

# Qualitätssicherung



Bericht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung  
Land Brandenburg für das Jahr

**2018**

gemäß § 135b Abs. 1 SGB V



## Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen.....	6
1.1 System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung .....	7
1.1.1 Die KZBV und die 17 KZVen .....	7
1.1.2 Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung .....	8
1.1.3 Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung.....	8
1.1.4 Gutachterwesen in der Zahnmedizin .....	8
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.....	9
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.....	18
4. Gutachterwesen .....	19
4.1 Rechtsgrundlagen .....	19
4.2 Art der vertragszahnärztlichen Gutachten .....	19
4.3 Gutachtertägungen .....	21
5. Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement .....	23
5.1 CIRSdent .....	27
6. Qualitätsprüfung im Einzelfall .....	28
6.1 Dokumentationsprüfung .....	28
6.2 Qualitätsgremium .....	28
6.3 Datenschutz .....	29
6.4 Zukünftige Entwicklung .....	29
7. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung.....	30
7.1 Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	30
7.2 Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg .....	31
8. Verteilungsmaßstab .....	33
9. Ergänzende Maßnahmen .....	35
9.1 Interne Maßnahmen der KZV Brandenburg.....	35
9.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V .....	35
9.3 Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V .....	36
10. Die aufsuchende Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen .....	38
10.1 Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V .....	38
10.2 Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V .....	39
10.3 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V .....	40

10.4 Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V .....	42
11. Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung .....	43
11.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V .....	43
11.2 Weiteres .....	44
11.3 Datenschutz .....	44
Anlage .....	45
Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB) .....	45

Potsdam, im Dezember 2018

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](mailto:eberhard.steglich@kzvlb.de)

Rainer Linke [rainer.linke@kzvlb.de](mailto:rainer.linke@kzvlb.de)

Dr. Heike Lucht-Geuther [dr.lucht-geuther@kzvlb.de](mailto:dr.lucht-geuther@kzvlb.de)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg, Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam, [info@kzvlb.de](mailto:info@kzvlb.de)

Telefon: 0331- 2977-0      Telefax: 0331- 2977-318

## Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe	KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften	LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
		LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
		LZÄK	Landeszahnärztekammer
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen	MKG	Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie
BMV-Z	Bundemantelvertrag- Zahnärzte	OP	Operation
BZÄK bzw.	Bundeszahnärztekammer beziehungsweise	PAR	Parodontologie
CIRScdent	Critical Incident Reporting System	PDCA	Plan-Do-Check-Act
		PEA	Prothetik-Einigungsausschuss
		PZR	Professionelle Zahnreinigung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	QB	Qualitätsbeurteilung
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde	QB-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie	Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	EU-Datenschutz-Grundverordnung	QF-RL	Qualitätsförderungs-Richtlinie
EDV	Elektronische Datenverarbeitung	QM	Qualitätsmanagement
eGK	elektronische Gesundheitskarte	QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
ggf.	gegebenenfalls	QP	Qualitätsprüfung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	QP-RL-Z	Qualitätsprüfungs-Richtlinie zahnärztliche Versorgung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung	QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
i.d.R.	in der Regel	QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen-postoperative Wundinfektionen
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	QS-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie
IQWiG	Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	RKI	Robert-Koch-Institut
KCH	konservierend-chirurgisch	SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch/ Gesetzliche Krankenversicherung
KFO	Kieferorthopädie	SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch/ Soziale Pflegeversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung	SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch/ Sozialhilfe
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	z.B.	zum Beispiel
KVK	Krankenversicherungskarte	ZäPP	Zahnärzte-Praxis-Panel
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	ZE	Zahnersatz
		ZFA	Zahnmedizinische Fachangestellte
		ZZQ	Zentrum Zahnärztliche Qualität

## 1. Vorbemerkungen

Die zahnärztliche Versorgung ist faktisch ein eigenständiger Sektor innerhalb der ambulanten Versorgung, der kaum Schnittpunkte mit anderen humanmedizinischen Bereichen aufweist. Die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7) nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V kann deshalb in der Zahnmedizin nur sehr begrenzt zur Anwendung kommen.

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. Laut Statistischem Bundesamt ist in jeder Zahnarztpraxis rechnerisch pro Jahr eine Vollzeitkraft 100 Tage mit Dokumentations- und Informationspflichten beschäftigt.<sup>1</sup> Betrachtet man die Einnahmen- und Kostensituation einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis müssen mindestens 280 € je Stunde erwirtschaftet werden.<sup>2</sup>

In 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 § 85 Abs. 3 SGB V 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.

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.

<sup>1</sup> Quelle: Daten und Fakten BZÄK & KZBV 2017

<sup>2</sup> Quelle: Jahrbuch der KZBV 2017

- 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.

Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Land Brandenburg vertritt zum Thema Qualitätssicherung die Auffassung, dass diese im Praxisalltag schon von jeher eine wichtige Rolle spielt, 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.

## 1.1 System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung<sup>3</sup>

### 1.1.1 Die KZBV und die 17 KZVen

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 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte festgelegt, aufgrund derer die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen für die gesetzlich Krankenversicherten durchzuführen ist. Die KZBV ist stimmberechtigte Trägerorganisation im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zusammen mit den anderen Trägerorganisationen von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gestaltet die KZBV im G-BA den Leistungskatalog der GKV maßgeblich mit. In Deutschland sind rund 90

<sup>3</sup> Quelle Ziffern 1.1.1 bis 1.1.8: Geschäftsbericht der KZBV 2017/2018

Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Das sind etwa 70 Millionen Menschen.

#### 1.1.2 Grunddaten der vertragszahnärztlichen Versorgung<sup>4</sup>

Mehr als 71.400 Zahnärzte gewährleisten in über 43.600 Praxen eine flächendeckende, wohnortnahe qualitätsorientierte Versorgung der Patienten. Darunter sind rund 3.700 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie und mehr als 3.000 Fachzahnärzte für Oralchirurgie. Hinzu kommen 235 Fachzahnärzte für Parodontologie (die nur im Bereich der Landes Zahnärztekammer Westfalen-Lippe ausgebildet werden). Rund 1.600 Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie komplettieren die umfassende Versorgung. Der Frauenanteil im Beruf beträgt rund 44 Prozent und wird deutlich zunehmen.

Derzeit versorgt ein Zahnarzt (statistisch gesehen) mehr als 1.100 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 1997 noch bei über 10 Prozent. Heute gibt die GKV rund 13,5 Mrd. Euro für die zahnärztliche Behandlung aus. Dies ist mit 6,65 Prozent der niedrigste Anteil der GKV-Ausgaben. Gut 60 Prozent der Ausgaben für die zahnärztliche Therapie (über 8 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 3,4 Mrd. Euro kostet die Versorgung mit Zahnersatz. Über 500 Mio. Euro werden jährlich für die zahnärztliche Prophylaxe in den Praxen 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 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

Die äußerst geringe Zahl an gutachterlich festgestellten Mängeln in der prothetischen Versorgung der Patienten ist ein belegbarer Indikator für eine hohe Versorgungsqualität. Der weit überwiegende Teil der Gutachten sind Planungsgutachten. Neben dieser

<sup>4</sup> Aktueller Stand der Zahlen: Dezember 2017 aus dem Geschäftsbericht der KZBV 2017/2018



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. Das zahnärztliche Gutachterwesen genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz.

Zahnersatz: Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der Zahnersatzbehandlungen war 2017 verschwindend gering und ist damit ein Indikator für eine insgesamt qualitativ gute Versorgung mit Zahnersatz. Von rund 4,4 Millionen prothetischen Neuversorgungsfällen wurde im Jahr 2017 lediglich bei 0,23 Prozent durch Gutachten ein tatsächlicher Mangel bestätigt.

#### 1.1.5 Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die KZBV sieht in Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung wesentliche Elemente einer kontinuierlich für die Praxen weiter zu entwickelnden Qualitätsförderung.

Eine Vielzahl von Vereinbarungen und Empfehlungen sichern die Qualität der zahnärztlichen Versorgung. Dazu gehören zum Beispiel die allgemeinen Richtlinien zur zahnärztlichen Versorgung, wissenschaftliche Stellungnahmen zu Themen der Berufsausübung, Vorgaben zur Hygiene, Röntgenstellen zur Überprüfung von Röntgeneinrichtungen in den Praxen, Gutachterwesen und Gutachterverfahren in Streitfällen, die Arbeit des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ), regionale Qualitätszirkel im gesamten Bundesgebiet sowie die Bestimmungen zur zahnärztlichen Fortbildung.

#### 1.1.6 CIRSDent - Jeder Zahn zählt! Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen

Innerhalb des Critical Incident Reporting System (CIRSDent)- Internetportals berichten die Praxen anonym und sanktionsfrei von unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen ohne Rückschlussmöglichkeiten auf die berichtende Praxis. Die Berichte von Kollegen können kommentiert und mit anderen Nutzern des Berichtssystems direkt und unkompliziert ausgetauscht werden. Ein Fachberatungsgremium von KZBV und BZÄK stellt nach Eingang eines entsprechenden Berichts dessen Anonymisierung sicher und ergänzt diesen um Hinweise und Lösungsvorschläge, wie das geschilderte Ereignis künftig vermieden werden kann. Anschließend wird der Bericht im für die Nutzer des CIRS-Systems zugänglichen Bereich veröffentlicht.

Die CIRSDent - Jeder Zahn zählt! - Website hat zudem eine Datenbank-Funktion. Mit diesem transparenten Berichts- und Lernsystem wird nicht nur der praxisinterne Umgang mit unerwünschten Ereignissen verbessert. Durch den interkollegialen Dialog wird auch das Fehlermanagement in jeder anderen teilnehmenden Praxis gefördert und ausgebaut.

#### 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.

Folgende Leitlinien wurden vom Zentrum zahnärztliche Qualität u.a. erstellt bzw. aktualisiert:<sup>5</sup>

Stand:	Thema:
18.03.2015	Ablaufschema für die Erstellung und Koordination von Leitlinien
20.01.2014	Aktualisierung der Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe
31.01.2013	Aktualisierung der Leitlinie Operative Entfernung von Weisheitszähnen
22.11.2010	Aktualisierung der Leitlinie Fissurenversiegelung
22.11.2010	Früherkennung des Mundhöhlenkrebses
02.02.2009	Wurzelspitzenresektion

Ergänzend hat das ZZQ im November 2017 eine qualitative Studie über den Stellenwert von Leitlinien im Praxisalltag erarbeitet.<sup>6</sup>

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:<sup>7</sup>

Stand:	Thema:
28.03.2018	Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung (S3)
22.03.2018	Zahnimplantatversorgungen bei multiplen Zahnnichtanlagen und Syndromen (S3)
07.12.2017	Odontogene Infektionen (S3)
07.12.2017	Zahnsanierung vor Herzklappenersatz (S3) - UPDATE
27.04.2017	Fissuren- und Grübchenversiegelung (S3) - UPDATE
22.03.2017	Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers (S3) - UPDATE

<sup>5</sup> Quelle: ZZQ/Leitlinien

<sup>6</sup> Quelle: ZZQ/Veröffentlichungen

<sup>7</sup> Quelle: DGZMK/Zahnärzte/Wissenschaft-Forschung/Leitlinien

10.03.2017	Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und apthoiden 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 Behandlungseinheiten (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 navigationsgestützten Implantologie (S2k)
02.12.2010	Fissuren- und Grübchenversiegelung (S3)
01.12.2010	Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (S2k)
12.02.2009	Wurzelspitzenresektion (S2)

Weitere Leitlinien anderer Fachgesellschaften:<sup>8</sup>

<b>Stand:</b>	<b>Thema:</b>
22.08.2016	Down-Syndrom im Kindes- und Jugendalter (S2k)
05.02.2014	Mundhöhlenkarzinom, Diagnostik und Therapie (S3)
05.07.2013	Obstruktive Sialadenitis (S2k)
15.04.2012	Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrosen (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen (S3)
15.04.2012	Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (S3)
15.12.2007	Prophylaxe der Endokarditis

<sup>8</sup> Quelle: DGZMK/Zahnärzte/Wissenschaft-Forschung/Leitlinien

Leitlinien differenzieren nicht zwischen vertrags- und privatärztlicher Leistungserbringung. Eine solche Trennung wäre hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringung weder erforderlich noch sachgerecht. Relevant wird diese Trennung erst in der nachgelagerten Leistungsabrechnung. So ist z.B. bei Implantatversorgungen in Hinblick auf die Qualität der Versorgung eine Trennung zwischen privatärztlich abzurechnendem Implantat und vertragsärztlicher Suprakonstruktion nicht sinnvoll.

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. „Qualität“ ist vielmehr ein wesentlicher Ausdruck des zahnärztlichen Selbstverständnisses, jenseits der immer wieder veränderten „technischen“ Definition von vertrags- und privatärztlichen Leistungen.

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 den Instituten, was auch die methodischen Grundlagen einschließt. Sie ist auch für die Analyse und Bewertung der vom IQWiG veröffentlichten Berichte mit Relevanz zur zahnmedizinischen Versorgung verantwortlich. Im Zeitraum 2017/2018 handelte es sich um diese Themen:

- Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien
- Bewertung von Fluoridlackapplikationen im Milchgebiss zur Verhinderung von Karies
- Konzept für ein nationales Gesundheitsportal

Für die vertragsärztliche Versorgung besteht die Besonderheit, dass sich Behandlungsergebnisse in einer Vielzahl von Fällen (insbesondere in den Bereichen der Zahnerhaltung und Prothetik) erst nach Jahren, wenn nicht Jahrzehnten beurteilen lassen. Eine kurzfristige Erstellung und Auswertung vieler Studien, wie diese vom IQWiG häufig angestrebt wird, scheidet in aller Regel im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung von vorne herein aus. Die zahnärztliche Selbstverwaltung und insbesondere die KZBV als stimmberechtigte Trägerorganisation im GB-A und Mitglied im Stiftungsrat des Instituts beobachtet deshalb die auf die evidenzbasierte Medizin ausgerichtete Arbeitsphilosophie des IQWiG sehr aufmerksam.<sup>9</sup>

## 1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss<sup>10</sup>

Zuständig für die Festlegung verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V ist gemäß § 136 SGB V der G-BA. Gemäß § 136a Abs. 4 SGB V legt der G-BA auch die Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz fest.

Zuständig für zahnärztliche Themen ist der „Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung“. In der Themenauswahl ist stets eine Vielzahl von Kriterien zu berücksichtigen. So ist die Relevanz eines Themas nicht allein abhängig von der damit verbundenen Fallzahl. Ebenso sind die Auswirkungen einer Erkrankung auf die betroffenen Patienten und die Komplexität der Behandlung zu berücksichtigen.

Aus zahnärztlicher Sicht sind Themen, die ausschließlich auf die Ergebnisqualität abzielen, abzulehnen, da hier nicht die Qualität der Versorgung, sondern letztlich lediglich die Höhe der Vergütung im Vordergrund stehen könnte.

Die Beratung folgender zahnärztlichen Themen wurde durch den G-BA im Jahr 2014 bewilligt:

<sup>9</sup> Quelle: KZBV/IQWiG

<sup>10</sup> Quelle: KZBV/G-BA

- „Systematische Antibiotikatherapie in der Parodontologie (PAR) ggf. im Rahmen der konservierend-chirurgischer Behandlung“ mit den Zielen
  - Senkung der Anzahl nicht notwendiger Antibiotika-Verordnungen
  - Steigerung der Anzahl der Verordnungen von „Mitteln der ersten Wahl“
- „Qualität von Zahnextraktionen in Bezug auf Nachbehandlungen bei Zahnextraktionen“ mit den Zielen
  - Steigerung der Quote gewebeschonender Zahnextraktionen
  - Gestaltung der Indikationsstellung bezogen auf patientenseitige Risikofaktoren und die Durchführung von Extraktionen sowie des Patientenmanagements in der Weise, dass möglichst wenige Nachbehandlungen erforderlich werden.

Zum Thema „Systematische Antibiotikatherapie“ hat der G-BA am 17. Dezember 2015 einen Beschluss zur Annahme des Abschlussberichtes durch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH gefasst.

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.

### 1.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien<sup>11</sup>

Bereits seit Beginn der 80er Jahre unterzieht die Deutsche Zahnärzteschaft mittels der Deutschen 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 zurückliegenden DMS zeigten unter anderem, dass es zu einem kontinuierlichen Rückgang der allgemeinen Karieslast bei Kindern und Jugendlichen einerseits gekommen ist, der im Zusammenhang mit der Ausweitung der Fissurenversiegelungen sowie einem regelmäßigen kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten steht. Es gibt aber andererseits eine wachsende Schiefelage innerhalb dieser Verteilung (Kariespolarisation).

Bei jungen Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und auch jungen 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. Neben Karies, Parodontitis, Pflegebedürftigkeit, Alter und sozialen Einflussfaktoren werden sämtliche Schichten und vier Altersgruppen erfasst.

- Karies<sup>12</sup>
  - 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.

<sup>11</sup> Quelle: Geschäftsbericht der KZBV 2017/2018 und Jahrbuch der KZBV 2017

<sup>12</sup> Quelle: IDZ- Zusammenfassung zur DMS V August 2016

- 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.
- 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 Alltagskompetenz)

---

**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 KZV Land Brandenburg betreibt seit mehreren Jahren mit differenzierten Ansätzen, die teilweise aus gesetzlichen Vorgaben resultieren, aber auch unabhängig davon sind, Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen:

- Fortbildung (→ Kapitel 3)
- Gutachterwesen (→ Kapitel 4)
- Qualitätsmanagement (→ Kapitel 5.1)
- Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ Kapitel 6)
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 7)
- Verteilungsmaßstab (→ Kapitel 8)
- Ergänzende Maßnahmen (→ Kapitel 9)

Mit diesem Multilevel-Ansatz werden mehrere Ziele verfolgt:

In der Fortbildung (→ Kapitel 3) zu vertragszahnärztlichen Themen spielen im Land Brandenburg seit einigen Jahren speziell die Fortbildungsveranstaltungen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Voraussetzung für einen qualitätsorientierten Arbeitsablauf ist, dass alle Mitwirkenden an dem Prozess der Leistungserbringung den Qualitätsgedanken verinnerlichen und in ihrem Handeln umsetzen.

Würde die Qualitätssicherung hingegen ausschließlich auf die technische Qualität bzw. das Ergebnis der erbrachten Leistungen reduziert, so wie dies zum Teil von den Krankenkassen in den Verhandlungen über die Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL) gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V (→ Kapitel 7) versucht wurde, blieben wichtige Aspekte unberücksichtigt, die in direktem Zusammenhang mit der Qualität stehen. So ist eine der Grundvoraussetzungen für eine gesicherte Qualität der zahnärztlichen Leistungen eine entsprechende Arbeitsvorbereitung und ein qualitätsorientierter Arbeitsablauf.

Mit den anstehenden Richtlinien zur Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ Kapitel 6) soll der Schwerpunkt auf die Plausibilität von Befund und Behandlung gelegt werden. Doch auch dabei ist zu beachten, dass mit standardisierten Verfahren die zumeist sehr patienten-individuellen Therapien und Versorgungen nur begrenzt qualitativ beurteilt und/oder geprüft werden können. Dies gilt umso mehr, als dass mit dem GKV-Standard überhaupt nur ein Teil der zahnärztlichen Versorgung abgebildet wird. So ist z.B. die privat zu vereinbarende Professionelle Zahnreinigung (PZR) eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg einer vertragszahnärztlichen PAR-Behandlung.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung (QP) und Qualitätsbeurteilung (QB) wird es Zielsetzung der KZV Land Brandenburg sein, zu den betreffenden Beurteilungskriterien Schulungen für Zahnärzte zu planen. Außerdem werden sich die künftigen Mitglieder der Qualitätsgremien in Qualitätszirkeln austauschen können.

Mit dem Verteilungsmaßstab (→ Kapitel 8) 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.

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.



Ergänzend bietet die KZV Land Brandenburg ihren Mitgliedern jeweils bei Bedarf Informationsveranstaltungen zu aktuellen vertragszahnärztlichen Themen an.

Ein wesentliches Tätigkeitsfeld wird in den kommenden Jahren die aufsuchende zahnärztliche Betreuung und Versorgung sowie die Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung von Heimbewohnern sein (→ Kapitel 10).

### 3. Fortbildung durch die KZV Land Brandenburg

Die KZV Land Brandenburg unterstützt 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 (i.d.R. 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 Tage vor Seminarbeginn themenspezifische Fragen aus ihrem Praxisalltag einreichen können, die dann im Workshop beantwortet werden. Aufgrund des Umfangs diverser BEMA-Teile finden die Workshops z.T. an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt und werden durch das dezentrale Angebot mehrfach durchgeführt. In diesem Jahr wurden folgende Themen offeriert:

- BEMA-Teil 1
- Patientenrechtgesetz- Notwendiges Übel oder angebracht?
- Grundwissen Festzuschüsse Befundklassen 1 bis 5 und 7
- Fit im Festzuschussbereich- Befundklasse 6

Ergänzend zu den beliebten Workshops bietet die KZV Land Brandenburg ihren Mitgliedern jeweils bei Bedarf Informationsveranstaltungen zu aktuellen vertragszahnärztlichen Themen an. So startete bereits Ende 2017 die Vortragsreihe zur neuen *Heilmittelverordnung* mit vier Veranstaltungen, der aufgrund der großen Nachfrage drei weitere zu Beginn dieses Jahres folgten. Dabei wurde der Inhalt der seit 01.07.2017 in Kraft getretenen neuen Richtlinie mit den Indikationsgruppen vermittelt und die Verordnung von Heilmitteln anhand von Beispielen erläutert.

Im März 2018 führte die KZV Land Brandenburg gemeinsam mit dem Kompetenzzentrum Demenz eine Informationsveranstaltung zum Thema *Demenz in der Zahnarztpraxis* durch. Den Teilnehmern wurde Hintergrundwissen zum Umgang mit den Erkrankten vermittelt. Darüber hinaus erläuterte unsere Referentin anhand von Beispielen die Gebührenpositionen zur aufsuchenden Betreuung und gab einen Ausblick auf die neue Richtlinie gemäß § 22a SGB V „Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“.

Nach Inkrafttreten dieser Richtlinie zum 01.07.2018 wurde von der KZV Land Brandenburg im Herbst 2018 die Vortragsreihe *Die neuen Leistungspositionen nach § 22a SGB V* angeboten. In drei Vorträgen stellte die Referentin die neuen Gebührenpositionen zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vor und gab Hinweise zur Umstrukturierung der Besuchs- und Zuschlagspositionen.

Ergänzend dazu führte die KZV Land Brandenburg eine Schulung für das Pflegepersonal einer Seniorenresidenz durch, bei der die Referentin das Personal mit praktischer Unterweisung zur Mundhygiene bei Pflegebedürftigen anleitete.

## 4. Gutachterwesen<sup>13</sup>

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 der Bundesmantelverträge 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 der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen (BEMA-Teil 2) (vgl. Anlage 1 Nr. 3 zum BMV-Z)
- bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA-Teil 3) (vgl. Anlage 4 zum BMV-Z)
- bei der 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)

### 4.2 Art der vertragszahnärztlichen 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.

<sup>13</sup> Quelle 4.- 4.2: KZBV- Vertragszahnärztliches Gutachterwesen, Oktober 2018

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 nur für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen für Regel- und gleichartige Versorgungen 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 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 (ZE) 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 evtl. Mängeln der Feststellung, in welcher Art und in welchem Umfang eine Mängelbeseitigung durchgeführt werden sollte.

Einsprüche gegen die Stellungnahme des Gutachters:<sup>14</sup>

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.

Statistische Eckdaten:<sup>15</sup>

Für den Leistungsbereich Zahnersatz wurden im Land Brandenburg 2017 insgesamt 4834 Gutachten sowie 12 Obergutachten erstellt.

durchgeführte Planungsgutachten	durchgeführte Mängelgutachten	Anzahl Gutachter	Gutachten je Gutachter ca.
4465	369	77	63
<b>Obergutachten</b>			
10	2	6	2

<sup>14</sup> Quelle: ZBB 06/2017- Gutachterwesen als Teil der zahnärztlichen Qualitätsförderung

<sup>15</sup> Quelle: KZBV- Erhebung statistischer Eckdaten zum Gutachterwesen, Erhebungsjahr 2017, 09.05.2018

Im kieferorthopädischen Bereich wurden im Land Brandenburg 2017 insgesamt 1031 Gutachten veranlasst.

KFO-Behandlungspläne	KFO-Verlängerungs-/Ergänzungs-/Nachanträge	Anzahl Gutachter	Gutachten je Gutachter ca.
847	184	12	86

Für den Leistungsbereich Parodontologie wurden im Jahr 2017 insgesamt um 164 Gutachten erstellt.

PAR-Behandlungspläne	PAR-Therapieergänzungen	Anzahl Gutachter	Gutachten je Gutachter ca.
160	4	39	4

In der Implantologie wurden im Jahr 2017 von 4 Gutachtern insgesamt 46 Gutachten durchgeführt.

#### 4.3 Gutachtertägungen

Die Vertragsgutachter des KZV-Bereichs werden auf Gutachtertägungen, die von der KZV Land Brandenburg regelmäßig durchgeführt 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 oder Lockerungsgrade 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.

In den Gutachtertägungen 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.

Die ZE-Gutachtertagung findet jährlich statt. Auf der Veranstaltung am 22.03.2017 wurde nach einem Fachvortrag des Gastreferenten als spezielles Thema die Kieferrelationsbestimmung diskutiert.

Im KZV-Bereich Brandenburg tagen die ZE-Gutachter zusätzlich jedes zweite Jahr gemeinsam mit den PAR-Gutachtern.

- So fand im Jahr 2016 die gemeinsame Tagung mit einem Fachvortrag des Gastreferenten zum Thema „Biomedizinische Aspekte in der ZahnMedizin“ statt. Dieses Thema weist sowohl parodontologische als auch prothetische Facetten auf und bildet damit eine Diskussionsgrundlage.
- Im Jahr 2018 tagten die Gutachter gemeinsam am 12. September. Zu dieser Veranstaltung hat der Gastreferent einen Fachvortrag zum Thema „Implantate und gesunde Weichgewebe: Was sind die Schlüsselfaktoren?“ gehalten. Des Weiteren wurde das Antrags- und Genehmigungsverfahren nach dem neuen BMV-Z besprochen.

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

Für den Leistungsbereich Kieferorthopädie findet im Land Brandenburg jährlich, zuletzt am 23.03.2018, ein KFO- Gutachter-Erfahrungsaustausch statt. Ergänzend dazu treffen sich die Gutachter der Nord-KZVen einmal im Jahr zu einer KFO-Tagung.

Die Tagungen für die implantologisch tätigen Gutachter (bei Planungen nach Ausnahmeindikationen gemäß § 28 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 KZV Land Brandenburg 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. Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Die Qualitätssicherung im vertragszahnärztlichen Bereich ist in den §§ 135a, 135b, 136, 136a, 136d, 137a und 137b SGB V definiert. Gemäß § 135a SGB V ist zu unterscheiden zwischen

- einrichtungsinternem Qualitätsmanagement und
- einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung

Im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung stehen voraussichtlich ab Sommer 2019 jährliche Qualitätsprüfungen und Qualitätsbeurteilungen im Einzelfall (→ Kapitel 6) an.

Qualitätssicherung erfolgt darüber hinaus sektorenübergreifend. Die Qualität wird für den vertragszahnärztlichen, vertragsärztlichen und stationären Sektor übergreifend sichergestellt. Im Jahr 2018 hat die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) für die datengestützte einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Land Brandenburg ihre Arbeit aufgenommen (→ Kapitel 7).

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

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

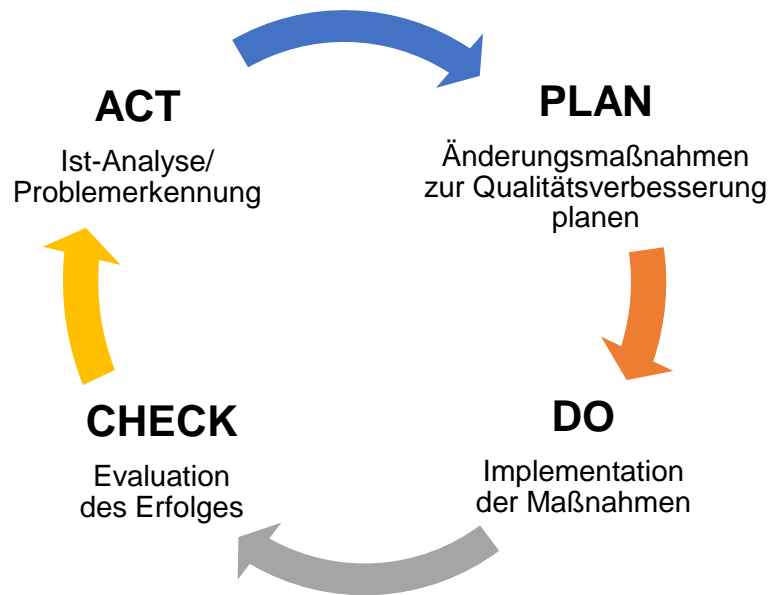
Jeder Vertragszahnarzt ist nach dem Sozialgesetzbuch (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement in seiner Praxis einzuführen und weiterzuentwickeln. Der G-BA hat dazu die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsmanagement- Richtlinie (QM-RL), gültig ab 16.11.2016, 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 Arbeitssicherheit
- 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...“<sup>16</sup>*

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 einzusetzen.

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

<sup>16</sup> G-BA- Qualitätsmanagement-Richtlinie, 16.11.2016, Präambel, 2. Absatz



- 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 Landes Zahnärztekammer (LZÄK)
  
- Checklisten
  - wichtigste Aufgaben und Abläufe des Praxismanagements sind in Checklisten strukturiert und festgelegt
  - tätigkeitsbezogene oder personenbezogene Checklisten
  - Einsatz für immer wiederkehrende Arbeiten, zur Kontrolle von Bereichen oder zur Vorbereitung von Maßnahmen, z.B. 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 5.3)

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

- Notfallmanagement
  - unumgänglich sind klare Regelungen zur Notfallerkennung und -versorgung sowie aktuelles Wissen des Praxisteam zu diesem Thema
  - regelmäßige Aktualisierung der entsprechenden Notfallausstattung und Notfallkompetenz
- Hygienemanagement
  - zur Verhütung, Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten
  - sachgerechter Umgang mit allen hygiene-assoziierten Strukturen und Prozessen
  - Beachtung der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI)
- 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

Gemäß Teil A § 7 Nr. 3 der QM-RL fordern die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Dazu erhalten die „gezogenen“ Mitglieder einen von der KZBV entwickelten, bundeseinheitlichen Berichtsbogen. Für 2017 wurde erstmals eine Differenzierung zwischen Praxen, die seit weniger als drei Jahren bestehen, und länger bestehenden Praxen eingeführt. Somit erhalten „jüngere“ Praxen eine Übergangszeit, in der sie die genannten QM-Instrumente einführen, überprüfen und weiterentwickeln können.

Die KZV Land Brandenburg meldet die Ergebnisse der KZBV, die jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet.

In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse des Jahres 2017 werden in nahezu allen befragten Vertragszahnarztpraxen im Land Brandenburg die in der QM-RL genannten Instrumente entsprechend dem PDCA-Zyklus angewendet, ausgewertet und fortentwickelt oder deren Umsetzung ist geplant. Dabei ist anzumerken, dass es zu unvermeidbaren Abweichungen in der Umsetzung kommen kann. Zum Großteil befinden sich die Instrumente *Patienten- und Mitarbeiterbefragungen* oft noch in der Planungsphase.

Die Gründe für eine Nichtanwendung liegen vorwiegend darin, dass nicht jede Praxisstruktur zur Umsetzung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen geeignet ist. Da in kleineren Zahnarztpraxen oft der unmittelbare Zahnarzt-Patientenkontakt gesucht wird, eignet sich für diese eine anonyme Befragung meist nicht. Ebenso werden in kleinen Praxisteams mit wenigen Angestellten oftmals keine Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, stattdessen werden Probleme direkt angesprochen und unmittelbar gelöst.

Betrachtet man die Praxen die weniger als drei Jahre bestehen, hat die Auswertung der Ergebnisbögen für 2017 ergeben, dass die QM-Instrumente bereits in der Gründungsphase alle angewendet, ausgewertet oder geplant werden. Gleichwohl zeigt sich gegenüber Praxen, die länger als drei Jahre bestehen, dass die Umsetzung QM-Instrumente und deren Anwendungsbereiche bereits weiter fortgeschritten sind.

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.

## 5.1 CIRSdent

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. Abschließend wird der Bericht in dem für Nutzer des CIRS-Systems zugänglichen Bereich 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 vornherein vermieden werden können. Mit Stand Juni 2018 sind bereits rund 5.600 Zahnärzte registriert und mehr als 100 Berichte sowie über 260 Kommentare im System gespeichert.<sup>17</sup>

Die CIRSdent-Website [www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de) hat zudem eine Berichtsdatenbank, so ist eine gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich.

<sup>17</sup> Quelle: Jahresbericht der BZÄK 2017/2018

## 6. Qualitätsprüfung im Einzelfall

Nach § 135b Abs. 2 SGB V prüfen die KZVen „die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben“.

Der G-BA entwickelt in Richtlinien... Kriterien zur Qualitätsbeurteilung ...sowie... Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen...“ In einer Rahmen-Richtlinie sind u.a. die Anzahl der zu prüfenden Praxen und Fälle sowie die Zusammensetzung des zuständigen Prüfungsgremiums festzulegen. In den Qualitätsbeurteilung-Richtlinien (QB-RL) sind dann die Prüfungsthemen und -kriterien zu spezifizieren.

Eine Rahmen-Richtlinie ist mittlerweile in Kraft getreten. Am 21.12.2017 wurde die Qualitätsprüfung-Richtlinie zahnärztliche Versorgung (QP-RL-Z) im Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet und ist am 01.04.2018 in Kraft getreten. Die spezifischen QB-RL befinden sich derzeit in der Beratung im G-BA.

Die Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss 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 13.12.2017) erlassen. Nach § 1 Abs. 2 der Qualitätsförderungs-Richtlinie der KZBV soll die jeweilige KZV zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen sowie der verwaltungsseitigen Betreuung des Bereichs Qualität ein Ressort Qualität einrichten. 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

### 6.1 Dokumentationsprüfung

Die Vorbereitung und Organisation der Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung erfolgt durch eine bei der KZV Land Brandenburg angesiedelte Geschäftsstelle. Die Einhaltung der strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben nach § 299 SGB V wird durch die Errichtung einer gesonderten Stelle bei der KZV Land Brandenburg 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.

### 6.2 Qualitätsgremium

Die fachliche Beurteilung der abgerechneten vertragszahnärztlichen Leistungen erfolgt durch Mitglieder der Brandenburgischen Zahnärzteschaft. Die stimmberechtigten Mitglieder des Qualitätsgremiums werden durch den Vorstand der KZV Land Brandenburg berufen. Der Vorstand der KZV Land Brandenburg entsendet dazu mindestens drei Vertragszahnärzte

sowie deren Stellvertreter in das Gremium. Innerhalb des Qualitätsgremiums werden ein hoher zahnärztlicher Sachverstand und die persönliche Unabhängigkeit der Mitglieder gewährleistet sein. Eine Berufung in das Qualitätsgremium setzt eine mehrjährige Tätigkeit als Vertragszahnarzt voraus. Mindestens ein Mitglied muss zudem über besondere Kenntnisse in der jeweiligen Prüfthematik verfügen. Bei Bedarf kann die KZV Land Brandenburg zusätzliche Sachverständige mit besonderer Fachkompetenz in das Gremium entsenden, diese besitzen kein Stimmrecht bei der Qualitätsbewertung. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen haben die Möglichkeit, zwei zahnärztliche Vertreter für das Qualitätsgremium zu benennen. Diese Vertreter besitzen allerdings kein Stimmrecht bei der Qualitätsbewertung.

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 (vgl. § 299 SGB V). Die KZV Land Brandenburg legt bei der Ausgestaltung der Verwaltungsabläufe ein besonderes Augenmerk auf den Schutz sowohl der zahnarztbezogenen als auch der patientenbezogenen Daten. Insbesondere wird sichergestellt sein, 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, wird die KZV Land Brandenburg eine gesonderte Stelle (§ 299 Abs. 2 Satz 3 SGB V) einrichten. Diese gesonderte Stelle wird sämtliche Behandlungsdokumentationen vor jeder Weiterleitung an das Qualitätsgremium vollständig pseudonymisieren. Eine Re-Pseudonymisierung erfolgt erst, nachdem das Qualitätsgremium seine Beurteilung abgeschlossen hat.

### 6.4 Zukünftige Entwicklung

Die KZV Land Brandenburg hat in Hinblick auf die erforderlichen Vorarbeiten zur Einrichtung einer Abteilung Qualität und zur Etablierung der erforderlichen Prozesse bereits seit Mitte 2018 eine Stelle mit einer Teilzeit-Kraft (20 Std./Woche) besetzt. Die Mitarbeiterin wirkt mit an der Entwicklung der für die Arbeit der Abteilung und des Qualitätsgremiums künftig benötigten EDV-Programme und Statistiken. Darüber hinaus ist sie zuständig für den Qualitätsbericht sowie die Bearbeitung durch die von der KZV Land Brandenburg durchzuführenden Maßnahmen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Die Berufung der zahnärztlichen Mitglieder des für die QP/-QB zuständigen Qualitätsgremiums befindet sich in Planung.

Nach der derzeitigen Zeitplanung des G-BA ist von weiterer Abfolge auszugehen:

- in 2019: Beschlussfassung des G-BA zur Qualitätsbeurteilung-Richtlinie
- in 2019: Inkrafttreten der Qualitätsbeurteilung-Richtlinie
- spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten der Qualitätsbeurteilung-Richtlinie: erstmalige Stichproben-Ziehung durch die KZV
- 2020: erstmaliger Bericht der KZV Land Brandenburg an die KZBV

Die KZV Land Brandenburg plant, speziell auf das jeweilige Qualitätsprüfungs-Thema angepasste Fortbildungskurse anzubieten.

## 7. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsdaten und Qualitätsindikatoren der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte werden 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 durch eine Landesarbeitsgemeinschaft, in dessen Lenkungsgremium die KZV Land Brandenburg 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. Die Qesü-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. Träger und damit auch stimmberechtigte Mitglieder der LAG sind (paritätisch) die Verbände der Krankenkassen, die Landeskrankengesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die KZV. Stellt die LAG Auffälligkeiten in den erhobenen Daten fest, dann fordert sie die betroffene Praxis zur Stellungnahme auf.

Die Qesü-Richtlinie gilt für „sektorübergreifende“ Behandlungen (z.B. Arzt/Krankenhaus). Damit ist die Zahnheilkunde als vorrangig sektorspezifischer Bereich nicht direkt betroffen. 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

Die Qesü-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 (KV, KZV, Landeskrankengesellschaft (LKG) andererseits.“
- Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landes Zahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind.“
- „Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.“

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

Aktuell bildet die Qesü-Richtlinie die Rechtsgrundlage der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Am 19. Juli 2018 hat der G-BA die "Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)" beschlossen. Diese Richtlinie bündelt bestehende datengestützte Verfahren zur sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Die DeQS-RL liegt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vor. Soweit das Bundesgesundheitsministerium keine Beanstandung vornimmt, ist das Inkrafttreten zum 01.01.2019 geplant. Die DeQS-RL soll die Qesü-RL schrittweise ablösen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren beziehen sich aktuell auf die „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ sowie die „Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)“.

## 7.2 Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg

Die KZV Land Brandenburg, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB), die Landeskrankenhausgesellschaft sowie die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen haben im Jahr 2017 die vertraglichen Grundlagen zur Schaffung der organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für die Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden 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.

Die Landesarbeitsgemeinschaft ist ihrer Struktur nach ein Spiegelbild des G-BA in Berlin. Das Pendant zum Plenum des G-BA bildet das Lenkungsgremium der LAG. Hier werden die maßgeblichen Entscheidungen der Landesarbeitsgemeinschaft getroffen. Die stimmberechtigten Mitglieder des Lenkungsgremiums werden durch die KZV Land Brandenburg, die KVBB, die LKG 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.

Im Jahr 2018 hat die Landesarbeitsgemeinschaft ihre Arbeit aufgenommen. Am 28. Juni 2018 tagte die konstituierende Sitzung des Lenkungsgremiums der Landesarbeitsgemeinschaft. Auf der konstituierenden Sitzung wurden der Vorsitzende und die stellvertretende Vorsitzende des Lenkungsgremiums gewählt, der Leiter der Landesgeschäftsstelle benannt und das weitere Vorgehen für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung koordiniert.

Für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung werden Datenannahmestellen eingerichtet. Grundsätzlich ist für die Datenannahme die jeweilige KV, KZV bzw. Krankenhausgesellschaft zuständig. In der Datenannahmestelle werden die erhobenen Daten pseudonymisiert und gehen über eine Vertrauensstelle an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Die Landesarbeitsgemeinschaft hat eine Geschäftsstelle errichtet, organisatorisch ist diese bei der Landesärztekammer Brandenburg angesiedelt. Die fachlichen Bewertungen der Daten und weitere qualitätssichernde Maßnahmen erfolgen durch Fachkommissionen.

Die KZV Land Brandenburg nimmt zu der Tätigkeit der LAG eine vorrangig beobachtende Position ein, da der G-BA bisher noch keine themenspezifischen Bestimmungen zu vertragszahnärztlichen Leistungen beschlossen hat.

Dies liegt insbesondere darin begründet, dass im vertragszahnärztlichen Bereich Leistungen nur im seltenen Ausnahmefall sektorübergreifend erbracht werden. Eine Kombination von ambulanten und stationären Behandlungen ergibt sich i.d.R. ausschließlich im MKG-Bereich, z.B. bei der Behandlung und Nachsorge von Tumor-Erkrankungen im Mundraum.



## 8. Verteilungsmaßstab

Seit 2013 gilt im Bereich der KZV Land Brandenburg ein neuer Verteilungsmaßstab für die Verteilung der Vergütung der ab dem 1. Quartal 2013 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen.

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 Tätigkeit teilnehmenden Zahnärzte sowie Gesundheitseinrichtungen 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 KZV Land Brandenburg 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.

Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 11 Abs. 9 und 10 des Verteilungsmaßstabs der KZV Land Brandenburg erfolgt die Zuordnung zur jeweiligen Fallzahlgruppe unter Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte, Assistenten bzw. nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler (§ 15 des Verteilungsmaßstabes der KZV Land Brandenburg).

Die abgerechneten Fälle werden insofern durch die Zahl der Behandler geteilt, wobei die Zahl der Behandler wiefolgt 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 und legt nach Erörterung im Beratungsausschuss ggf. einen neuen Grenzwert fest.

Die Prüfungen haben ergeben, dass in den vergangenen Jahren keine gravierenden Veränderungen für die im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen bestehen (Zahnärzte und Oralchirurgen sowie MKG-Chirurgen) und die nachfolgenden Grenzwerte somit zunächst weiter gelten:

<b>Gebiet</b>	<b>Grenzwert in Punkten je Fall</b>
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 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 (→ 9.2) das Beratungsverfahren der KZV Land Brandenburg 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 KZV Land Brandenburg 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 (→ 9.1) sowie die Auffälligkeitsprüfung für Leistungen nach BEMA-Teil 1 gemäß § 13.

Die Regelung zur Durchführung des Auswahlverfahrens wurde in §14 neu gefasst. Demnach werden nicht mehr als 3% der abrechnenden Vertragszahnärzte je Quartal in das Auswahlverfahren einbezogen. Für das Verfahren wurden neue 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.

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 nach zunächst als Einzelfallprüfung durchzuführen. Bei Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten/- stereotypen ist ein Wechsel der Prüfmethode möglich.

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

- 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 KZV Land Brandenburg. Es erfolgt dann eine schriftliche Belehrung oder ein Beratungsgespräch des Vorstandes mit dem betroffenen Zahnarzt über seine vertragszahnärztlichen Pflichten (→ 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 i.d.R. zu geringeren Kürzungsbeträgen kommt.

Insgesamt besteht in den Praxen des Landes Brandenburg eine hohe Behandlungs- und Abrechnungsqualität.

### 9.3 Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V

Die KZV Land Brandenburg und die Krankenkassen führen die Plausibilitätsprüfungen nach § 106a SGB V (seit 01.01.2017 neu § 106d SGB V) gemäß den Vorgaben der Richtlinien der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen (in Kraft getreten am 01.07.2008) durch.

Wesentliche Prüfinhalte der Vereinbarung über die Plausibilitätsprüfung sind gemäß der Bundesrichtlinie:

- ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen,
- ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit,
- ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren,
- erhöhte Fallidentität bei KZV-bezirksübergreifenden Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 Zulassungsverordnung- Zahnärzte,
- ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung.

Der Abschluss der regionalen „Vereinbarung zum Inhalt und zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V“ zwischen der KZV Land Brandenburg und den Krankenkassen des Landes Brandenburg erfolgte am 20.05.2014. Die Vereinbarung trat mit Wirkung ab 01.07.2014 in Kraft. Die Plausibilitätsprüfung stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben der sachlich-rechnerischen Prüfung oder der Wirtschaftlichkeitsprüfung (→ 9.2) dar, sondern ein besonderes Prüfverfahren, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die Plausibilität der Abrechnungen geprüft werden kann.

Die Prüfung der Plausibilität durch die KZV Land Brandenburg erfolgt quartalsweise, sie fand erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal II/2013. Die seitdem durchgeführten Plausibilitätsprüfungen führten zusammengefasst zu folgenden Ergebnissen:

- Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen wurden größtenteils in Praxen mit stark unterdurchschnittlichen Fallzahlen bzw. in neugegründeten Praxen festgestellt. In weiteren Fällen standen Fallzahlsteigerungen in direktem Zusammenhang z.B. mit der Aufnahme eines zusätzlichen Behandlers in die Praxis oder mit vielen Neupatienten durch Praxisaufgabe im näheren Umfeld.
- Insbesondere im 3. und 4. Quartal 2014 wiesen einige Praxen einen ungewöhnlich hohen Anteil von Fällen auf, die im Ersatzverfahren abgerechnet wurden. Dies war zum einen auf umfangreiche länger andauernde Probleme mit den Softwarefirmen zurückzuführen. Zum anderen kam es bei der Umstellung von der Krankenversicherungskarte (KVK) auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) beim Einlesen zu Fehlermeldungen im Softwareprogramm.
- Ein weiteres Kriterium der Plausibilitätsprüfung im Land Brandenburg ist die Prüfung auf ungewöhnlich hohe Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften. Dabei kam es im Ergebnis bei einigen Praxisgemeinschaften zu hohen Überschneidungen und Doppelabrechnungen von Leistungen. Infolgedessen wurden Stellungnahmen von den Vertragszahnärzten angefordert oder die betreffenden Zahnärzte wurden zu entsprechenden Beratungsgesprächen eingeladen. In einem Fall wurde im Rahmen dieses Prüfkriteriums ein Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren eingeleitet.

In den Richtlinien der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen ist die Abrechnungsprüfung durch die KZV geregelt. Die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung sowie der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sind Maßnahmen, die in der KZV Land Brandenburg 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 KZV Land Brandenburg wurden bereits interne Maßnahmen betrieben, bevor der Gesetzgeber diese mit der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V vorgegeben hat.

## 10. Die aufsuchende Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen

Ein wesentliches Merkmal der demografischen Entwicklung ist der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung. Diese Entwicklung beruht im Wesentlichen auf der zunehmenden Lebenserwartung und den sinkenden Geburtenzahlen.

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. Zahnärztinnen und 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 eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet.<sup>18</sup>

### 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 § 53 SGB XII 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	<i>Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach den Nrn. 151 und 152, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten</i>	
171a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 151	37
171b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 152a und 152b in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 171a	30

<sup>18</sup> Quelle: KZBV Jahrbuch 2017

153	<i>Besuch in einer Einrichtung zu zuvor vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschl. Beratung und eingehender Untersuchung, <u>ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht</u></i>	
153a	Besuch eines Versicherten	30
153b	Besuch je weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 153a	26
173	<i>Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten nach Nr. 153, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten</i>	
173a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 153a	32
173b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 153b in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 173a	24

Die KZV Land Brandenburg 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 neu strukturiert. 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	30
155	Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Nr. 154	26
172	<i>Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V</i>	
172a	Zuschlag für Besuche nach Nr. 154	40
172b	Zuschlag für Besuche nach Nr. 155 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 KZV Land Brandenburg auch die Leistungen nach 172 a/b einschließlich sämtlicher im Rahmen von Heimbisuchen erbrachter Leistungen soweit durchsetzbar extrabudgetär.

### 10.3 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V

Seit dem 01.04.2014 haben Vertragszahnärzte bzw. Berufsausübungsgemeinschaften die Möglichkeit, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V mit stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen. Dabei ist es möglich, Verträge mit mehreren stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen.

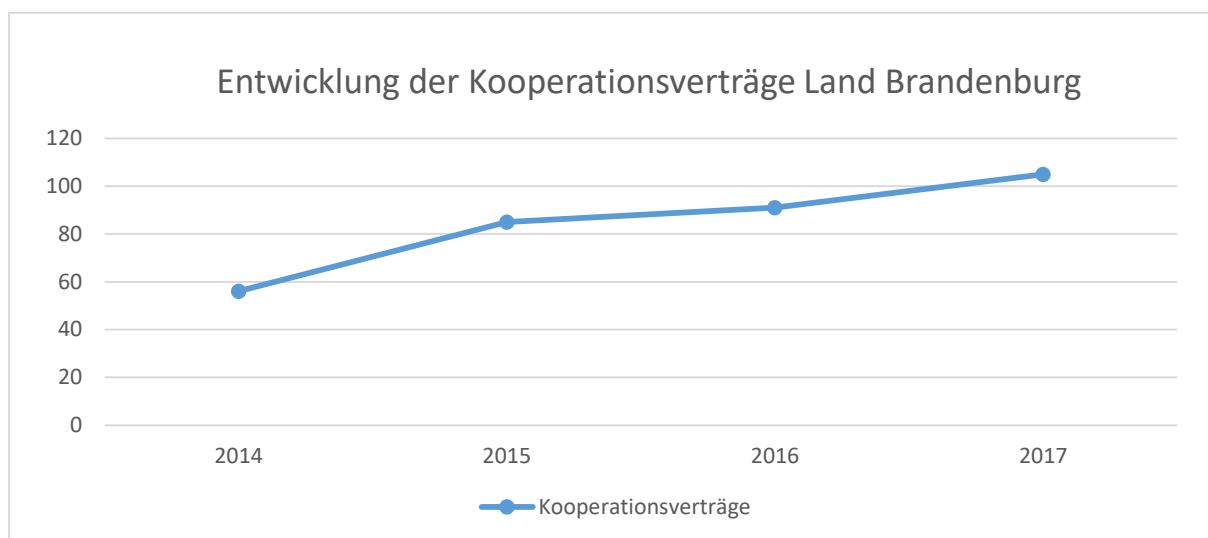
Mit Stand 31.12.2017 lagen der KZV Land Brandenburg 101 Kooperationsverträge von 62 Kooperationszahnärzten mit 98 von insgesamt 488<sup>19</sup> stationären Pflegeeinrichtungen vor.

Gemäß der aktuellsten Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2015 lag die Zahl der Pflegeheime in Deutschland bei rd. 13.600. Bei einer Zahl von 3218 Kooperationsverträgen ergibt sich ein Abdeckungsgrad von rd. 23,7 %, d.h. durchschnittlich besteht in fast jedem vierten Pflegeheim bereits eine Kooperation nach § 119b SGB V, wenn davon ausgegangen wird, dass je Pflegeheim nur eine Kooperationsvereinbarung geschlossen wird.<sup>20</sup>

Mit einem „Versorgungsgrad“ von 20,7 % der Pflegeeinrichtungen im Bundesland Brandenburg bewegt sich die KZV Land Brandenburg nach diesem Kenntnisstand im Bereich des Bundesdurchschnitts.

Die jährlich steigenden Zahlen der abgeschlossenen Verträge (Abbildung 1) bestärken den Vorstand, die Gespräche mit den Trägern der stationären Pflegeeinrichtungen und den Vertragszahnärzten weiter zu intensivieren.

Abbildung 1:



<sup>19</sup> Quelle: Pflegestatistik 2015, Statistisches Bundesamt, 31.03.2017

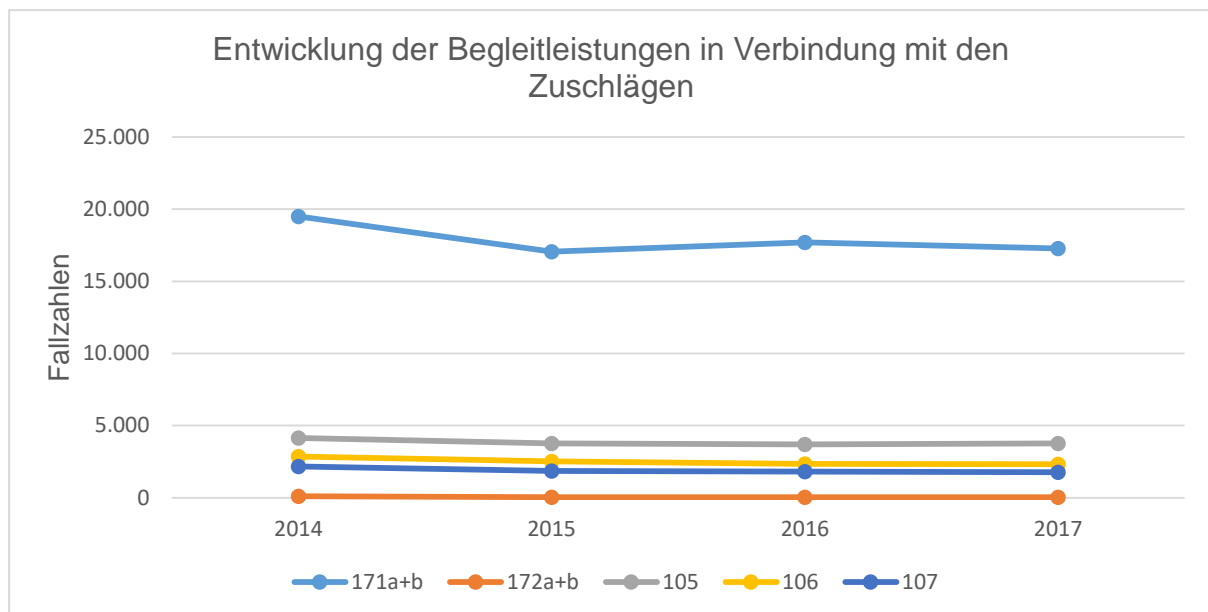
<sup>20</sup> Quelle: KZBV Jahrbuch 2017



Dazu wurde bereits im Jahr 2014 eine Arbeitsgruppe (AG) „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 KZV Land Brandenburg auch Mitglieder aus den Reihen der Brandenburger Vertragszahnärzte hat.

Bei den im Rahmen der aufsuchenden Betreuung erbrachten Begleitleistungen kam es im Land Brandenburg zu keinem signifikanten Anstieg, ebenso wenig zu einem alleinigen Anstieg der Fallzahlen für die Zuschläge (Abbildung 2). 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 2:



Grundsätzliches Ziel der KZV Land Brandenburg 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.

#### 10.4 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.

Zum 01.07.2018 treten mit der Richtlinie gemäß § 22a SGB V neue präventive Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen in Kraft. Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

Die in der neuen Richtlinie verankerten Leistungen werden zunächst durch Schaffung folgender neuer BEMA-Gebührenpositionen umgesetzt:

174	<i>Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten</i>	
174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
174b	Mundgesundheitsaufklärung	26
107a	Entfernung harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	16

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

## 11. Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung

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.

### 11.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V

Insbesondere ist hier die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V zu nennen. Danach müssen alle Vertragszahnärzte innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes (erstmalig 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.

Die erstmalige Überprüfung der Fortbildungspflicht zum 30.06.2009 ergab, dass insgesamt 13 Vertragszahnärzte der KZV Land Brandenburg 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.

Alle diese Mitglieder haben ihre Fortbildungspflicht nacherfüllt bzw. ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit kurz nach dem Fristablauf beendet.

Im 2. Fünf-Jahres-Zeitraum vom 01.07.2009 bis 30.06.2014 gab es keine Fortbildungspflichtverletzung. Aktuell haben alle Mitglieder der KZV Land Brandenburg ihre Fortbildungspflicht fristgerecht erfüllt.

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 KZV Land Brandenburg hinaus unterliegen zahnärztliche Praxen noch in einer Vielzahl weiterer Bereiche sowohl der gesetzlichen Verpflichtung als auch einem originären Eigeninteresse zur Qualitätssicherung und -verbesserung.

Exemplarisch seien hier lediglich folgende Bereiche genannt:

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

## 11.3 Datenschutz

Im Zuge von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen wurden auch in den Bereichen Datenschutz und -sicherheit einige Änderungen vorgenommen. Ebenfalls erfolgten in Hinblick auf das Inkrafttreten der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Verbesserungen im Bereich Datenschutz. Alle Mitarbeiter wurden, zusätzlich zur bestehenden Datenschutzverpflichtung, über die Änderungen der DSGVO geschult. Bestehende Verträge mit Auftragnehmern werden geprüft und, wenn erforderlich, an die neuen Bestimmungen angepasst.

Es wird auch kontinuierlich, intern und extern, geprüft ob die eingesetzte Hard- und Software noch dem aktuellen Stand der Technik entspricht und sicher ist, ggf. erforderliche Maßnahmen, z.B. Austausch von veralteten Systemen, werden zeitnah umgesetzt.

Des Weiteren wurde unter anderem der komplette Webauftritt der KZV Land Brandenburg erneuert. Außerdem wird jetzt durchgehend Transportverschlüsselung eingesetzt.

Für den Bereich der Qualitätsprüfung im Einzelfall (→ 6.3) gelten die strengen Vorgaben des § 299 SGB V.

## Anlage

### Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB)

#### **SGB V (Stand 30.05.2017)**

#### **§ 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 oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.
- (2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.

#### **§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

- (1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30. Juni 2012 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 nichts 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. Die Sanktionsmaßnahmen nach § 137 Abs. 1 SGB V gelten hingegen grundsätzlich auch für den vertragszahnärztlichen Bereich.

## **§ 71 Beitragsstabilität**

- (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 Beitragsstabilität). 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. 7 erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragsstabilität.
- (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 waren.  
[...]

## **§ 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 und

4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Notdienstnummer aufzustellen.

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.

[...]

## § 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 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
- (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.

[...]

## **§ 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 und Soziotherapie,
  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 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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 abgeleiteter 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 Kassenzahnärztlichen 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 sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen in 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 sollen einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern 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 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.
- (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 er 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.

### **§ 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.

### **§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses**

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein
1. Vergütungsabschläge
  2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,
  3. die Information Dritter über die Verstöße,
  4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen

Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.

- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser fest.[...]

[...]

- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen.[...]

[...]

### **§ 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.
- (4) 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 § 137 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.
- (5) 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 und Nutzung 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 übermittelt 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 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 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 erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen 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.[...]

[...]

- (6) 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 XI (Stand 18.07.2017)**

### **§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines persönlichen begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.[...]

[...]

## **SGB XII (Stand 17.08.2017)**

### **§ 53 Leistungsberechtigte und Aufgabe**

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.[...]

[...]

### **§ 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.[...]

[...]

