Qualitätssicherung

Land Brandenburg

Bericht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Land Brandenburg für das Jahr

2020

gemäß § 135b Abs. 1 SGB V

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen 6
1.1 System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung 8
1.1.1 Die KZBV und die 17 KZVen 8
1.1.2 Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung 8
1.1.3 Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung 8
1.1.4 Gutachterwesen in der Zahnmedizin 9
1.1.5 Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung 9
1.1.6 CIRSdent - Jeder Zahn zählt! Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen 9
1.1.7 Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung 10
1.1.8 Leitlinien 10
1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss 12
1.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien 13
2. Ziele 16
3. Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg 19
4. Gutachterwesen 21
4.1 Rechtsgrundlagen 21
4.2 Arten vertragszahnärztlicher Gutachten 22
4.3 Statistische Eckdaten 22
4.4 Gutachtertagungen 25
5. Qualitätsmanagement (QM) 27
5.1 QM-Grundsätze 27
5.2 QM-Instrumente 28
5.3 QM im KZV-Bereich Brandenburg 30
6. Qualitätsprüfung im Einzelfall 33
6.1 Dokumentationsprüfung 33
6.2 Qualitätsgremien 34
6.3 Datenschutz 35
6.4 Qualitätsprüfungen 2020 35
6.5 Fortbildungsveranstaltungen zur Qualitätsprüfung 36
6.6 Ausblick auf das Jahr 2021 37
7. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung 38
7.1 Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses 38
7.2 Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg 39
8. Verteilungsmaßstab 41
9. Ergänzende Maßnahmen 43
9.1 Interne Maßnahmen der KZV Land Brandenburg 43
9.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V 43

9.3 Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V 44
10. Die aufsuchende Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen 47
10.1 Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V 47
10.2 Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V 48
10.3 Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V 49
10.4 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V 49
11. Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätsförderung 53
11.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V 53
11.2 Weiteres 54
11.3 Datenschutz 54
Anlage 55
Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB) 55

Potsdam, im April 2021

Hinweise:

1. Auszüge der Paragraphen aus den Sozialgesetzbüchern sind in der Anlage aufgeführt.
2. Von der Bezeichnung Zahnarzt o.ä. ist in diesem Bericht selbstverständlich immer auch die weibliche Form umfasst. Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit wird auf die Einfügung jeweils verzichtet.

Für diesen Bericht zeichnen als Vorstand verantwortlich:

Dr. Eberhard Steglich eberhard.steglich@kzvlb.de

Rainer Linke rainer.linke@kzvlb.de

Dr. Heike Lucht-Geuther dr.lucht-geuther@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: April 2021

Abkürzungsverzeichnis

B

BDSB ..... Behördlicher Datenschutz-Beauftragter
BEMA ..... Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BMV-Z ..... Bundesmantelvertrag- Zahnärzte
BZÄK ..... Bundeszahnärztekammer

C

CIRSdent ..... Critical Incident Reporting System

D

DeQS-RL ..... Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGZMK ..... Deutsche Gesellschaft für Zahn-,Mund- und Kieferheilkunde
DMS ..... Deutsche Mundgesundheitsstudie
DSKT ..... Datenschutzkoordinierungsteam

G

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

H

HKP ..... Heil- und Kostenplan

I

IQTiG ..... Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG ..... Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

K

KCH ..... Konservierend-chirurgische Abrechnung
KFO ..... Kieferorthopädie
KV ..... Kassenärztliche Vereinigung
KVBB ..... Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KZBV ..... Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZVen ..... Kassenzahnärztliche Vereinigungen
KZVLB ..... Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg

L

LAG ..... Landesarbeitsgemeinschaft
LKB .. Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
LKG ..... Landeskrankenhausgesellschaft
LZÄK ..... Landeszahnärztekammer

M

MKG ..... Mund-Kiefer-Gesichts-

O

OP ..... Operation

P

PAR ..... Parodontologie
PDCA ..... Plan-Do-Check-Act
PEA ..... Prothetik-Einigungsausschuss

Q

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

S

SGB V ..... Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI ..... Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung
SGB XII ..... Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch Sozialhilfe

T

TSVG ..... Terminservice- und Versorgungsgesetz

Z

ZE ..... Zahnersatz
ZZQ ..... Zentrum Zahnärztliche Qualität

1. Vorbemerkungen

Die Qualität der Leistungen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, hat gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) nach § 72 Abs. 2 SGB V sind die Leistungserbringer nach § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. 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.

Im zahnärztlichen Tätigkeitsbereich werden bereits 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.[1]

Das Thema „Qualität“ wird in den politischen Diskussionen zum Gesundheitswesen immer wieder entweder mit dem Begriff der Kosteneinsparungen verknüpft oder gar auf diesen Begriff reduziert. Tatsächlich aber ist es so, dass die Qualitätssicherung bzw. -verbesserung wegen des dafür erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwandes in den Praxen zunächst einmal Kosten verursacht.

- Im Jahr arbeitet ein Praxisinhaber in Deutschland durchschnittlich 43 Wochenstunden, dabei fallen nur rd. 33 Stunden für die Behandlungszeit an.
- Somit entfallen ca. 23% der Arbeitszeit unter anderem auf Aufgaben für die Verwaltung, Praxisführung und Fortbildung.
- Betrachtet man die Einnahmen- und Kostensituation einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis müssen mindestens 378 € je Stunde erwirtschaftet werden.[2]

Im Hinblick darauf sollte auch eine angemessene Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen erreicht werden. Dies war bis zum Jahr 2012 eine widersprüchliche Situation, da die Entwicklung der Honorare und Budgets strikt an die Grundlohnsumme gemäß § 85 Abs. 3 SGB V gebunden war. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber in diesem Paragraphen neue Kriterien für die Vergütungsveränderung ab 2013 geschaffen. Die strikte Grundlohnsummenanbindung wurde damit aufgehoben und ist nunmehr nur noch einer von mehreren gleichgewichtigen Parametern, die bei der Festlegung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind:

- Zahl und Struktur der Versicherten,
- Morbiditätsentwicklung,
- Kosten- und Versorgungsstruktur (≈ Praxiskosten),
- Arbeitszeit sowie Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen.

Eine Überschreitung der Grundlohnsummenentwicklung führt damit seit 2013 nicht mehr automatisch zu einer Verletzung des weiterhin geltenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V. Die gesetzlichen Vorgaben zur Qualität der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung können seit 2013 in dem Parameter *Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen* vergütungsseitig Berücksichtigung finden, was sich in der praktischen Umsetzung jedoch bisher als schwierig erweist.

[1] Quelle: Qualitätsförderungs-Richtlinie der KZBV Stand 10.04.2019

[2] Quelle: KZBV Jahrbuch 2020

Insbesondere dem Kriterium der Kosten- und Versorgungsstruktur kam in den vergangenen Jahren in den Verhandlungen mit den Krankenkassen eine erhebliche Bedeutung zu. Die Kostenstrukturerhebung wurde bis 2017 von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) durchgeführt. Aufgrund von zunehmend differenzierten Fragestellungen an die KZBV und die KZVen seitens der Krankenkassen im Laufe der Verhandlungen wurde die bisherige Kostenstrukturerhebung im Jahr 2018 durch eine Panelerhebung, dem sogenannten Zahnärztlichen Praxis Panel (ZäPP) abgelöst.

Unbeschadet der gesetzlichen Änderungen gelten unverändert die von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der KZBV bereits im Jahr 2004 entwickelten Grundsätze zur Qualitätsförderung 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.
- 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[3]

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 70 Millionen Menschen.

1.1.2 Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung[4]

Mehr als 72.500 Zahnärzte gewährleisten in über 40.000 Praxen eine flächendeckende, wohnortnahe qualitätsorientierte Versorgung der Patienten. Darunter sind rund 3.800 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie und mehr als 3.300 Fachzahnärzte für Oralchirurgie. Weitere Fachzahnärzte (für Parodontologie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) komplettieren die umfassende Versorgung.

Der Frauenanteil im Beruf beträgt mehr als 46 Prozent und nimmt stetig zu.

Derzeit versorgt ein Zahnarzt (statistisch gesehen) durchschnittlich 1.146 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: Vermehrt werden ältere Zahnärzte aus dem Berufsleben ausscheiden.

Der Anteil der GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten ist in den letzten 20 Jahren stark gesunken. Er lag 1998 noch bei 9 Prozent. Heute gibt die GKV rund 15 Mrd. Euro für die zahnärztliche Behandlung aus. Dies ist mit 6,27 Prozent der niedrigste Anteil der GKV-Ausgaben. Gut 61 Prozent der Ausgaben für die zahnärztliche Therapie (über 9 Mrd. Euro) werden für die konservierende, also zahnerhaltende, parodontale und chirurgische Behandlung ausgegeben. Etwa 1 Mrd. Euro wendet die GKV für die kieferorthopädische Therapie auf, rund 3,5 Mrd. Euro kostet die Versorgung mit Zahnersatz. Über 0,6 Mrd. Euro werden jährlich für die zahnärztliche Prophylaxe ausgegeben. 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 Niederschlag gefunden in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre.

Im Gegensatz zur ambulanten ärztlichen und besonders zur stationären, ist die zahnärztliche Versorgung befundorientiert. Gleiche Befunde ermöglichen vielfach unterschiedliche, an den individuellen Gegebenheiten ausgerichtete Behandlungslösungen. Diese zur Verfügung stehende Vielzahl von Therapiealternativen ist eine Besonderheit der zahnärztlichen Versorgung gegenüber der ambulanten ärztlichen Behandlung und der Versorgung im

[3] Quelle: KZBV und Geschäftsbericht der KZBV 2019/2020

[4] Quelle: Daten & Fakten 2021/ BZÄK/KZBV; KZBV Jahrbuch 2020; Statistisches Jahrbuch BZÄK 2019/2020

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 mehrheitlich zu Lasten der GKV. Krankenkassen oder in bestimmten Fällen Zahnärzte können bei Bedarf einen Gutachter einschalten, der beurteilt, ob die geplante Therapie angemessen ist und von der Krankenkasse übernommen werden muss oder ob eine prothetische Versorgung unter Umständen Mängel aufweist. 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 2020 wurde die zweite Stichprobenziehung zur Qualitätsprüfung/ Qualitätsbeurteilung durchgeführt (→ Kapitel 6).

1.1.6 CIRSdent - Jeder Zahn zählt! Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen[5]

Das gemeinsam von der BZÄK und der KZBV entwickelte zahnärztliche Berichts- und Lernsystem *CIRSdent - 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 diesen Ereignissen lernen und damit die Sicherheit ihrer Patienten erhöhen, sondern auch andere Praxen, damit diese im Idealfall von

[5] Quelle: KZBV/CIRSdent 2020

vornherein vermieden werden können. Etwa 6.000 Zahnärzte sind bereits im System registriert, es können rund 170 Berichte eingesehen werden.[6]

Die CIRSdent-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 Bundeszahnärztekammer zur fachlichen Fortbildung. Andere Zertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die Bundeszahnärztekammer aufgestellt hat.

Die Weiterbildung dient dem Erwerb spezieller beruflicher Kenntnisse in Fachgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Möglich ist eine Qualifizierung in den Teilgebieten Oralchirurgie, Kieferorthopädie und Öffentliches Gesundheitswesen.

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 bei der Versorgung der Patienten. Sie dienen als Orientierungshilfen, von der in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Da Leitlinien auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, können sie die Behandlung sicherer machen. Leitlinien haben dabei fachlichen Orientierungscharakter und sind anders als Richtlinien, rechtlich nicht bindend und haben daher weder eine haftungsbegründende noch eine haftungsbefreiende Wirkung.

Die KZBV beteiligt sich aktiv an der Erstellung von (zahn)- medizinischen Leitlinien unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF). Sie fördert deren Entwicklung und beteiligt sich an der konkreten Ausgestaltung, wobei die Schwerpunkte auf Praxistauglichkeit und Kompatibilität zum deutschen Gesundheitssystem, insbesondere zur vertragszahnärztlichen Versorgung liegen.

Das Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) berät und unterstützt die BZÄK und die KZBV bei allen Fragen der Qualitätsförderung in der zahnärztlichen Berufsausübung und beschäftigt sich u.a. mit Leitlinien. Ein Schwerpunkt ist die Koordination bei der Erstellung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Zahnmedizin.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und ihre Fachgesellschaften haben folgende Leitlinien allein oder in Kooperation mit Dritten (z.B. mit der KZBV, dem ZZQ) erarbeitet bzw. aktualisiert:[7]

Stand:	**Thema:**
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)

[6] Quelle: Geschäftsbericht der KZBV 2019/2020

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

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 von Gingivitis (3)
27.11.2018	Häusliches chemisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie von Gingivitis (3)
01.11.2018	Adjuvante systematische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie (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[8]

Zuständig für die Festlegung verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V ist gemäß § 136 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (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. Die KZBV als stimmberechtigte Trägerorganisation im G-BA setzt sich dafür ein.

Zuständig für zahnärztliche Themen ist der Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“. Gemäß § 136a Abs. 4 SGB V legt der G-BA auch die Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz fest.

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 Arbeit beider Institute umfassend eingebunden.

Die Abteilung Qualitätsinstitut, Leitlinien begleitet die Verfahren in diesen Instituten sowie die Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen. Sie ist federführend verantwortlich für die Analyse und Bewertung der vom IQWiG veröffentlichten Entwicklungsleistungen, Berichte und Gesundheitsinformationen mit Relevanz zur zahnmedizinischen Versorgung und bereitet bei Bedarf Stellungnahmen vor. Folgende Gesundheitsinformationen wurden veröffentlicht:[9]

- U-Untersuchungen
- Zahn- und Kieferfehlstellungen
- Kariesprophylaxe bei Kindern
- Parodontitis
- Aphthen

Für die vertragszahnärztliche Versorgung besteht die Besonderheit, dass sich Behandlungsergebnisse in einer Vielzahl von Fällen (inbesondere 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

[8] Quelle: KZBV/G-BA 2020

[9] Quelle: Geschäftsbericht der KZBV 2019/2020

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.[10]

1.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien

Bereits seit den 1980er Jahren unterzieht die Deutsche Zahnärzteschaft mittels sozialepidemiologischen Großstudien (Deutsche Mundgesundheitsstudien = DMS) die Qualität zahnärztlicher Leistungen selbst regelmäßig kritischen Prüfungen.

Die DMS erlauben eine fortlaufend aktuelle, repräsentative Charakterisierung oral- und sozialepidemiologischer Morbiditäts-, Mundgesundheitsversorgungs- und Mundgesundheitsverhaltensparameter der deutschen Bevölkerung.

Die bisher vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag der KZBV und der BZÄK durchgeführten Studien zeigten unter anderem, dass es zu einer kontinuierlichen Verringerung der allgemeinen Karieslast bei Kindern und Jugendlichen einerseits gekommen ist, welche im Zusammenhang mit der Ausweitung der Fissurenversiegelungen sowie einem regelmäßigen kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten steht. Es gibt aber andererseits eine wachsende Schieflage innerhalb dieser Verteilung (Kariespolarisation). So ist nach wie vor ein Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Karieserfahrung zu verzeichnen. Mit Hilfe der Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen soll eine Chancengleichheit für alle Kinder geschaffen werden (Abbildung 1).

Abbildung 1 [11]

Bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und auch jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) wird dieser Trend eher durch einen Rückgang der Zahl extrahierter Zähne bestimmt. Für die Parodontitis wurde eine allgemeine Zunahme der Erkrankungslast bei gleichzeitigem Anstieg begleitender Zahnerkrankungen (Wurzelkaries) festgestellt.

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

[10] Quelle: KZBV/IQWiG

[11] Abbildung aus Qualitätsreport der BZÄK Januar 2019

Neben Karies, Parodontitis, Pflegebedürftigkeit, Alter und sozialen Einflussfaktoren werden sämtliche Schichten und vier Altersgruppen erfasst.

- Karies [12]
  - Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81 Prozent) sind kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich in den Jahren von 1997 bis 2014 verdoppelt.
  - Bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) ist die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung seit 1997 um 30 Prozent zurückgegangen (4,9 Zähne).
  - Nur noch halb so viele jüngere Erwachsene weisen im Vergleich zum Jahr 1997 noch eine Karieserkrankung der Zahnwurzel auf.

- Parodontalerkrankungen
  - Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert.
  - Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen rückläufigen Trend bei der Parodontitis trotz mehr erhaltener Zähne.
  - Insgesamt steigt der Behandlungsbedarf bei der Parodontitis aufgrund der demografischen Entwicklung prognostisch an.
  - Verlagerung zu den älteren Senioren (75-100 Jahre), Parodontitisprävalenz hier > 50%.
  - Mit 11,5 Millionen schweren Parodontitisfällen bleibt die Behandlungslast in Deutschland hoch.

- Zahnverluste und prothetische Versorgung
  - Heute ist nur noch jeder achte jüngere Senior (65- bis 74-Jährige) zahnlos, im Jahr 1997 war es noch jeder vierte.
  - Jüngere Senioren besitzen im Durchschnitt fünf eigene Zähne mehr als noch im Jahr 1997.
  - Weil immer mehr jüngere Senioren ihre eigenen Zähne länger behalten, besteht für Zahnärzte häufiger die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz zu verankern.

- Menschen mit Pflegebedarf
  - Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung, weniger eigene Zähne und häufiger herausnehmbaren Zahnersatz als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren (75-100-Jährige).
  - Knapp 30 % der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr selbst in der Lage, ihre Zähne und Zahnprothesen eigenständig zu reinigen und zu pflegen. Sie benötigen Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene. Mit zunehmendem Pflegebedarf steigt dieser Anteil deutlich an.
  - 60 % der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr in der Lage, einen Zahnarzttermin zu organisieren und dann die Praxis auch aufzusuchen.

- Mundgesundheitsverhalten
  - Jedes zweite Kind (45 Prozent) und jeder dritte Erwachsene (31 Prozent) kennen die Empfehlungen zur Zahnpflege und geben ein gutes Zahnputzverhalten an.
  - Im Vergleich zum Jahr 1997 geben dreimal mehr jüngere Senioren (65- bis 74- Jährige) an, eine gute Mundhygiene zu haben.

- Morbiditätskompression
  - Krankheitslasten verschieben sich in das höhere Lebensalter: Ältere Senioren (75- 100-Jährige) haben im Jahr 2014 einen Mundgesundheitszustand wie die jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2005.
  - Das bedeutet gleichzeitig mehr mundgesunde Lebensjahre: Jüngere Senioren haben im Jahr 2014 eine bessere Mundgesundheit als ihre Altersgruppe im Jahr 2005.

[12] Quelle: IDZ/Zusammenfassung zur DMS V August 2016

- Vergleiche
  - Deutschland erreicht bei der Mundgesundheit in den Bereichen Karieserfahrung, Parodontitis und völlige Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich Spitzenpositionen.
  - Die Mundgesundheit sowohl von Kindern (12-Jährige) als auch jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) hat sich in Ost- und Westdeutschland in den vergangenen 25 Jahren angeglichen.
- Handlungsfelder
  - Kleinkinder
  - pflegebedürftige ältere Senioren (Eintritt der Pflegebedürftigkeit = Verlust oder Teilverlust der Alltagkompetenz)

In den folgenden Ausführungen wird gemäß der Vorgaben aus § 136 Abs. 1 SGB V auf die vertragszahnärztlichen Aspekte der Qualitätssicherung im Land Brandenburg abgestellt.

2. Ziele

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (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 Berufstandes.

Das Thema Qualitätssicherung hat nach Auffassung der KZVLB bereits seit vielen Jahren einen festen Platz im Praxisalltag, auch wenn die Verbesserung der Arbeitsprozesse früher nicht mit dem Namen *Qualitätssicherung* belegt wurde. Die Qualitätssicherung ist weiterhin eine wichtige Zukunftsaufgabe des Berufsstandes, die im Rahmen der Selbstverpflichtung in eigener Verantwortung zu erfüllen ist, denn letztlich muss sich Qualität in der Praxis beweisen.

Die KZVLB betreibt seit mehreren Jahren mit differenzierten Ansätzen, die teilweise aus gesetzlichen Vorgaben resultieren, aber auch unabhängig davon sind, Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen und verfolgt damit mehrere Ziele:

Fortbildung (→ Kapitel 3)

Im Rahmen der Fortbildung führt die KZVLB regelmäßig Schulungen und Informationsveranstaltungen zu den aktuellen vertragszahnärztlichen Themen für ihre Mitglieder durch.

In der Fortbildung zu vertragszahnärztlichen Themen spielen im Land Brandenburg seit einigen Jahren speziell die Fortbildungsveranstaltungen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) eine nicht zu unterschätzende Rolle, denn für einen qualitätsorientierten Arbeitsablauf in der Praxis ist eine wichtige Voraussetzung, dass alle Mitwirkenden an dem Prozess der Leistungserbringung den Qualitätsgedanken verinnerlichen und in ihrem Handeln umsetzen.

Der G-BA verabschiedete im Juli 2019 eine neue Früherkennungs-Richtlinie (FU-RL) zur Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung frühkindlicher Karies und damit Schaffung optimaler Voraussetzungen für eine lebenslange Zahn-und Mundgesundheit. Die KZVLB führte zu diesem Thema im Berichtsjahr 2020 entsprechende Schulungsveranstaltungen durch, um über die neuen Leistungspositionen und die Umsetzung dieser neuen Maßnahmen zu informieren.

Der Termin für das ursprünglich zum 01.10.2020 geplante Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie veranlasste die KZVLB Schulungsveranstaltungen zu diesem Thema zu planen, um über die Änderungen im Hinblick auf die Verordnung von Heilmitteln zu informieren. Die Richtlinie wird zum 01.01.2021 in Kraft treten.

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.

Zur Gewinnung von Gutachtern ist u.a. geplant, Qualitätszirkel einzurichten, welche mehrmals im Jahr tagen sollen.

Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ Kapitel 6)

Die neuen Richtlinien zur Qualitätsprüfung- und Qualitätsbeurteilung legen den Schwerpunkt auf die Plausibilität von Befund und Behandlung. Nach dem Inkrafttreten der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Überkappung (QBÜ-RL-Z) am 01.07.2019 wurden in den Jahren 2019 und 2020 die Stichprobenziehungen gemäß § 135b Abs. 2 SGB V mit anschließenden Qualitätsprüfungen durchgeführt.

Begleitend fanden in beiden Jahren Schulungen zum Thema Dokumentation im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen statt. Im Hinblick darauf wird es Zielsetzung der KZVLB sein, weitere Schulungen zum Thema Qualitätsprüfung und Dokumentation für Zahnärzte und ihr Team zu planen.

Im Berichtsjahr 2020 fand erstmals ein Erfahrungsaustausch der Mitglieder der Qualitätsgremien statt. Die Abteilung Qualität der KZVLB stellte den beiden Gremien den neuen elektronischen Prüfkatalog vor. Weiterhin wurden Musterbeispiele der KZBV bewertet und diskutiert. Der Erfahrungsaustausch wird zukünftig regelmäßig durchgeführt werden.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7)

Gemäß der am 01.01.2019 in Kraft getretenen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung DeQS-RL (DeQS-RL) sollen alle Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung für Krankenhäuser und Vertrags(zahn)ärzte gebündelt und einheitlichen Rahmenbedingungen zugeführt werden. Die bisherigen Verfahren betreffen 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 eine wesentliches Tätigkeitsfeld sein.

Verteilungsmaßstab (→ Kapitel 8)

Mit dem Verteilungsmaßstab setzt die Qualitätssicherung auf der monetären Ebene an, indem für Praxen mit geringeren Fallzahlen höhere höchstzulässige Vergütungen je Fall gelten. Dieser Ansatz entspricht jedoch nicht der originären zahnärztlichen Sichtweise von Qualitätssicherung, sondern ist lediglich Folge der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zwar abgeschwächten, aber weiterhin bestehenden gesetzlichen Vorgaben aus § 85 Abs. 3 SGB V.

Ergänzende Maßnahmen (→ Kapitel 9)

Ein weiteres Qualitätsinstrument ist die paritätische Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V (→ Kapitel 9.2), wobei jedoch eine gemäß § 12 SGB V vordergründig unwirtschaftliche Behandlung nicht automatisch Rückschlüsse auf die erbrachte Versorgungsqualität zulässt.

Zahnärztlichen Betreuung im Rahmen von Kooperationsverträgen (→ Kapitel 10.4)

Ein wesentliches 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 stetig eine immer weitere Abdeckung der stationären Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu erreichen.

Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen

Ein weiterer Schwerpunkt wird in den kommenden Jahren in Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer Brandenburg die gemeinsame Kampagne „Landzahnärzte“ sein. Ziel dieser Aktion ist es, die zukünftige zahnärztliche Versorgung in den ländlichen Bereichen

des Bundeslandes Brandenburg 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.

Um der Gefahr von zukünftigen zahnärztlichen Versorgungsengpässen in Landkreisen wie Barnim, Oberhavel oder Uckermark vorzubeugen, suchen beide Körperschaften den Dialog mit den Vertretern der Landkreise. So soll rechtzeitig für das Problem des Fachkräftemangels sensibilisiert und gemeinsam Strategien entwickelt werden.

In einem mit der Gesundheitsministerin des Landes Brandenburg stattfindenden Arbeitsgespräch im August 2020 konnte der Vorstand der KZVLB das Thema einer möglichen drohenden Unterversorgung in einzelnen Planungsbereichen ansprechen und Möglichkeiten aufzeigen, dem entgegen zu wirken. So wurde der Ministerin nahe gelegt, eine Förderrichtlinie, wie es sie bereits seit dem Jahr 2019 für Ärzte gibt, auch für Zahnärzte zu ermöglichen. Das Ziel dieser Richtlinie ist es, die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung flächendeckend sicherzustellen. In diesem Rahmen werden für Studierende, die sich verpflichten, nach dem Abschluss des Studiums in ländlichen Regionen tätig zu sein, Zuwendungen zur Verfügung gestellt. Eine Förderrichtlinie für Zahnärzte könnte somit ein wichtiger Baustein für die Sicherstellung der langfristigen zahnärztlichen Versorgung in ländlichen Bereichen sein.

3. Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg

Die KZVLB bietet ihren Mitgliedern regelmäßig Informationsveranstaltungen zu aktuellen vertragszahnärztlichen Themen an.

Zu Beginn des Jahres 2020 wurde die bereits im Juli 2019 begonnene Veranstaltungsreihe zum Thema *Qualitätsprüfung* (→ Kapitel 6) mit einer Schulung in Potsdam vorerst beendet. Die Teilnehmer wurden über die neue Qualitätsprüfung und deren Ablauf informiert sowie in der korrekten Behandlungsdokumentation in der Patientenakte geschult. Weitere Veranstaltungen zum Thema sind für das Jahr 2021 geplant.

Darüber hinaus schulte die Abteilung Qualität der KZVLB die gemäß § 2 Abs. 1 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QP-RL-Z) vom Vorstand der KZVLB bestellten Qualitätsgremien im Zusammenhang mit einem Erfahrungsaustausch. Die Mitglieder der beiden Qualitätsgremien und deren Stellvertreter wurden im Juni 2020 auf den Umgang mit dem neuen elektronischen Prüfkatalog und die neu geschaffene Möglichkeit der digitalen Übermittlung der Prüfakten und- kataloge vorbereitet. Weiterhin konnten die Teilnehmer Bewertungen von Prüfakten an Musterbeispielen durchführen.

Ergänzend zu diesen Informationsveranstaltungen unterstützt die KZVLB die brandenburgischen Zahnärzte und ihre Mitarbeiter im Bereich der Fortbildung. Seit dem Frühjahr 2015 werden regelmäßig (auch dezentral) Abrechnungskurse in Form von Workshops in kleinen Gruppen angeboten, die sich ursprünglich in erster Linie an die Praxismitarbeiter richteten. Wie sich in den vergangenen Jahren gezeigt hat, melden sich zunehmend interessierte Zahnärzte zu den Kursen an, die sich näher mit dem Thema Abrechnung ihrer erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen beschäftigen wollen. Die Kurse sind ebenfalls gut geeignet, um Quer- oder Wiedereinsteigern den Weg in die Abrechnungsthematik zu erleichtern.

In kleinen Gruppen (in der Regel bis zu 25 Teilnehmern) vermittelt unsere Fortbildungsreferentin die Grundlagen der zahnärztlichen Abrechnung anhand von Übungsbeispielen. Die kleinere Teilnehmerzahl ermöglicht die Erörterung von Fragestellungen und den Austausch von Erfahrungen. Zudem bietet die Referentin an, dass die Teilnehmer bis zu 14 Tagen vor Seminarbeginn themenspezifische Fragen aus ihrem Praxisalltag einreichen können, die dann im Workshop beantwortet werden. Aufgrund des Umfangs diverser BEMA-Teile finden die Workshops zum Teil an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt und werden durch das dezentrale Angebot mehrfach durchgeführt.

Im Berichtsjahr 2020 wurden folgende Themen offeriert:

- Wissenswertes rund um die Abrechnung zahnärztlicher Frühprävention, Individualprophylaxe und Behandlung von Kindern
- Grundkurs BEMA-Teil 1 allgemeine/konservierende Leistungen
- Grundkurs BEMA-Teil 1 Endodontie/Chirurgie
- Grundkurs Festzuschüsse Befundklassen 1/2/4 sowie Grundkurs Festzuschüsse Befundklassen 3/4/7:
    - Die Workshops sind Corona-bedingt ersatzlos ausgefallen.
    - Alternativ wurde auf Wunsch das Skript und ein begleitendes Video zum Selbststudium zur Verfügung gestellt.

<u>Neues Angebot der KZVLB: e-learning</u>

Beginnend mit der Ausgabe 4/2020 des Zahnärzteblattes Brandenburg (ZBB) 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. Seitdem wurden bereits über 200 ausgefüllte Fragebögen von Vertragszahnärzten und angestellten Zahnärzten eingereicht. Aufgrund der positiven Resonanz hat die Landeszahnärztekammer Brandenburg dieses Fortbildungsformat nach einem Informationsaustausch übernommen.

Wegen der im Herbst 2020 steigenden Zahlen an Corona- Neuinfektionen, rückte das Thema Webinare als Fortbildungsangebot in den Fokus. Die KZVLB wird dieses Angebot ab 2021 bei geeigneten Informationsinhalten umsetzen.

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 MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)) anwenden. Damit wurde die erforderliche Rechtssicherheit für Zahnärzte geschaffen.

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

4.2 Arten vertragszahnärztlicher Gutachten

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

Planungsgutachten:

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

Für Patientinnen und 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:

Mängelgutachten sind zwischen den Vertragspartnern für alle Versorgungsformen vereinbart. Die nachträgliche Begutachtung 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 wird das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) durchgeführt. Vor der Verhandlung im PEA sollen sich die Beteiligten um eine Einigung im sogenannten Einigungsgespräch bemühen.

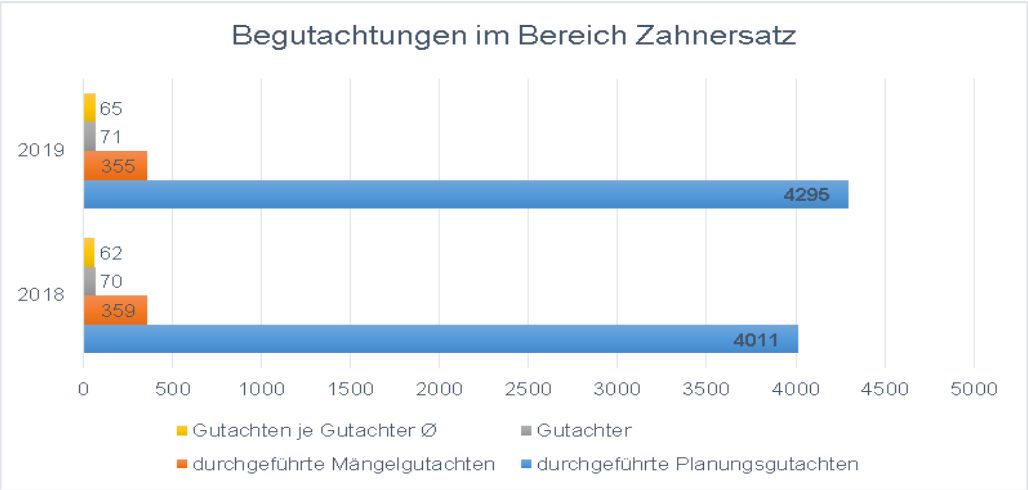
4.3 Statistische Eckdaten[14]

Gutachten Zahnersatz:

Für den Leistungsbereich Zahnersatz wurden im Land Brandenburg im Jahr 2019 insgesamt 4650 Gutachten von 71 Gutachtern erstellt (Abbildung 2). Für ZE-Gutachten liegt eine Veränderungsrate von 6,4% vor.

Abbildung 2: Begutachtungen im Bereich Zahnersatz

[14] Quelle: KZBV/Erhebung statistischer Eckdaten zum Gutachterwesen, Erhebungsjahr 2019, 30.04.2020



Die Ergebnisse der Begutachtungen stellen sich wie folgt dar:

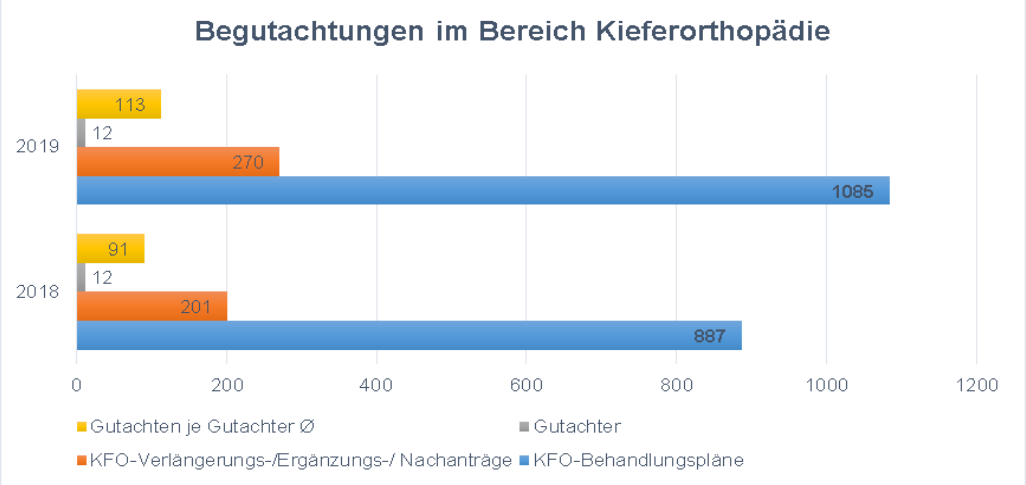
Bei den Planungsgutachten wurden mit 61,9% im Vergleich zum Vorjahr geringfügig weniger HKP befürwortet. Im Vorjahresvergleich war mit 23,8% eine moderate Erhöhung der Fälle zu verzeichnen, bei denen dem Behandlungsplan mit Änderungen zugestimmt wurde. Bei den nicht befürworteten HKP gab es mit 14,3% eine geringfügige Erhöhung. Im Bereich der Mängelgutachten ergeben sich im Vergleich zum Vorjahr leichte Veränderungen bei den fehlerfreien sowie den mängelbehaften ausgeführten prothetischen Leistungen.

Weiterhin wurden für den Leistungsbereich Zahnersatz in Jahr 2019 insgesamt 15 Obergutachten von 5 Obergutachtern erstellt, davon 9 Planungs- und 6 Mängel-Obergutachten. Bei den Planungs-Obergutachten lag die Zustimmungsquote bei 11,1%, bei 66,7% der HKP wurde teilweise befürwortet. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich im Jahr 2019 eine Verlagerung von befürworteten HKP zu Plänen, bei denen mit Änderung zugestimmt wurde. In 22,2% erfolgte keine Befürwortung der HKP. Im Rahmen der Mängel-Obergutachten wurden rund 67% der ausgeführten prothetischen Leistungen als fehlerfrei bewertet.

Gutachten Kieferorthopädie:

Für den Leistungsbereich Kieferorthopädie (KFO) wurden im Land Brandenburg im Jahr 2019 insgesamt 1355 Gutachten veranlasst, welche von 12 Gutachtern erstellt wurden (Abbildung 3). Es liegt Im Bereich der kieferorthopädischen Begutachtungen eine Veränderungsrate von 24,5% vor.

Abbildung 3: Begutachtungen im Bereich Kieferorthopädie



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

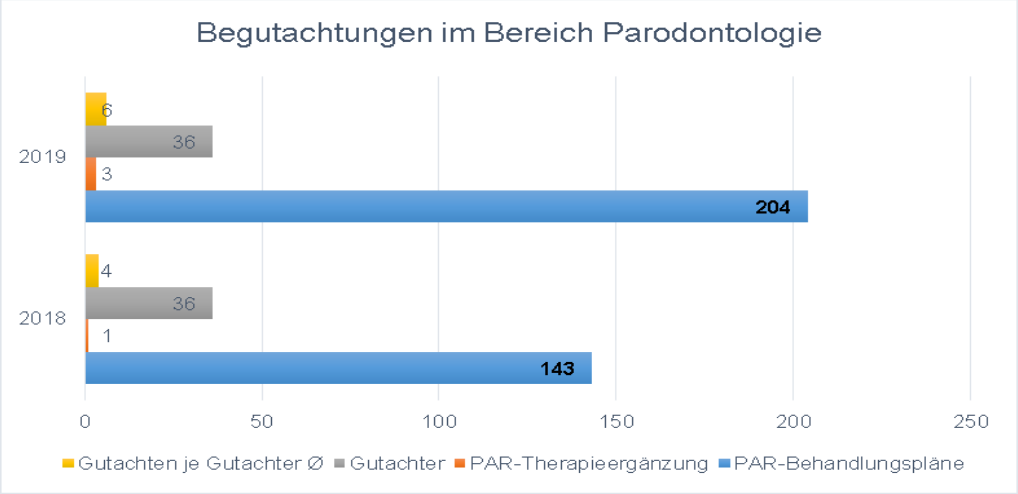
Bei den begutachteten KFO- Behandlungsfällen lag die Zustimmungsquote ähnlich dem des Vorjahres bei 66,5%. 8,0% der Pläne wurden nicht befürwortet, bei 25,4% wurde teilweise befürwortet. Der Vergleich zum Vorjahr zeigt im Jahr 2019 eine geringfügig höhere Anzahl der Behandlungspläne, bei denen der Planung mit Änderungen zugestimmt wurde.

Ähnliches ist bei den KFO-Verlängerungs-/Ergänzungs- und Nachanträgen zu verzeichnen. Mit 62,2% wurde fast ähnlich vielen begutachteten Plänen zugestimmt wie im Vorjahr. Bei den Beanstandungen gab es mit 32,2% eine höhere Anzahl von Plänen, bei denen der Planung mit Änderungen zugestimmt wurde. Hingegen ist die Anzahl der Nichtbewilligungen von KFO-Verlängerungs-/Ergänzungs- und Nachanträgen im Vergleich zum Vorjahr mit 5,6% deutlich zurückgegangen.

Gutachten Parodontologie:

Den Leistungsbereich Parodontologie (PAR) betreffend wurden im Jahr 2019 insgesamt 207 Gutachten veranlasst, welche von 36 Gutachtern erstellt wurden (Abbildung 4). Im Bereich der PAR-Gutachten liegt eine Veränderungsrate von 43,8% vor.

Abbildung 4: Begutachtungen im Bereich Parodontologie



Die Ergebnisse der Begutachtungen zeigen, dass 49,5% der PAR-Behandlungspläne befürwortet wurden, bei 18,6% der Pläne erfolgte eine Nichtbefürwortung. 31,9% der PAR-Behandlungspläne wurde mit Änderungen zugestimmt. Der Vergleich zum Vorjahr ergibt, dass mehr Behandlungspläne befürwortet wurden und bei weniger Fällen eine Ablehnung oder teilweise Befürwortung erfolgte.

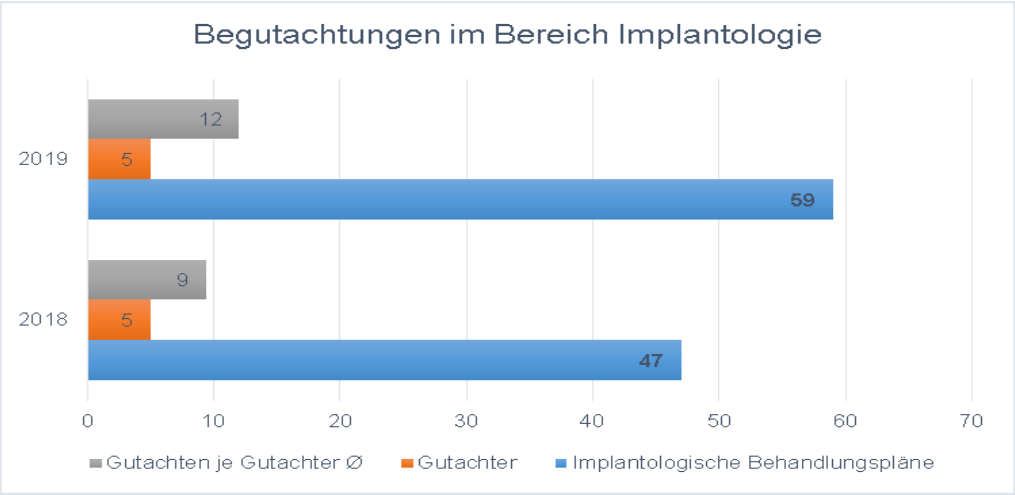
Bei den Begutachtungen der PAR-Therapieergänzungspläne erfolgte zu 33,3% eine Befürwortung sowie 66,7% eine Zustimmung mit Änderungen.

Gutachten Implantologie:

In Bereich der Implantologie erfolgte im Jahr 2019 die Veranlassung von 59 Gutachten, die von insgesamt 5 Gutachtern erstellt wurden (Abbildung 5). Es liegt in diesem Bereich eine Veränderungsrate von 25,5% vor.

Die Ergebnisse der Begutachtungen bei den implantologischen Behandlungsfällen zeigen, dass mit 50,8% im Vergleich zum Vorjahr weniger Behandlungsfälle befürwortet wurden. Im Vorjahresvergleich war mit 33,9% eine Erhöhung der nicht befürworteten Behandlungsfälle zu verzeichnen. Bei den teilweise befürworteten implantologischen Behandlungsfällen gab es mit 15,3% eine moderate Erhöhung.

Abbildung 5: Begutachtungen im Bereich Implantologie



4.4 Gutachtertagungen

Die Vertragsgutachter des KZV-Bereichs werden auf Gutachtertagungen, die von der KZVLB regelmäßig durchführt werden, über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung informiert.

Die Gutachter werden dazu angehalten, der Qualität der begutachteten Versorgungen besondere Beachtung zu schenken. So werden die Gutachter für Qualitätsmerkmale sensibilisiert, die über rein technische Aspekte wie den Randschluss hinausgehen. Im Rahmen dieser Veranstaltungen werden auch Erfahrungen z.B. über neue Materialien und Behandlungsmethoden, Korrelationen zwischen Alter eines Zahnersatzes und ggf. auftretende Mängel ausgetauscht und zusammengetragen.

Während der Gutachtertagungen werden vorrangig praxisorientierte Themen aus der Gutachtertätigkeit u.a. anhand ausgewählter Fälle (Planungs- und Mängelgutachten) besprochen. Bei Bedarf werden zusätzlich vertragliche bzw. gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen erörtert.

ZE-und PAR-Gutachtertagung:

Im KZV-Bereich Brandenburg finden die Tagungen der ZE- und PAR-Gutachter in der Regel gemeinsam statt und werden jährlich durchgeführt.

Im Berichtsjahr 2020 fand diese Veranstaltung am 23. September statt. Nach einem Vortrag des Gastreferenten mit dem Thema „Sinn und Zweck von Leitlinien in der Zahnmedizin- eine kritische Analyse“ wurde im Anschluss u.a. über Röntgenbilder zur Begutachtung, die neue PAR-Klassifikation sowie den Therapieumfang bei Abrasionsgebissen diskutiert.

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

KFO-Gutachter-Erfahrungsaustausch:

Für den Leistungsbereich Kieferorthopädie findet im Land Brandenburg jährlich ein KFO-Gutachter-Erfahrungsaustausch statt.

Corona-bedingt wurde der Erfahrungsaustausch im Berichtsjahr 2020 im März schriftlich durchgeführt. Dabei wurden die Themen der offenen Gesprächsrunde zusammen mit dem KFO-Referenten beantwortet.

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.

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, so dass der Vorstand, der für die Berufung von Gutachtern zuständig ist, ein direktes Feedback über die Tätigkeit neuer Gutachter erhält.

5. Qualitätsmanagement (QM)

5.1 QM-Grundsätze

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement 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 Qualitätsmanagement. Darin werden wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit definiert und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festgelegt.

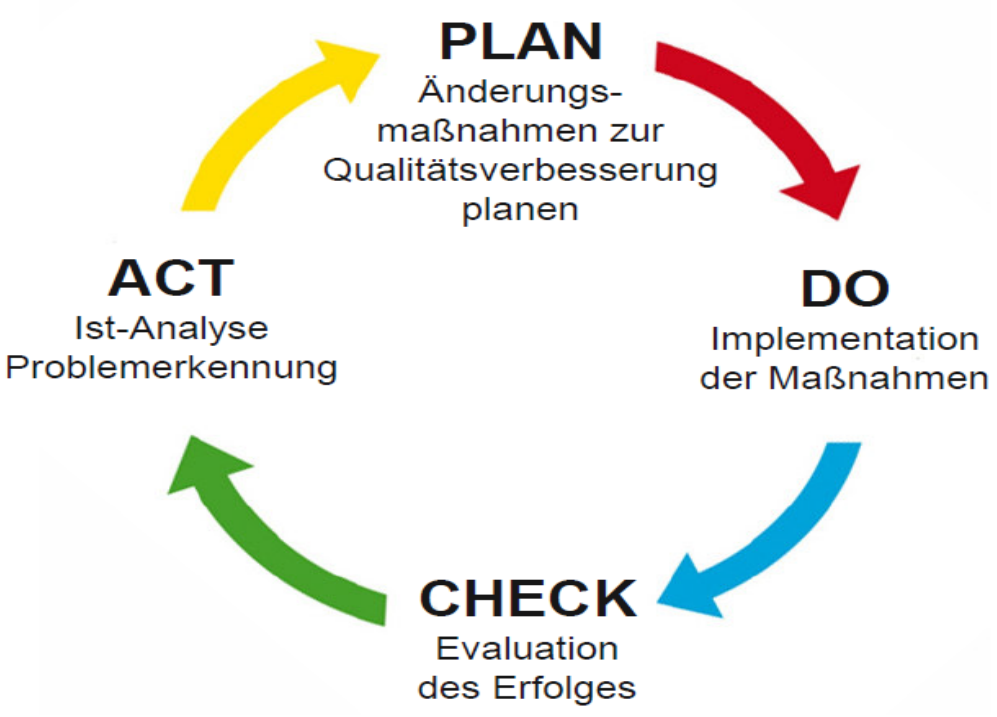
Jeder Vertragszahnarzt ist nach dem Sozialgesetzbuch (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement in seiner Praxis einzuführen und weiterzuentwickeln. Der G-BA hat dazu die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsmanagement- Richtlinie (QM-RL), gültig ab 16.11.2016, beschlossen.

Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. Qualitätsmanagement 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 Qualitätsmanagement jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als „Qualitätskreislauf“ Plan-Do-Check-Act = „PDCA“-Zyklus beschrieben.

In der nachfolgenden Abbildung ist dieser Kreislauf beschrieben:



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 Qualitätsmanagement 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…“*[15]

5.2 QM-Instrumente

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

Allgemeine Instrumente der Qualitätssicherung mit einem organisationsbezogenen Fokus sind:

- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
  - schriftliche Festlegung der Organisationsstruktur, von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen der Mitarbeiter z.B. in Tabellen oder Organigrammen
- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen
  - Erfassung in Form von Tabellen oder Verfahrensanweisungen
  - z.B. für wesentliche Prozesse der Patientenversorgung und Einrichtungsorganisation, für Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergaben, Datenschutz und Datensicherheit oder einzuhaltende Abläufe beim vertragszahnärztlichen Gutachterwesen
  - regelmäßige Überprüfung und Anpassung bei Bedarf
  - für jeden in der Praxis leicht zugänglich und verständlich
- Schnittstellenmanagement
  - standardisierte und strukturierte Übermittlung und Übertragung relevanter Informationen an Schnittstellen
  - d.h. interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie z.B. zahnärztlichen und ärztlichen Kollegen (KFO, MKG-Chirurg, Haus-und Facharzt - ggf. auch im stationären Bereich), mit Zahntechnikern, der KZV und Landeszahnärztekammer (LZÄK)
- Checklisten
  - wichtigste Aufgaben und Abläufe des Praxismanagements sind in Checklisten strukturiert und festgelegt
  - tätigkeitsbezogene oder personenbezogene Checklisten

[15] G-BA/Qualitätsmanagement-Richtlinie, 16.11.2016, Präambel, 2. Absatz

  - Einsatz für immer widerkehrende Arbeiten, zur Kontrolle von Bereichen oder zur Vorbereitung von Maßnahmen, z.B. OP-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
  - individuell ausgestaltete Fragebögen
  - Rückmeldungen geben der Praxis wertvolle Informationen über Wünsche der Patienten und Tipps zur Verbesserung

- Mitarbeiterbefragungen
  - geben wichtige Hinweise für tägliche Arbeit
  - Befragung auf die Einrichtung abstimmen

- Beschwerdemanagement
  - Erfassen, Bearbeiten und Auswerten von Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern und Kollegen
  - Festlegung des Umgangs mit eventuellen Mängelgutachten und deren Ergebnissen

- 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
  - vollumfängliche Dokumentation

- Risikomanagement
  - verpflichtendes QM-Instrument
  - gemeinsame Besprechung, Identifizierung und Analysierung von individuell bestehenden potentiellen Risiken
  - Bestimmung des für die Überwachung des jeweiligen Risikos zuständigen Mitarbeiters

- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme
  - verpflichtendes QM-Instrument
  - Wesentlicher Bestandteil eines wirksamen Fehlermanagements ist ein Berichts-und Lernsystem, z.B. CIRSdent - Jeder Zahn zählt! (→ Kapitel 1.1.6)

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 RKI (Robert-Koch-Institut)
- Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit
  - Identifizierung und Sicherstellung von vermeidbaren Risiken bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln
- Schmerzmanagement
  - Reduzierung oder Beseitigung von bestehenden oder zu erwartenden Schmerzen durch Erfassung und Therapie der Schmerzen
- Sturzprophylaxe
  - Vorbeugung von Stürzen und Minimierung von Sturzfolgen durch Erkennung von Risiken und Gefahren und Beseitigung oder Reduzierung

5.3 QM im KZV-Bereich Brandenburg

Gemäß Teil A § 7 Nr. 3 der QM-RL fordert die KZVLB jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Dazu erhalten die per Stichprobe ausgewählten Zahnarztpraxen von der KZVLB einen bundeseinheitlichen Berichtsbogen, welcher eine Differenzierung zwischen Praxen, die seit weniger als drei Jahren bestehen, und länger bestehenden Praxen enthält. Somit erhalten „jüngere“ Praxen eine Übergangszeit, in der sie die genannten QM-Instrumente einführen, überprüfen und weiterentwickeln können.

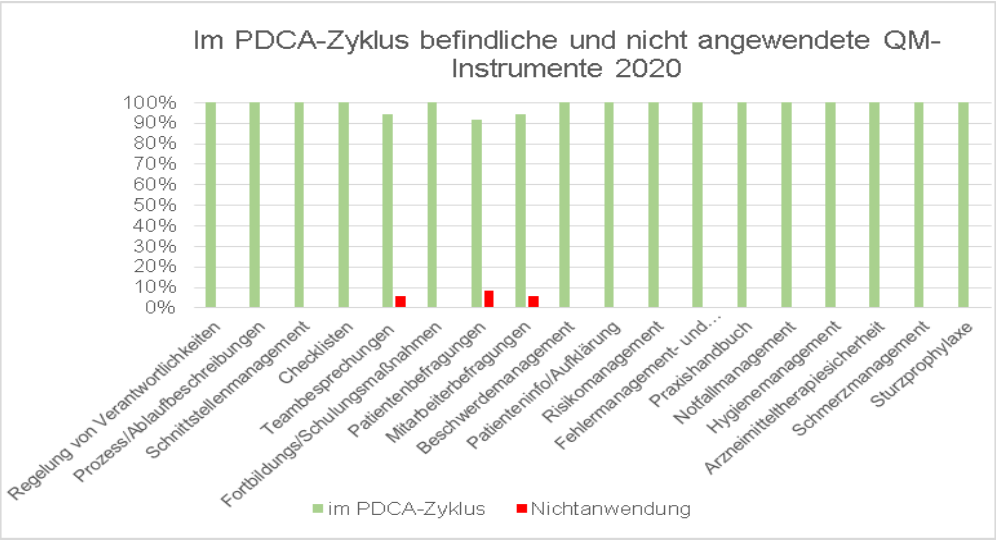
Die Praxen erfassen den aktuellen Stand des Qualitätsmanagements in ihrer Praxis. Im Land Brandenburg wird durch die LZÄK Brandenburg das bereits in vielen Praxen bewährte ZQMS (Zahnärztliches Qualitäts Management System) angeboten. Damit steht den brandenburgischen Zahnarztpraxen ein QM-Programm zur Verfügung, welches speziell auf die Bedürfnisse der Zahnarztpraxis abgestimmt ist.

Nach Eingang und Erfassung der Berichtsbögen meldet die KZVLB die Ergebnisse der KZBV, die jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet.

Bei der Überprüfung des Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Berichtsjahr 2020 haben alle 37 per Stichprobe gezogenen Zahnarztpraxen ihre Berichtsbögen vollständig ausgefüllt zurückgegeben.

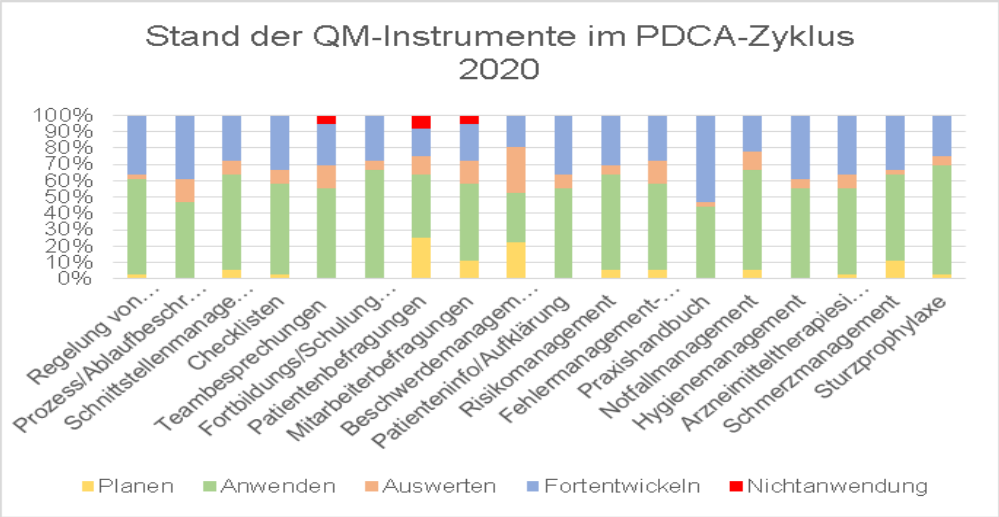
In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse des Jahres 2020 setzten nahezu alle Vertragszahnarztpraxen im Land Brandenburg, die seit mehr als drei Jahren bestehen, die in der QM-RL genannten Instrumente entsprechend dem PDCA-Zyklus um (Abbildung 6). Die Abbildung zeigt lediglich drei QM-Instrumente, die sich nicht im PDCA-Zyklus befinden. Der Vergleich zu den beiden Vorjahren ergibt, dass sich die Anzahl der nichtangewendeten QM-Instrumente bei den befragten Vertragszahnarztpraxen, die über drei Jahre bestehen, kontinuierlich verringert.

Abbildung 6: Land Brandenburg - Übersicht über im PDCA-Zyklus befindliche und nicht angewendete QM-Instrumente (Praxen über 3 Jahre)



Die nachfolgende Abbildung 7 zeigt den Umsetzungsstand der einzelnen QM-Instrumente und Methoden im Land Brandenburg im Berichtsjahr 2020 bei den Vertragszahnarztpraxen, die mehr als drei Jahre bestehen.

Abbildung 7: Land Brandenburg - Übersicht über den Umsetzungsstand der QM-Instrumente und Methoden im PDCA-Zyklus (Praxen über 3 Jahre)



Die Abbildung 7 stellt die QM-Instrumente Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement sowie Schmerzmanagement als einen Großteil der in der Planungsphase befindlichen Instrumente dar. Der Vergleich mit den beiden Vorjahren ergibt eine deutliche Verlagerung des Umsetzungsstandes innerhalb des PDCA-Zyklus. Während die Anzahl der sich in Planung befindlichen QM-Instrumente abnimmt, ist ein Anstieg der QM-Instrumente zu verzeichnen, welche bereits ausgewertet und fortentwickelt werden. Dies zeigt eine kontinuierliche Umsetzung der QM-Instrumente und deren Anwendungsbereiche in den brandenburgischen Zahnarztpraxen.

Die Gründe für die Nichtanwendung von QM-Instrumenten, im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Instrumente Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, liegen vorwiegend darin, dass nicht jede Praxisstruktur zur Umsetzung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen geeignet ist. Da in kleineren Zahnarztpraxen oft der unmittelbare Zahnarzt-Patienten-Kontakt gesucht wird, eignet sich für diese eine anonyme Befragung meist nicht. Ebenso werden in kleinen Praxisteams mit wenigen Angestellten häufig keine Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, stattdessen werden Probleme direkt angesprochen und unmittelbar gelöst.

Die Auswertung des Berichtsbogens der Vertragszahnarztpraxis, die weniger als drei Jahre besteht, hat ergeben, dass fast alle QM-Instrumente bereits in der Gründungsphase angewendet und zum Teil bereits ausgewertet und fortentwickelt werden. Gleichwohl zeigt sich, dass bei Praxen, die länger als drei Jahre bestehen, die Umsetzung der QM-Instrumente und deren Anwendungsbereiche bereits weiter fortgeschritten ist.

Mit der QM-RL wurde von den Partnern des G-BA der Tatsache Rechnung getragen, dass zahnärztliche Praxen in der Regel bereits über sehr hohe Qualitätsstandards verfügen. Die meisten der oben genannten Maßnahmen sind in der überwiegenden Mehrzahl in den Praxen des Landes Brandenburg schon lange selbstverständlich.

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) erlassen. Gemäß § 1 Abs. 2 der Qualitätsförderungs-Richtlinie 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 vertragszahnärztlichen 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.

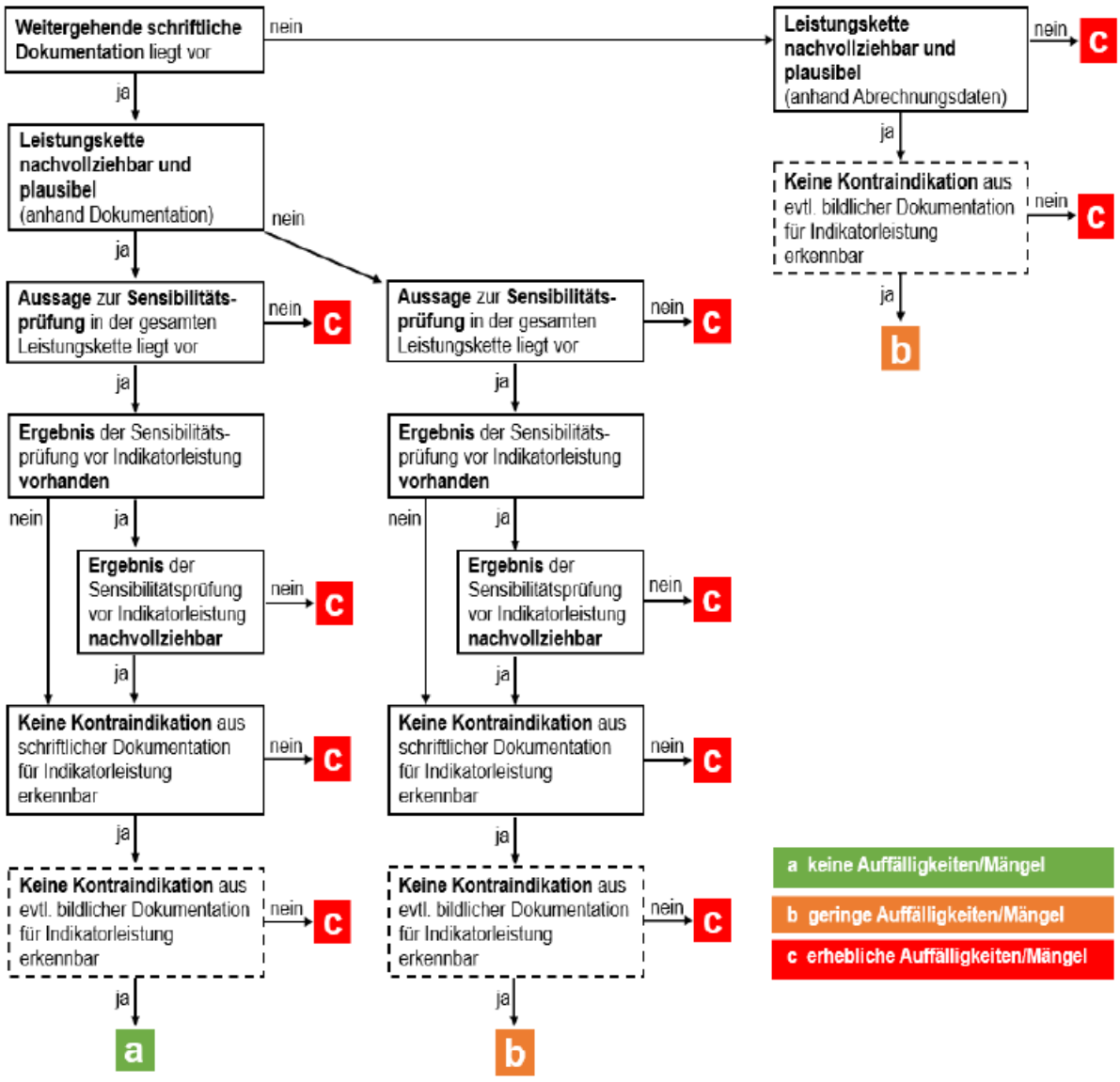
6.1 Dokumentationsprüfung

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 12 Monate die in der jeweiligen QB-RL bestimmte Leistung in mindestens 10 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 Kriterien zur Bewertung der Behandlungsdokumentation sind in der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie festgelegt (Anlage 2 QBÜ-RL-Z).

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 die stimmberechtigten Mitglieder der Qualitätsgremien berufen und zwei Qualitätsgremien mit jeweils drei Vertragszahnärzten sowie deren Stellvertreter entsendet.

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. Diese

Vertreter besitzen allerdings 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 alleine 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 2020

Im April des Berichtsjahres 2020 wurde in der Gesonderten Stelle der KZVLB die Stichproben-Ziehung nach den Kriterien der QBÜ-RL-Z durchgeführt. Dazu erfolgte in einem ersten Schritt zunächst die Ermittlung aller Vertragszahnarztpraxen, die im zu überprüfenden Zeitraum 2019 Leistungen bei der KZVLB abgerechnet haben, welche von der Qualitäts-Beurteilungsrichtlinie Überkappung 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 474 Praxen 3% der Vertragszahnarztpraxen per Zufallsgenerator ausgewählt worden, welche die vorgenannten Aufgreifkriterien bei mindestens zehn Patienten innerhalb des Prüfjahres 2019 abgerechnet haben. In einem weiteren Schritt wurden ebenfalls per Zufallsprinzip je gezogener Praxis jeweils zehn Patienten-/Behandlungsfälle ausgewählt. Im Ergebnis handelte es sich um 15 Praxen mit insgesamt 150 Behandlungsfällen.

Diese Praxen wurden zur Herreichung der jeweils zehn Behandlungsdokumentationen schriftlich aufgefordert. Nach Eingang der Dokumentationen erfolgte durch die Mitarbeiterinnen der Gesonderten 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 vier 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): 2 Praxen
- Bewertung B (geringe Auffälligkeiten): 8 Praxen
- Bewertung C (erhebliche Auffälligkeiten): 5 Praxen

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

Abbildung 8: Gegenüberstellung Gesamt- und Einzelbewertung der Qualitätsprüfungen 2020

Dabei ist festzustellen, dass die prozentualen Anteile in der Gesamtbewertung erkennbar von den Einzelbewertungen abweichen. So liegt der Anteil an der Gesamtbewertung von **C** bei 33%. Der Anteil an Einzelbewertungen in **c** hingegen bei 24%. Eine wesentliche größere Abweichung ist bei der Bewertung **A** mit 13% und **a** mit 70% zu verzeichnen. Dies ist im Berechnungsschema für die Gesamtbewertung begründet (→ Kapitel 6.1).

Es erfolgte der Versand der Bescheide, gegen die keine Widersprüche durch die betroffenen Vertragszahnarztpraxen eingelegt wurden. Die Qualitätsprüfungen 2020 konnten somit im Dezember 2020 abgeschlossen werden.

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. Diese Schulungsreihe wurde zu Beginn des Berichtsjahres 2020 fortgeführt. Die Zahnärzte und Praxismitarbeiter erhielten umfassende Informationen über die rechtlichen Vorgaben, den genauen Ablauf der Qualitätsprüfung sowie die korrekte Dokumentation in der Patientenakte.

Zur Verdeutlichung des Themas Dokumentation wurde eine tabellarische Übersicht zu den Mindestanforderungen an die Dokumentation konservierend-chirurgischer Behandlungen aus Sicht der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zahnärztlicher Leistungen erstellt. Diese wurde den Vertragszahnarztpraxen auf der Internetseite der KZVLB zur Verfügung gestellt.

6.6 Ausblick auf das Jahr 2021

Für das Jahr 2021 sind Webinare zum Thema Dokumentation in Planung. Nach den Erfahrungen der ersten Qualitätsprüfungen im Hinblick auf die eingereichten Behandlungsdokumentationen sollen die Anforderungen an die zahnärztliche Dokumentation bezogen auf die Qualitätsprüfung vermittelt werden. Darüber hinaus ist erneut ein Erfahrungsaustausch der Mitglieder beider Qualitätsgremien geplant.

Weiterhin wird bis zum 31. Juli 2021 durch die Gesonderte Stelle der KZVLB der Bericht über die erfolgte Qualitätsprüfung an die KZBV übermittelt.

7. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsdaten und Qualitätsindikatoren der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte wurden bisher rein sektoral ermittelt. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen diese Daten nunmehr nach einheitlichen Kriterien für bestimmte sektorenübergreifende Verfahren erhoben werden. In Brandenburg erfolgt die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QS) durch eine Landesarbeitsgemeinschaft, 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 sogenannte Landesarbeitsgemeinschaft (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 Qualitätssicherungsverfahren bezogen sich im Erfassungsjahr 2020 auf folgende Qualitätssicherungs-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)

7.2 Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg

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

- die Verbände der Kranken- 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 einer Landesarbeitsgemeinschaft 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. Auf der konstituierenden Sitzung des Lenkungsgremiums wurden der Vorsitzende und die stellvertretende Vorsitzende des Lenkungsgremiums gewählt, der Leiter der Landesgeschäftsstelle benannt und das weitere Vorgehen für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung koordiniert.

Infolge der Überführung der Regelungen der Qesü-RL in die DeQS-RL mit Wirkung zum 1. Januar 2019 waren die vertraglichen Grundlagen der LAG an die Regelungen der DeQS- RL anzupassen. Die KZVLB hat die Position der Brandenburger Vertragszahnärzteschaft bei den erforderlichen Vertragsanpassungen an den LAG-Vertrag, die LAG-Finanzierungsvereinbarung, die Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums sowie die mit der Landesärztekammer Brandenburg abgeschlossene Dienstleistungsvereinbarung in die Vertragsverhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg eingebracht.

Die Landearbeitsgemeinschaft 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.

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 (IQTiG). Die Landesarbeitsgemeinschaft hat eine Geschäftsstelle errichtet, organisatorisch ist diese bei der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) angesiedelt. Die fachlichen Bewertungen der Daten und weitere qualitätssichernde Maßnahmen erfolgen durch Fachkommissionen.

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

8. Verteilungsmaßstab

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 gleich behandelt.

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 MKG-Chirurgen) und legt nach Erörterung im Beratungsausschuss ggf. einen neuen Grenzwert fest.

Die Prüfung für das Jahr 2019 hat keine gravierenden Veränderungen für die im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen im Vergleich zu den Vorjahren ergeben. Der Vorstand der KZV hat insofern die nachfolgenden Grenzwerte für das Jahr 2020 beschlossen.

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 (→ Kapitel 9.2) das Beratungsverfahren der KZVLB in § 7 geregelt. Danach führt die KZV ein Beratungsverfahren für Zahnärzte durch, die im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung 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 Abrechnung (KCH) des ersten vollständig abgerechneten Quartals.

9.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V

Zum 01.07.2014 trat im Land Brandenburg eine neue Prüfvereinbarung in Kraft. Mit dieser wurde die Prüfvereinbarung vom 10.05.2006 einschließlich der Anpassungsvereinbarung vom 01.01.2008 abgelöst. Wesentlicher Inhalt der neuen Vereinbarung sind neben der Zufälligkeitsprüfung (§ 12) die Beratungsverfahren (→ Kapitel 9.1) sowie die Auffälligkeitsprüfung für Leistungen nach BEMA-Teil 1 gemäß § 13.

Auffälligkeitsprüfung

Die Durchführung des Auswahlverfahrens ist in § 14 geregelt. Demnach werden nicht mehr als 3% der abrechnenden Vertragszahnärzte je Quartal in das Auswahlverfahren einbezogen. Für das Verfahren sind Vergleichsgruppen festgelegt.

Die Anzahl der Anträge auf Auffälligkeitsprüfung ist auf maximal 2% der abrechnenden Vertragszahnärzte je Quartal beschränkt. Die Einleitung von Prüfverfahren erfolgt grundsätzlich auf der Basis von Einzelfällen bzw. repräsentativen Einzelfällen.

Zufälligkeitsprüfung

Gemäß § 12 prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung. Diese stellt eine zahnarztbezogene Prüfung vertragszahnärztlicher und vertragszahnärztlich verordneter Leistungen dar, die einen Zeitraum von einem Jahr umfasst.

Dazu erfolgt die quartalsweise Erhebung einer zufälligen Stichprobe im Umfang von 2 % der abrechnenden Vertragszahnärzte im Land Brandenburg. Der Prüfzeitraum endet mit dem Quartal, das dem Quartal der Stichprobenziehung vorausgeht.

Die Prüfung erfolgt pro Zahnarzt auf der Grundlage von nicht mehr als 10 v.H. der KCH-Behandlungsfälle und ist zunächst als Einzelfallprüfung durchzuführen. Bei Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten/- stereotypen ist ein Wechsel der Prüfmethode möglich.

Prüfmethoden

Die Auswahl der Prüfmethode liegt grundsätzlich im Ermessen der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses.

Insbesondere die nachfolgend aufgeführten Prüfmethoden finden gemäß § 19 der Prüfvereinbarung Anwendung:

Prüfmethode	
Einzelfallprüfung	strenge Einzelfallprüfung
	eingeschränkte Einzelfallprüfung
Repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	strenge repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung
	eingeschränkte repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung
Statistische Vergleichsprüfung (Durchschnittsprüfung) mit ergänzender Einzelfallprüfung	intellektuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung
Reine Durchschnittsprüfung	Leistungsspiegel

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.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Mit Inkrafttreten des TSVG zum 11.05.2019 ergeben sich Änderungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung und nachfolgend auch für die Prüfvereinbarung. Im TSVG wurde die Zufälligkeitsprüfung durch eine Prüfung auf begründeten Antrag seitens einer oder mehrerer Krankenkassen oder durch die KZV ersetzt. Bezüglich der Auffälligkeitsprüfung werden die bisher vierjährigen Ausschlussfristen auf zwei Jahre verkürzt, was den Praxen mehr Planungssicherheit verschafft.

Im März des Berichtsjahres 2020 haben die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen Rahmenempfehlungen vereinbart, welche die Grundlage für eine neue Prüfvereinbarung bilden. Die neue Prüfvereinbarung ist zum 01.01.2021 in Kraft getreten. Abrechnungsdaten ab Quartal 1/2021 werden entsprechend der neuen Vereinbarung geprüft, für davor abgerechnete Leistungen gilt die Gemeinsame Prüfvereinbarung vom 20.05.2014 in Verbindung mit der Übergangsregelung.

9.3 Plausibilitätsprüfung nach § 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 2020 durchgeführten Plausibilitätsprüfungen führten bei den nachfolgend aufgeführten Prüfinhalten zusammengefasst zu folgenden Ergebnissen.

Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen

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

Im Berichtsjahr 2020 wurden bei 34 Praxen ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen über einen Zeitraum von drei Quartalen festgestellt. Die festgestellten Auffälligkeiten wurden zum Teil einer weiteren Überprüfung unterzogen. Es wurden schriftlichen Stellungnahmen angefordert oder telefonische Rückfragen geführt. Nach Auswertung der Überprüfungen standen folgenden Erklärungen im direkten Zusammenhang mit einer ungewöhnlichen Fallzahlsteigerung im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Vorjahres:

- stark unterdurchschnittliche Fallzahlen bzw. Neugründerpraxen
- Aufnahme eines zusätzlichen Behandlers in die Praxis oder Verlegung des Praxissitzes
- hohe Anzahl an Neupatienten durch Praxisaufgabe im näheren Umfeld oder durch Beendigung der Zulassung eines Praxispartners in einer Praxisgemeinschaft
- niedrigere Fallzahl im Vorjahresquartal durch außergewöhnliche/ vom Zahnarzt nicht verschuldete Gründe (z.B. Krankheit, Schwangerschaft, Havarieschäden)

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

Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren

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. Bei den Plausibilitätsprüfungen der im Jahr 2020 geprüften Quartale wurden keine Auffälligkeiten festgestellt.

Ungewöhnlich hohe Patientenidentität

Eine erhöhte Patientenidentität ist gegeben, wenn 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. Bei der Prüfung im Berichtsjahr 2020 wurden insgesamt drei Quartale mit folgendem Ergebnis überprüft.

geprüftes Quartal	Anzahl auffälliger Praxisgemeinschaften
3/2019	3
4/2019	1
1/2020	3

Bei einer Praxisgemeinschaft, die im 1. Quartal 2020 auffällig wurde, konnte die gemeinsame Patientenbehandlung durch wechselseitige Vertretung während des Urlaubs bzw. der Notbehandlung erklärt werden. Somit erfolgten keine weiteren Maßnahmen. Ähnliches zeigte sich bei einer weiteren Praxisgemeinschaft, bei der im 3. Quartal 2019 Auffälligkeiten zu verzeichnen waren. Auch hier handelte es sich bei den Doppelabrechnungen größtenteils um berechtigte Vertretungen bei Krankheit, Urlaub bzw. Notbehandlung. Mit einer weiteren Praxisgemeinschaft, die in jedem der geprüften Quartale auffällig war, wurde im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen 2019 bereits ein Beratungsgespräch durchgeführt, anschließend erfolgte eine sachlich-rechnerische Richtigstellung. Da das Beratungsgespräch erst im Januar 2020 stattfand, konnte die Praxis ihr Abrechnungsverhalten erst mit dem 1. Quartal 2020 ändern, sodass keine weiteren Maßnahmen erfolgten. Bei einer Praxisgemeinschaft, die im 3. Quartal 2019 und 1. Quartal 2020 erneut auffällig war, wurden bereits im Jahr 2019 ein Beratungsgespräch und eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durchgeführt. Die Praxis hat ihr Abrechnungsverhalten jedoch nicht geändert. Infolgedessen wurde die Praxisgemeinschaft an das Auswahlgremium zur Wirtschaftlichkeitsprüfung übergeben.

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 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.[16]

10.1 Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V

Nach Maßgabe des § 87 Abs. 2i SGB V sollen im BEMA Zuschlagspositionen für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 102 SGB IX (§ 53 SGB XII bis 31.12.2019) erhalten, zusätzlich zu den Besuchsgebühren geschaffen werden. 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 Schaffung der neuen Richtlinie nach § 22a SGB V (Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen) wurden zum 01.07.2018 die weiteren Zuschläge, Nr. 173 a und b eingeführt.

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 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

[16] Quelle: KZBV Jahrbuch 2020

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 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

Die KZVLB fördert die aufsuchende Betreuung von Versicherten u.a. dadurch, dass soweit in den Verhandlungen mit den Krankenkassen durchsetzbar, die Zuschläge nach 171 a/b sowie die im Rahmen der Besuche erbrachten Annex-Leistungen extrabudgetär vergütet werden.

10.2 Leistungen nach § 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 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
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 vergütet die KZVLB auch die Leistungen nach 172 a/b einschließlich sämtlicher im Rahmen von Heimbesuchen erbrachter Leistungen soweit durchsetzbar extrabudgetär.

10.3 Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V

Angesichts der demografischen Entwicklung besteht jedoch noch weiterer, von der Zahnärzteschaft unvermindert eingeforderter, Handlungsbedarf des Gesetzgebers. Hierzu wurde mit der Schaffung des neuen § 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 Gemeinsamen Bundesausschusses 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 Eingliederungshilfe nach § 102 SGB IX (§ 53 SGB XII bis 31.12.2019) erhalten.

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*	
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 erhalten	16

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

10.4 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V

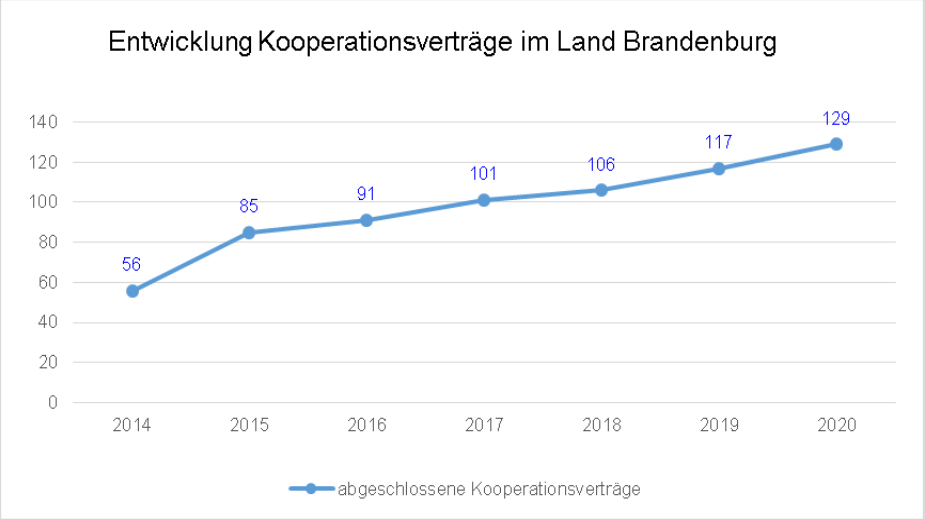
Seit dem 01.04.2014 haben Vertragszahnärzte bzw. Berufsausübungsgemeinschaften die Möglichkeit, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V mit stationären Pflegeinrichtungen abzuschließen, die ihnen eine systematische Betreuung vor Ort ermöglichen. Dabei ist es möglich, Verträge mit mehreren stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen. 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.

Mit Stand 31.12.2020 lagen der KZVLB 129 Kooperationsverträge von 77 zahnärztlichen Kooperationspartnern mit 126 verschiedenen Pflegeheimen von insgesamt 596[17] Pflegeheimen vor.

Gemäß der aktuellsten Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2019 lag die Zahl der Pflegeheime in Deutschland bei 15.380[18]. Bei einer Zahl von 5403 Kooperationsverträgen[19] ergibt sich ein Abdeckungsgrad von 35,13 %, d.h. durchschnittlich besteht in jedem dritten Pflegeheim bereits eine Kooperation nach § 119b SGB V, wenn davon ausgegangen wird, dass je Pflegeheim nur eine Kooperationsvereinbarung geschlossen wird.

Bei immer mehr Pflegeeinrichtungen im Bundesland Brandenburg zeigt sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ein „Versorgungsgrad“ von rd. 22 %. Damit besteht durchschnittlich in fast jedem vierten Heim eine Kooperation.

Abbildung 9: Entwicklung der Kooperationsverträge im Land Brandenburg



Die jährlich steigenden Zahlen der abgeschlossenen Verträge (Abbildung 9) 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 Landeszahnärztekammer Brandenburg sowie dem Vorstand und dem Justitiariat der KZVLB auch Mitglieder aus den Reihen der Brandenburger Vertragszahnärzte hat.

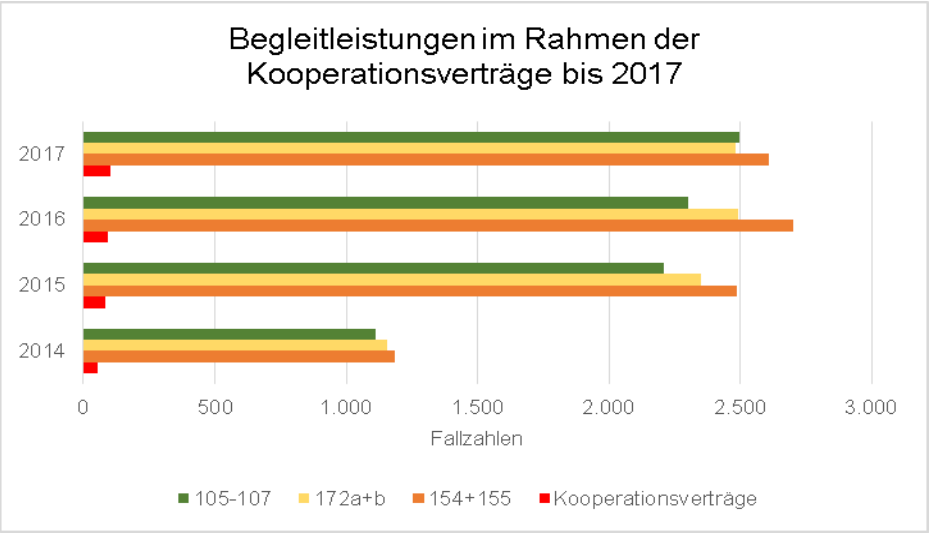
Die folgende Abbildung zeigt, dass es bei den Begleitleistungen nach den BEMA-Nrn. 105 bis 107, die im Rahmen der aufsuchenden Betreuung erbracht wurden, zu keinem signifikanten Anstieg kam, ebenso wenig zu einem alleinigen Anstieg der Fallzahlen für die Zuschläge. Der Barmer Pflegereport 2018 hat diese parallele Entwicklung der Gebührenpositionen im Land Brandenburg positiv hervorgehoben. Die dort zugrunde liegende Untersuchung hat ergeben, dass es allgemein zu einer sprunghaften Zunahme der aufsuchenden Betreuung ohne Inanspruchnahme weiterer Therapieleistungen gekommen ist.

Abbildung 10: Begleitleistungen im Rahmen der Kooperationsverträge bis 2017

[17] Quelle: Pflegeheime 2019/Statistisches Jahrbuch Brandenburg, Oktober 2020

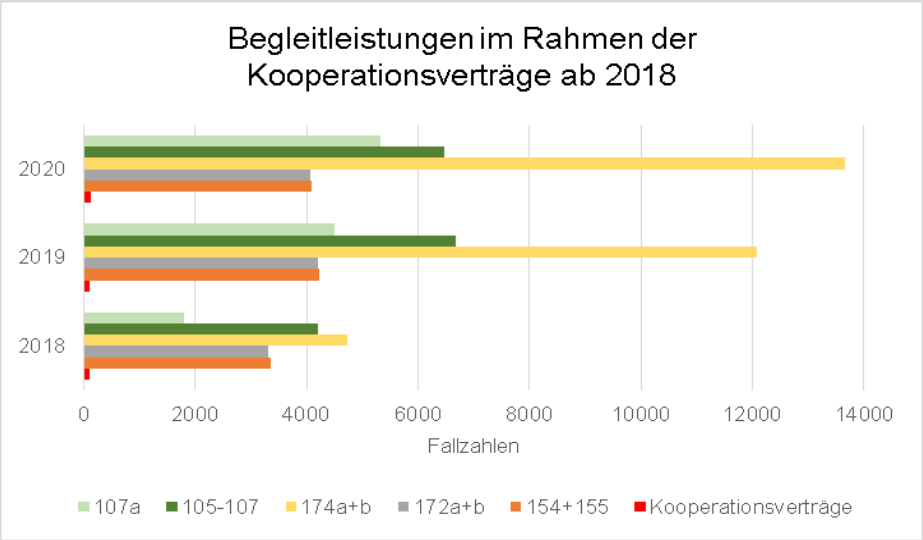
[18] Quelle: Pflegestatistik 2019/Statistisches Bundesamt, 15.12.2020

[19] Quelle: Daten & Fakten 2021/BZÄK/KZBV



Mit Einführung der Versorgungsmöglichkeit der präventiven zahnärztlichen Leistungen nach § 22a SGB V bei Versicherten mit Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder Versicherten mit Eingliederungshilfe nach § 102 SGB IX (§ 53 SGB XII bis 31.12.2019) zeigt sich bei weiterhin stetig steigender Zahl der Kooperationsverträge ab dem Jahr 2018 eine veränderte Entwicklung der aufsuchenden Betreuung im Rahmen der Kooperationsverträge (Abbildung 11). Während sich die Besuchsgebühren und die dazugehörigen Zuschläge parallel zu den Kooperationsverträgen entwickeln, wird insbesondere die Notwendigkeit der Aufklärung und Anleitung zur Mundgesundheit sowie der Zahnsteinentfernung nach BEMA-Nr. 107a bei diesen Patienten deutlich.

Abbildung 11: Begleitleistungen im Rahmen der Kooperationsverträge ab 2018



Grundsätzliches Ziel der KZVLB ist es, stetig eine immer weitere Abdeckung der stationären Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V 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 der vorhandenen, zum Teil sehr hochwertigen Zahnprothesen, 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 von §§ 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 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 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 alle Vertragszahnärzte innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes (erstmals zum 30. Juni 2009) nachweisen, dass sie sich in dem Umfang fachlich fortbilden, 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 ihrer Fortbildungsverpflichtung bis zum Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraumes nicht bzw. nicht in dem vorgegebenen Umfang nachkommen, 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, so ist die KZV verpflichtet, unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung zu stellen.

Im Jahr 2020 wurde die Erbringung der Fortbildungsnachweise Corona-bedingt durch Absagen von Fortbildungsveranstaltungen erschwert. Hinsichtlich des Umgangs mit der Nachweispflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d Abs. 3 Satz 1 SGB V hat das Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage der KZBV eine Verlängerung des Zeitraums für die Erbringung der Fortbildungsnachweise um ein Quartal genehmigt.

Die erstmalige Überprüfung der Fortbildungspflicht zum 30.06.2009 ergab, dass insgesamt 13 Vertragszahnärzte der KZVLB dieser Verpflichtung nicht bzw. nicht vollständig nachgekommen waren. Hierbei handelte es sich überwiegend um ältere Mitglieder, die geplant hatten, noch vor Ende der 5-Jahres-Frist ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit zu beenden. So wurden ab dem 3. Quartal 2009 zunächst für zwei Quartale bei 13 Mitgliedern 10%ige Honorarkürzungen vorgenommen. In den folgenden zwei Quartalen erfolgte die Kürzung noch bei 12 Mitgliedern. Im 3. Quartal 2010 wurde das Honorar von 6 Mitgliedern, im 4. Quartal 2010 noch von 5 Mitgliedern um 25% gekürzt. Bei 3 Mitgliedern wurden noch weitere zwei Quartale 25%ige Honorarkürzungen vorgenommen. Die betreffenden Mitglieder haben ihre Fortbildungspflicht nacherfüllt bzw. ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit kurz nach dem Fristablauf beendet.

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 wurde in KZVLB festgestellt, dass es im 3. Fünf-Jahres-Zeitraum zu Fortbildungspflichtverletzungen gemäß § 95d SGB V bei 11 Vertragszahnärzten kam. In der Folge wurden bei diesen Vertragszahnärzten mit dem Quartal III/2019 Honorarkürzungen in Höhe von 10% geltend gemacht. Im Quartal IV/2019 wurde das Honorar noch bei 8 Mitgliedern gekürzt. Weitere 10%ige Honorarkürzungen wurden mit dem Quartal I/2020 bei 5 Mitgliedern und im Quartal II/2020 noch bei 4 Mitgliedern vorgenommen. Bei 4 Mitgliedern erfolgte mit dem Quartal III/2020 eine 25%ige Honorarkürzung.

Zahnärztlicherseits ist die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung umstritten, da diese Vorgabe dazu führen kann, dass Fortbildung lediglich der Punkte wegen erfolgt. In erster Linie

sollte aber Sinn und Zweck der Fortbildung sein, zum Wohle des Patienten am wissenschaftlichen Fortschritt teilzunehmen.

11.2 Weiteres

Über die beschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die KZVLB hinaus unterliegen zahnärztliche Praxen noch in einer Vielzahl weiterer Bereiche sowohl der gesetzlichen Verpflichtung als auch einem originären Eigeninteresse zur Qualitätssicherung und -verbesserung.

Exemplarisch sind hier lediglich folgende Bereiche genannt:

- Patientenschutz
- Hygienebestimmungen/ Richtlinien des Robert-Koch-Instituts
- Arbeitsschutz
- Röntgenverordnung

11.3 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 werden vom BDSB bzw. eines Mitglieds des DSKT in Präsenz begleitet und dokumentiert. Die Verfahrensvorgänge innerhalb der Abteilung Qualität sind erstmalig für die Durchführung von Datenschutzfolgeabschätzungen innerhalb der KZVLB nach den neuen Modi der DSGVO für 2021 vorgesehen. Es besteht eine sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Abteilungsleitung und den Mitarbeitern der Abteilung Qualität mit dem BDSB und seinem DSKT.

Es wurden für das Jahr 2020 keine Datenpannen bzw. Datenlecks oder sonstige Unregelmäßigkeiten bei der Einhaltung der Datenschutz-Bestimmungen vom Fachbereich bzw. betroffenen Zahnarztpraxen gemeldet.

Anlage

Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB)

SGB V (Stand 29.12.2020)

§ 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 Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten, 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.

§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

(1) Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Ausgabensteigerungen aufgrund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) auf Grund der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 8 Satz 1 erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

(2) Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

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

beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach Satz 1 werden für die Jahre 2017 und 2018 die Mitglieder nicht berücksichtigt, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung vorrangig familienversichert gewesen wären.

[…]

§ 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
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. 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. Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach sachlich-rechnerischer Berichtigung angemessen zu berücksichtigen.

[…]

(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, Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten 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 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,
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 darauf folgenden 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.

§ 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 zugrunde 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.

(2) […]

(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 ergänzende Patientenbefragungen 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.

[…]

(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:
1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

(8) Für die Finanzierung des Instituts gilt § 139c entsprechend.

(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Beschäftigten des Instituts sowie von allen anderen an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen vermieden werden.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der

Qualitätssicherung auszuwerten. Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder bei einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebotes der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.

(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung, soweit erforderlich auch einrichtungsbezogen sowie versichertenbezogen, in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Die Landesbehörde hat ein berechtigtes Interesse an der Verarbeitung der Daten darzulegen und sicherzustellen, dass die Daten nur für die im Antrag genannten konkreten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung der Daten durch die Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen an Dritte ist nicht zulässig. In dem Antrag ist der Tag, bis zu dem die übermittelten Daten aufbewahrt werden dürfen, genau zu bezeichnen. Absatz 10 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

§ 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 01.01.2020)

§ 102 Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen
1. Leistungen der medizinischen Rehabilitation
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
4. Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(2) Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 gehen den Leistungen nach Absatz 1 Nummer 4 voraus.

SGB XI (Stand 29.12.2020)

§ 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.

[…]

SGB XII (Stand 18.09.2020)

§ 71 Altenhilfe

[…]

(2) Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht:
1. Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,
2. Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,
4. Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
5. Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
6. Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen.

[…]