Vollzulassung bei einer Praxis

Im Ergebnis der Überprüfungen konnten die ungewöhnlichen Fallzahlsteigerungen bei allen Praxen plausibel begründet werden.

<u>Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren</u>

Ein ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren kann gegeben sein, wenn sich der Anteil der auf diese Weise abgerechneten KCH-Fälle einschließlich des geprüften Quartals in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen auf mehr als 5 % beläuft.

Gemäß § 5 der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) 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[18]

Im Berichtsjahr 2022 ergab die Überprüfung des Abrechnens über das Ersatzverfahren bei insgesamt 239 Praxen über einen Zeitraum von vier Quartalen Auffälligkeiten. 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 eingelesen werden konnte.

Bei den Praxen mit den prozentualen meisten Auffälligkeiten erfolgte eine Nachfrage, aufgrund welcher technischen Gründe das Ersatzverfahren zur Anwendung kam. Es wurden folgende Angaben gemacht:

- Ausfall/Defekt des Kartenlesegerätes
- falsche Konfiguration des Konnektors
- technische Probleme mit dem stationären Kartenterminal

Ungewöhnlich hohe Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften

Eine erhöhte Patientenidentität ist gegeben, wenn Patienten in mindestens zwei Praxen der Praxisgemeinschaft im selben Quartal behandelt wurden und sich die Zahl der identischen KCH-Fälle in dem geprüften Quartal auf mindestens 10 % der KCH-Gesamtfallzahl beläuft. Die Daten der Partnerpraxis wurden dann ebenfalls ermittelt. Im Berichtsjahr 2022 wurden insgesamt sechs Quartale mit folgendem Ergebnis überprüft:

geprüftes Quartal	Anzahl auffälliger Praxisgemeinschaften
1/2021	3
2/2021	4
3/2021	3
4/2021	1
1/2022	1
2/2022	1

Die Auswertungen der Ergebnisse haben ergeben, dass bei einer Praxisgemeinschaft durchgehend in jedem Quartal Patientenidentitäten nachzuweisen waren. Sie zeigte bereits in mehreren Vorquartalen Auffälligkeiten, in deren Folge ein Beratungsgespräch und eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durchgeführt wurden. Es konnte jedoch keine Änderung des Abrechnungsverhaltens festgestellt werden. Aufgrund dessen wird die Praxisgemeinschaft erneut um Stellungnahme gebeten werden, eine nochmalige sachlich-rechnerische Richtigstellung wird in Betracht gezogen.

Für eine weitere Praxisgemeinschaft mit auffälligen Patientenidentitäten im 1. Quartal 2021, ist als Maßnahme eine telefonische Beratung festgelegt worden. Weiterhin zeigte eine Praxisgemeinschaft in den Quartalen 1/2021 und 2/2021 Auffälligkeiten, die daraufhin einer Beobachtung unterzogen wurde. Bei einer anderen Praxisgemeinschaft, die im 2. Quartal 2021 auffällig wurde, endete deren Zulassung zum 31.03.2022, sodass keine weiteren Maßnahmen erfolgten.

[18] Quelle: Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z), Anlage 10, Stand 01.01.2023

Eine Praxisgemeinschaft, die im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen der Vorjahre bereits mehrfach auffällig war, zeigte erneut auffällige Patientenidentitäten im 2. Quartal 2021. In der Vergangenheit sind bereits ein Beratungsgespräch und eine sachlich-rechnerische Richtigstellung sowie eine Übergabe zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt. Die Praxis hat ihr Abrechnungsverhalten dennoch nicht geändert. Da die Zulassung als Praxisgemeinschaft zum 01.01.2022 endete und die zahnärztliche Tätigkeit in Form von zwei Einzelpraxen weitergeführt wird, erfolgten keine weiteren Maßnahmen.

Bei zwei weiteren Praxisgemeinschaften mit auffälligen Patientenidentitäten im 3. Quartal 2021 wurde entschieden, dass ebenfalls keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind.

Gemäß den Richtlinien der KZBV ist in § 2 Abs. 1 und 2 der „Vereinbarung zum Inhalt und zur Durchführung der 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.

So werden Praxen, für die von Krankenkassen immer wieder gleiche oder ähnliche sachlich-rechnerische Berichtigungsanträge gestellt wurden, von jeher zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsbestimmungen angehalten. In der KZVLB wurden bereits interne Maßnahmen betrieben, bevor der Gesetzgeber diese mit der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V vorgegeben hat.

Mit Inkrafttreten des TSVG zum 11.05.2019 ergeben sich Änderungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die bisher vierjährigen Ausschlussfristen werden auch im Rahmen der Plausibilitätsprüfung auf zwei Jahre verkürzt.

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.

Für ältere Menschen ergeben sich besondere Anforderungen in der zahnmedizinischen Versorgung. Insbesondere Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen haben einen erhöhten zahnmedizinischen Behandlungs- und Präventionsbedarf. Bei diesem Personenkreis bestehen erhebliche Versorgungslücken.

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.[19]

10.1 Leistungen gemäß § 87 Abs. 2i SGB V

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

Durch die Einführung der neuen Richtlinie nach § 22a SGB V (Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen → Kapitel 10.3) wurde zum 01.07.2018 der Ansatz weiterer Zuschläge – Nr. 173 a und b – möglich.

Somit stehen seit dem 01.07.2018 folgenden Gebührenpositionen für die aufsuchende Betreuung ohne Kooperationsvertrag zur Verfügung:

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	*Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach den Nrn. 151 und 152, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII[20] erhalten*	
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

[19] Quelle: KZBV Jahrbuch 2022

[20] Eingliederungshilfe bis 31.12.2019 in § 53 SGB XII geregelt, ab 01.01.2020 § 99 SGB IX

153	*Besuch in einer Einrichtung zu zuvor vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschl. Beratung und eingehender Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht*	
153a	Besuch eines Versicherten	30
153b	Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 153a	26
173	*Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach Nr. 153, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII[21] erhalten*	
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

§ 5 des Verteilungsmaßstabs der KZVLB regelt u. a., 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, beinhalten die BEMA-Positionen nach § 87 Abs. 2j SGB V erstmals auch konkrete vertragszahnärztliche Leistungen speziell für den Besuch von Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

Für die vertragszahnärztliche Betreuung von Patienten im Rahmen von Kooperationsverträgen wurden bereits zum 01.04.2014 neue BEMA-Positionen geschaffen.

Aufgrund der Einführung der Richtlinie nach § 22a SGB V (→ Kapitel 10.3) wurden die Gebührenpositionen zur aufsuchenden Betreuung neustrukturiert. Im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V sind demnach ab 01.07.2018 folgende Gebührenpositionen gültig:

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 (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 154	26
172	*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*	
172a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 154	40

[21] Eingliederungshilfe bis 31.12.2019 in § 53 SGB XII geregelt, ab 01.01.2020 § 99 SGB IX

172b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 155, je weiteren Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 172a	32

Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V zwischen Vertragszahnarzt und stationärer Pflegeeinrichtung. Die abgeschlossenen Verträge sind der zuständigen KZV vorzulegen.

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.

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 Schaffung des § 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 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 in der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX leistungsberechtigt sind.

Die in dieser Richtlinie verankerten Leistungen wurden zunächst durch Schaffung folgender neuer BEMA-Gebührenpositionen umgesetzt:

174	*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 § 53 SGB XII erhalten*[22]	
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 § 53 SGB XII[23] erhalten	16

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

Über die Aufnahme weiterer Leistungen wird in einem zweiten Schritt im G-BA beraten werden.

[22] Eingliederungshilfe bis 31.12.2019 in § 53 SGB XII geregelt, ab 01.01.2020 § 99 SGB IX

[23] siehe Nr. 22

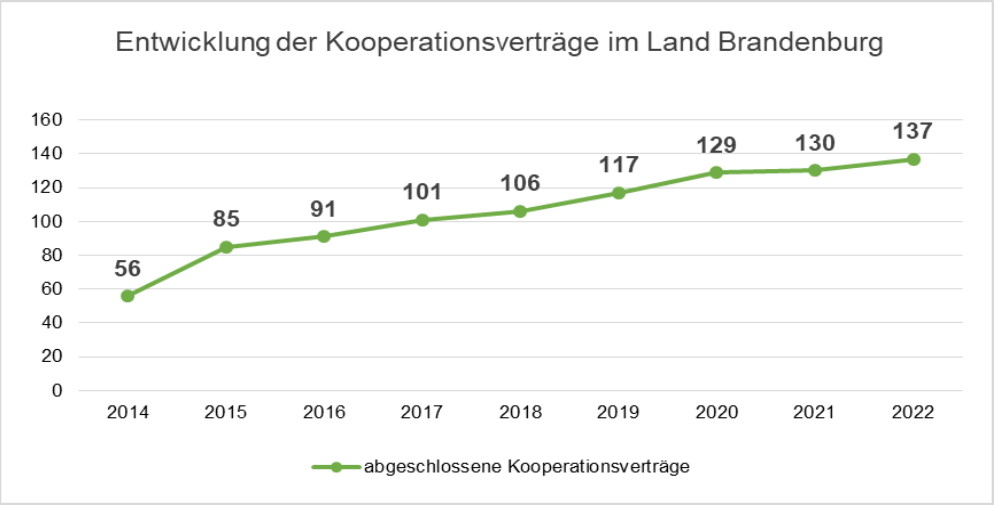
10.4 Kooperationsverträge gemäß § 119b SGB V

Seit dem 01.04.2014 haben Vertragszahnärzte bzw. Berufsausübungsgemeinschaften die Möglichkeit, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V mit stationären Pflegeinrichtungen abzuschließen, die ihnen eine systematische Betreuung vor Ort ermöglichen. Dabei können Verträge mit mehreren stationären Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden. Ziel dieser Vereinbarungen sind nach der Gesetzesbegründung die Verbesserung der ambulanten (zahn-)ärztlichen Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen, der Abbau von Schnittstellenproblemen und die Einsparung unnötiger Transport- und Krankenhauskosten.

Gemäß der aktuellsten Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2022 lag die Zahl der Pflegeheime in Deutschland bei 16.115[24]. Bei einer Zahl von 6180 Kooperationsverträgen[25] ergibt sich ein Abdeckungsgrad von über 38 %, d. h. durchschnittlich besteht in mehr als jedem dritten Pflegeheim bereits eine Kooperation nach § 119b SGB V, wenn davon ausgegangen wird, dass je Pflegeheim nur eine Kooperationsvereinbarung geschlossen wird.

Mit Stand 31.12.2022 lagen der KZVLB 137 Kooperationsverträge von 81 zahnärztlichen Kooperationspartnern mit 133 verschiedenen Pflegeheimen von insgesamt 628[26] Pflegeheimen vor. Bei immer mehr Pflegeeinrichtungen im Bundesland Brandenburg zeigt sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ein Abdeckungsgrad von rd. 22 %. Damit besteht durchschnittlich mit mehr als jedem fünften Heim eine Kooperation.

Abbildung 11: Entwicklung der Kooperationsverträge im Land Brandenburg



Die in der Abbildung 11 dargestellten jährlich steigenden Zahlen der abgeschlossenen Verträge bestärken den Vorstand, die Gespräche mit den Trägern der stationären Pflegeeinrichtungen und den Vertragszahnärzten weiter zu intensivieren. Aus diesem Grund wurde bereits im Jahr 2014 eine Arbeitsgruppe „Kooperationsverträge nach § 119b SGB V“ gegründet, die neben Vertretern des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste, der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, der Vertreterin der LZÄK Brandenburg sowie dem Vorstand und dem Justitiariat der KZVLB auch Vertreter der brandenburgischen Vertragszahnärzte zu ihren Mitgliedern zählt.

Im Barmer Pflegereport 2018 wurde die Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Therapieleistungen durch Pflegebedürftige untersucht. Bei der bundesweiten Erhebung wurde nach dem Jahr 2014 allgemein eine sprunghafte Zunahme der Leistungen für aufsuchende Betreuung ohne Inanspruchnahme weiterer Therapieleistungen festgestellt. Es zeigte sich aber auch, dass das bundesweite Ergebnis regional betrachtet sehr differenziert ausfällt. So war im Land Brandenburg weder ein alleiniger Anstieg der Fallzahlen für die Zuschläge, noch

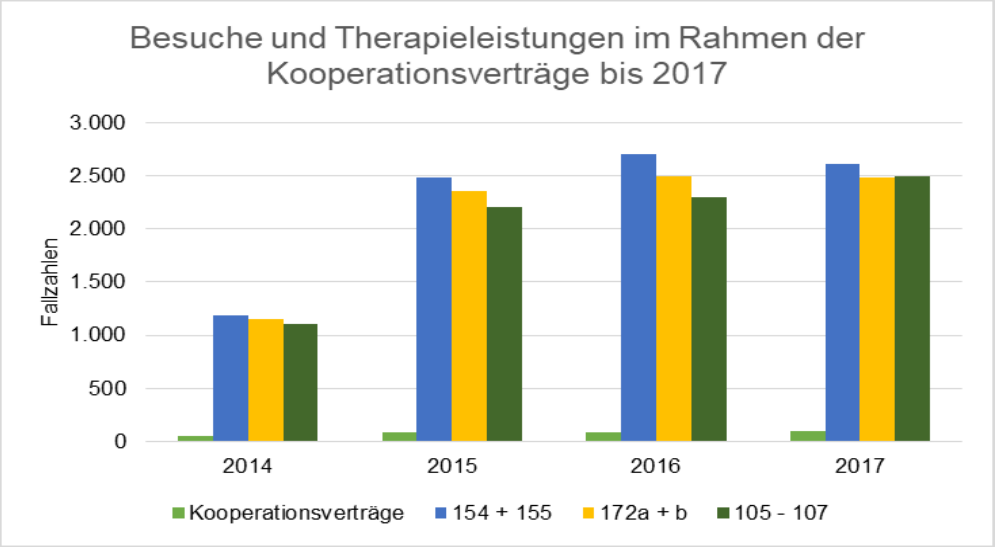
[24] Quelle: Pflegestatistik 2021, Statistisches Bundesamt (Destatis) 21.12.2022

[25] Quelle: Daten & Fakten 2023/BZÄK/KZBV

[26] Quelle: Statistischer Bericht K VIII 1 - 2j/ 21, Pflegeeinrichtungen Land Brandenburg 2021, Amt für Statistik Berlin Brandenburg, Oktober 2022

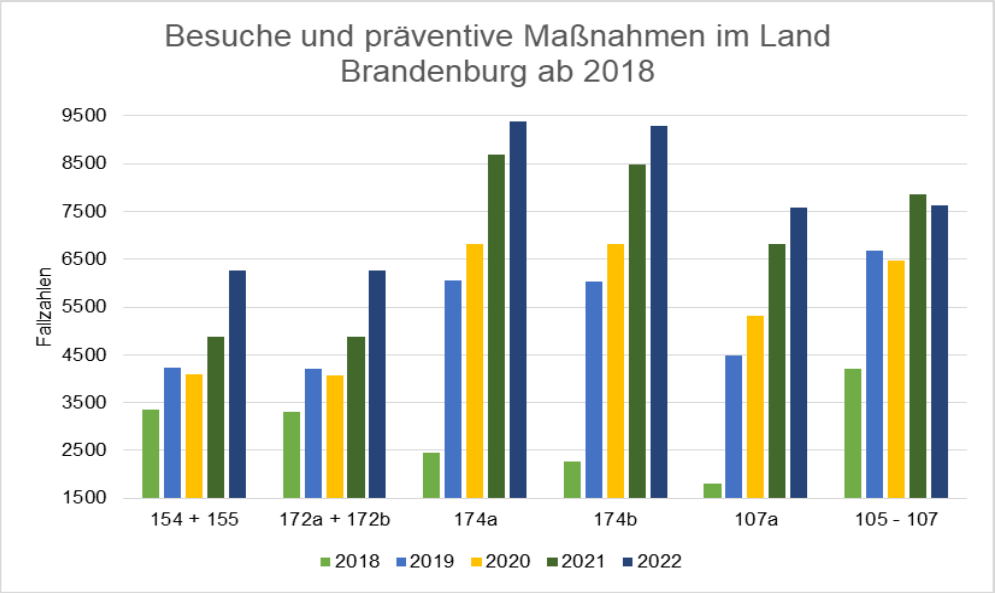
ein signifikanter Anstieg der Begleitleistungen nach den BEMA-Nrn. 105 bis 107, die im Rahmen der aufsuchenden Betreuung erbracht wurden, zu verzeichnen. Diese parallele Entwicklung der Gebührenpositionen im Land Brandenburg ist in der folgenden Abbildung (Abbildung 12) dargestellt.

Abbildung 12: Besuche und Therapieleistungen im Rahmen der Kooperationsverträge bis 2017



Mit Einführung der Versorgungsmöglichkeit der präventiven zahnärztlichen Leistungen nach § 22a SGB V (→ Kapitel 10.3) zeigt sich ab dem Jahr 2018, bei weiterhin stetig steigender Zahl der Kooperationsverträge, eine veränderte Entwicklung der Therapieleistungen im Zusammenhang mit der aufsuchenden Betreuung im Rahmen der Kooperationsverträge (Abbildung 13). Dies ist im Leistungsumfang der Richtlinie begründet.

Abbildung 13: Präventive Maßnahmen im Rahmen der Kooperationsverträge ab 2018



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. In der Abbildung 12 wird die Notwendigkeit der Aufklärung und Anleitung zur Mundgesundheit gemäß den BEMA-Nrn. 174a+b sowie der Zahnsteinentfernung nach BEMA-Nr. 107a bei dieser Patientengruppe deutlich. Der in der Abbildung erkennbare Fallzahlanstieg dieser

Leistungen im Jahr 2019 lässt sich darauf zurückführen, dass die Leistungserbringung in Jahr 2018 erst ab dem zweiten Kalenderhalbjahr möglich war.

Im Jahr 2020 ist ein Corona-bedingter Rückgang der Besuchsleistungen und den dazugehörigen Zuschlägen zu verzeichnen, da zahnmedizinische Behandlungen in Pflegeheimen zum Schutz der vulnerablen Gruppen in dieser Zeit nur eingeschränkt oder gar nicht möglich waren. 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 zu in den Jahren 2021 und 2022 zu einem Fallzahlanstieg. Nicht zuletzt ist ein stetiger Anstieg der Besuche zu erkennen, die auf die wachsende Zahl der Kooperationserträge und der Kooperationspartner zurückzuführen ist.

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

Selbst bei Erreichung dieses Zieles wäre nicht von einem entsprechenden Anstieg der Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen auszugehen, da aufgrund der räumlichen und hygienischen Bedingungen in den meisten Pflegeeinrichtungen nur in sehr begrenztem Umfang vertragszahnärztliche Leistungen erbracht werden können. Ein wesentlicher Teil der Tätigkeit der Behandler in den Heimen wird vielmehr auf die zahnärztliche Betreuung der Versicherten entfallen, die u. a. die Unterweisung des Pflegepersonals in der Reinigung und Pflege des vorhandenen, zum Teil sehr hochwertigen Zahnersatzes, und die Vermeidung von Folgeerkrankungen durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen umfasst.

So leistet die Zahnärzteschaft bei vergleichsweise geringen Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen einen wesentlichen Beitrag für die Erhaltung und ggf. sogar Steigerung der Lebensqualität der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen.

Aus zahnärztlicher Sicht hat der Gesetzgeber trotz der zum Teil noch nicht ausreichenden Maßnahmen mit der Einführung des § 87 Abs. 2i und 2j SGB V erste Grundlagen geschaffen, mit denen mit vergleichsweise geringem finanziellen Aufwand der Krankenkassen eine ebenso notwendige wie sinnvolle Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Im Gegensatz zu den bereits bestehenden gesetzlichen Qualitätsanforderungen z. B. zur Hygiene, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung steht hier die zahnärztliche Betreuung im Vordergrund.

Nunmehr wurden der Zahnärzteschaft erste Instrumente in die Hand gegeben, mit denen die häufig geforderte Verbesserung der Qualität der Versorgung zumindest in einem Teilbereich wirksam praktisch umgesetzt werden kann. An dieser Stelle ist nochmals zu betonen, dass die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen auf Initiative der Zahnärzteschaft in das SGB V aufgenommen wurden.

11. Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätsförderung

Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2003 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl von Vorgaben geschaffen, zu denen in den Gesetzesbegründungen auf die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsförderung abgestellt wird. Insbesondere ist hier die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V zu nennen.

11.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V

Gemäß § 95d SGB V müssen Vertragszahnärzte – erstmals zum 30. Juni 2009 – alle fünf Jahre nachweisen, dass sie sich in dem Umfang fachlich fortgebildet haben, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertrags(zahn)ärztlichen 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 13 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.

Die Überprüfung des 2. Fünf-Jahres-Zeitraumes hat ergeben, dass es vom 01.07.2009 bis 30.06.2014 zu keiner Fortbildungspflichtverletzung kam.

Nach Ablauf der Frist zum 30.06.2019 hat die Auswertung ergeben, dass es im 3. Fünf-Jahres-Zeitraum bei 11 Vertragszahnärzten zu Fortbildungspflichtverletzungen gemäß § 95d SGB V kam. 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.

Im derzeit laufenden Fortbildungszeitraum 01.07.2019 bis 30.06.2024 war die Erbringung der Fortbildungsnachweise Corona-bedingt durch Absagen von Präsenz-Fortbildungsveranstaltungen erschwert. Aufgrund dessen hat das Bundesministerium für Gesundheit für die Jahre 2020 und 2021 einer Fristverlängerung für die Erbringung der Fortbildungsnachweise nach § 95d Abs. 3 Satz 1 SGB V zugestimmt.

Die gesetzliche Vorgabe 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. Vor dem Hintergrund des fortbestehenden Pandemiegeschehens wurden auch im Berichtsjahr 2022 die im Online-Format angebotenen Fortbildungen (→ Kapitel 3)

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

zahlreich genutzt. Darüber hinaus bietet die KZVLB den Vertragszahnärzten die Möglichkeit des e-learning. Im Zahnärzteblatt Brandenburg werden dazu regelmäßig Fortbildungsbeiträge veröffentlicht. Nach erfolgreicher Beantwortung der Fragen zum Beitrag werden den Vertragszahnärzten zwei Fortbildungspunkte erteilt. Diese Form der Fortbildung haben im Jahr 2022 insgesamt 65 Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte genutzt.

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

11.2 Datenschutz

Die Einhaltung aller einschlägigen Datenschutzbestimmungen, besonders im Verantwortungsbereich der Abteilung Qualität, sind dem Behördlichen Datenschutzbeauftragten (BDSB) und seinem Datenschutzkoordinierungsteam (DSKT) ein wichtiges Anliegen. Sämtliche neue Verarbeitungsvorgänge von personenbezogenen Daten sind hierzu im Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten dokumentiert und im Rahmen eines internen Audits einzeln im DSKT zusammen mit einem externen Datenschutz-Beauftragten 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 spezieller Logarithmen und den hierzu relevanten gesetzlichen Vorgaben des SGB V wurden vom BDSB bzw. den weiteren DSKT-Mitgliedern in Präsenz begleitet und dokumentiert. Die Verfahrensvorgänge innerhalb der Abteilung Qualität sind erstmalig für die Durchführung von Datenschutzfolgeabschätzungen innerhalb der KZVLB nach den Vorgaben des Artikels 35 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für 2023 vorgesehen. Es besteht eine sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Abteilungsleitung und den Mitarbeitern der Abteilung Qualität mit den Datenschützern der KZVLB.

Für das Jahr 2022 wurden keine Datenpannen bzw. Datenlecks oder sonstige Unregelmäßigkeiten bei der Einhaltung der Datenschutz-Bestimmungen vom Fachbereich bzw. betroffenen Zahnarztpraxen gemeldet.

11.3 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zahnärztliche Patientenberatung[28]

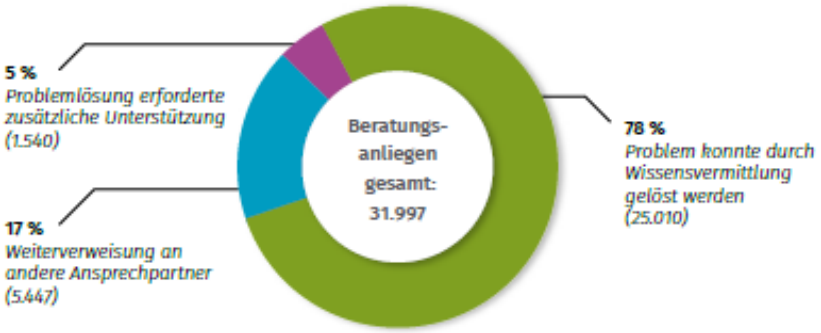
Die Rechte der Patienten wurden vom Gesetzgeber in den vergangenen Jahren, insbesondere mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013, immer weiter gestärkt. Die Patienten stehen im Mittelpunkt des zahnärztlichen Handelns. Ein wesentlicher Baustein patientenorientierter Zahnmedizin stellt neben der Beratung der Patienten in der Zahnarztpraxis die fachlich fundierte Patientenberatung durch die Körperschaften der zahnärztlichen Selbstverwaltung – Landeszahnärztekammern und die KZVen – dar. Mit ihren Patientenberatungsstellen tragen sie dem Wunsch der Patienten nach einer unabhängigen und kompetenten Beratung bereits seit vielen Jahren Rechnung und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Patienteninformation im deutschen Gesundheitswesen.

Im Jahr 2021 nahmen Patienten mit rd. 32.000 Anliegen bundesweit die Zahnärztliche Patientenberatung in Anspruch. In mehr als der Hälfte der Beratungskontakte wurden Fragen zu rechtlichen und finanziellen Themen, z. B. zu Versichertenansprüchen und Patientenrechten, gestellt. Weiterhin wurden Patienten u. a. in Fragen zu zahnmedizinischen Verfahren und Maßnahmen wie z. B. Prophylaxe und Früherkennung beraten. In den meisten Fällen konnten die Anliegen durch qualifizierte Beratung abschließend geklärt werden. Die

[28] Quellen: Patienten im Mittelpunkt, Die Zahnärztliche Patientenberatung in Deutschland, BZÄK/KZBV, Oktober 2015; Jahresbericht Zahnärztliche Patientenberatung 2021, BZÄK/KZBV, September 2022

nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Beratungskontakte im Jahr 2021.

Abbildung 14: Ergebnisse aller Beratungskontakte im Jahr 2021



In der Patientenberatungsstelle der KZVLB – einer Einrichtung der brandenburgischen Zahnärzte – erfolgen die Beratungen telefonisch, schriftlich, per E-Mail oder auch in einem persönlichen Gespräch im Rahmen eines Termins vor Ort. Das Beratungsspektrum deckt ein weites Themenfeld ab und umfasst u. a.:

- Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse
- Zweitmeinung zu einem konkreten Heil- und Kostenplan durch einen Beratungszahnarzt
- mögliche Behandlungsalternativen
- zahnärztliches Honorar (GKV-Leistungen und private Zusatzleistungen)
- Behandlungsschwerpunkte und Praxisbesonderheiten

Neben den vielfältigen Beratungsangeboten unterstützt die Beratungsstelle der KZVLB im Konfliktfall und bietet weitere Serviceleistungen an, z. B. die Bonusbestätigung, wenn der Zahnarzt für den Patienten nicht mehr erreichbar ist.

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

Weitere Bestimmungen und Regelungen

Neben den beschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die KZVLB gibt es für den zahnärztlichen Bereich eine Vielzahl an Regelungen, die der Förderung und Verbesserung der Qualität in den Praxen dient. Dazu gehören z. B.:

- Hygienebestimmungen/Richtlinien des Robert-Koch-Instituts
- Röntgenstellen zur Überprüfung von Röntgeneinrichtungen in den Praxen
- Vorgaben zum Arbeitsschutz durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Anlage

Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus den Sozialgesetzbüchern)

SGB V (Stand 29.12.2022)

§ 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

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(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 achtzehnte 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.

[…]

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,
2. in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind,

3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,

3a. bis zum 31.Dezember 2021 Richtlinien zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen und vollständigen Bereitstellung von Informationen nach Abs. 1a Satz 2 auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,

4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2 aufzustellen.

5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements aufzustellen und

6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.

Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind. Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Satz 1 Nr. 3a sind die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f zu beteiligen. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.

[…]

§ 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.

(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 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 abgeleisteter 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 zugrunde 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 zugrunde 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 Pflegfachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.

(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

[…]

§ 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.

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.

§ 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 Durchführungsmaßahmen. § 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. […]
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, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 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 24.12.2022)

§ 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 29.12.2022)

§ 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 verpflegt werden können.

[…]