

Qualitätssicherung



BREMEN

Bericht für das Jahr

2013

gemäß § 136 Abs. 1 SGB V

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

Inhaltsverzeichnis

1.	Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V).....	1
2.	Vorbemerkungen	3
2.1	Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA).....	4
2.2	Leitlinien	5
2.3	Deutschen Mundgesundheitsstudien	6
3.	Ziele.....	7
4.	Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen.....	9
5.	Gutachterwesen / Tübinger Modell	11
5.1	Gutachterwesen	11
5.2	Tübinger Modell.....	12
5.2.1	Tübinger Modell ZE/PAR	12
5.2.2	Tübinger Modell KFO	15
6.	Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung	17
6.1	Qualitätsmanagement-Richtlinie	17
6.2	Qualitätssicherungs-Richtlinie	19
7.	Honorarverteilungsmaßstab (HVM).....	21
8.	ergänzende Maßnahmen.....	23
8.1	interne Maßnahmen der KZV Bremen	23
8.2	Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V	24
8.3	Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V	25
9.	Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung	27
9.1	Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V	27
9.2	Beauftragter gemäß § 81a SGB V	27
9.3	Weiteres.....	28
10.	Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten.....	29
11.	Selektivverträge nach § 73c SGB V	35

Bremen, im Dezember 2013

Hinweis:

Für diesen Bericht zeichnen als Vorstand verantwortlich:

Dr. Dirk Mittermeier dmittermeier@kzv-bremen.de

Oliver Voitke owoitke@kzv-bremen.de

Haus der Zahnärzte, Universitätsallee 25, 28359 Bremen, info@kzv-bremen.de

Tel.: 04 21 – 22 00 7 – 0 Telefax: 04 21 - 22 00 7 – 96

1. Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V¹)

§ 135a

Verpflichtung 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 §§ 137 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 (...).
- (3) **Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1d 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.**

§ 136

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 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; (...).
- (3) (...)
- (4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet den Regelungen der §§ 87a ab dem 01. Januar 2009 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. (...)

¹ Zuletzt geändert mit Wirkung ab dem 01.01.2013. Änderungen in Fettdruck gekennzeichnet.

Richtlinie und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragszahnärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere
1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 (...) 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 und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten. (...)

- (1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest (...). Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 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.

(1b) (...)

(1c) (...)

- (1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. (...)**

- (2) Die Richtlinien nach Abs. 1 sind sektorübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.

(3) (...)

- (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 Entscheidungen 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 Gesetzbuches bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- und 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.

2. 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 6.2) nach § 137 Abs. 1 in Verbindung mit § 137a SGB V kann deshalb im zahnmedizinischen Bereich 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 zunächst einmal Kosten verursacht.

Letztmals für 2012 bestand im vertragszahnärztlichen Bereich noch die widersprüchliche Situation, dass zwar einerseits die Qualität gesichert werden muss, andererseits angemessene Vergütungen zur Umsetzung dieser Qualitätssicherung durch die zwingende Koppelung der Honorare für vertragszahnärztliche Leistungen an die Grundlohnsummensteigerung gemäß § 85 Abs. 3 SGB V nahezu ausgeschlossen waren. Seit 2013 ist die Grundlohnsummensteigerung gemäß § 85 Abs. 3 in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) nur noch ein gleichgewichtiger Parameter:

- Zahl und Struktur der Versicherten (*neu*),
- Morbiditätsentwicklung (*neu*),
- Kosten- und Versorgungsstruktur (\approx Praxiskosten),
- Arbeitszeit, Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen,
- Grundlohnsummen-Entwicklung.

Eine Überschreitung der Grundlohnsummen-Entwicklung führt damit seit 2013 nicht mehr automatisch zu einer Verletzung des weiterhin geltenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V.

Gesetzliche Vorgaben zur Qualität der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung können seit 2013 in dem Parameter „Art und Umfang zahnärztlicher Leistungen“ vergütungsseitig Berücksichtigung finden. In der praktischen Umsetzung erwies sich die Parametrisierung jedoch bisher als schwierig.

Unbeschadet dieser gesetzlichen Neuregelungen gelten unverändert die von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bereits in 2005 postulierten fünf Grundsätze zur Qualitätsförderung bzw. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde:

- I. Qualitätsförderung ist eine originäre innerprofessionelle Aufgabe; damit wird die berufliche Tätigkeit transparent.
- II. Qualitätsförderung dient der Verbesserung der Patientenversorgung und ist kein Selbstzweck. Der Patient steht im Mittelpunkt der Qualitätsförderung und muss in die Lage versetzt werden, daran mitzuwirken.
- III. Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind vom Berufsstand selbst zu entwickeln und zu implementieren, ohne Vorgaben und direkte Einflussnahme durch Gesetzgeber oder Kostenträger. Zwang und Kontrolle zur Qualitätsförderung sind nicht zielführend.
- IV. Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen. Diese sind mit Kosten verbunden. Voraussetzungsorientierte Qualitätsförderung wird vom Berufsstand verwirklicht, wo immer sie für Zahnärzte und Patienten von Nutzen ist. Qualitätsförderung setzt eine angemessene Honorierung der hochwertigen zahnmedizinischen Dienstleistungen voraus.

- V. In Zukunft können mehr Menschen mehr eigene Zähne bis ins Alter behalten, was eine Steigerung der Lebensqualität bedeutet. Voraussetzung dafür ist die Umsetzung einer qualitätsgesicherten und gleichzeitig präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Diese fünf Grundsätze fanden Berücksichtigung in dem hier vorliegenden Qualitätssicherungsbericht, zu dessen jährlichen Erstellung die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gemäß §136 Abs. 1 SGB V seit 2004 verpflichtet sind.

Der Vorstand der KZV Bremen vertritt zum Thema „Qualitätssicherung“ die Auffassung, dass diese im Praxisalltag schon von je her eine wichtige Rolle spielt, auch wenn die Verbesserung der Arbeitsprozesse früher nicht mit dem Namen „Qualitätssicherung“ belegt wurde.

Die Qualitätssicherung ist nach einhelliger Auffassung weiterhin eine wichtige Zukunftsaufgabe des Berufsstandes, die im Rahmen der Selbstverpflichtung in eigener Verantwortung zu erfüllen ist. Qualität muss sich in der Praxis beweisen, nicht „auf dem Papier“.

2.1 Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Zuständig für die Festlegung verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V ist gemäß § 137 Abs. 1 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Gemäß §137 Abs. 4 SGB V legt der GBA auch die Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen nun Zahnersatz fest.

Zuständig für zahnärztliche Themen ist der „Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung“. Dieser hat zuletzt die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Abs. 4 SGB V“ (Festzuschuss-Richtlinie) überarbeitet. Diese Überarbeitung trat am 01.01.2013 in Kraft.

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 Erkrankungen 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.

In Vorbereitung bzw. in der Beratung befinden sich folgende zahnärztlichen Themen

- „Systemische Antibiotikatherapie in der Parodontologie ggf. im Rahmen 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.

Zu beiden Themen wurde das Aqua-Insitut am 18.07.2013 durch den GBA mit der Erstellung einer Informationssammlung und einer Konzeptskizze beauftragt.

2.2 Leitlinien

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

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für angemessene ärztliche bzw. zahnärztliche Vorgehensweisen bei Präventionsmaßnahmen und speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen einen durch definiertes, transparent gemachtes Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus verschiedenen Fachbereichen und/oder Arbeitsgruppen dar.

Leitlinien sind – in Abgrenzung zu Richtlinien – rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren" und sie sind Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Sie sollen Behandlungsrisiken minimieren und zu einer wissenschaftlich begründeten, (zahn)ärztlichen Vorgehensweise motivieren und zugleich die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten berücksichtigen. Die Aufgabe einer Leitlinie ist die Wertung des aktuellen Wissens zu speziellen Gesundheitsproblemen und (zahn)ärztlichem Handeln. Sie dient zudem der Klärung gegensätzlicher Standpunkte und wägt Nutzen und Schaden einer bestimmten Vorgehensweise ab. Letztlich dienen Leitlinien der Beantwortung der Fragen: Was ist notwendig und sinnvoll? Was ist überflüssig? Was ist obsolet?²

Folgende Leitlinien befinden sich u.a. derzeit bei der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) in Bearbeitung (als neue Leitlinien bzw. „Update“ bereits bestehender Leitlinien):

- Zahnbehandlungsangst
- Dentale Volumetomographie
- Prothetik und Implantate zahnloser Oberkiefer
- Implantologische Indikationen von Knochenersatzmaterialien
- Festsitzender Zahnersatz für zahnbegrenzte Lücken
- Mundhöhlenkarzinom
- Dysgnathiechirurgie
- Leitungsanästhesie vs. Intraligamentäre Anästhesie
- Therapie des dentalen Traumas im bleibenden Gebiss
- Diabetes und Parodontitis
- Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoide Läsionen der Mundschleimhaut.
- Regenerative Therapie bei Furkationsbefall

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat folgende Leitlinien allein oder in Kooperation mit Dritten (z.B. mit der ZZQ) erarbeitet:

- Dentale Volumetomographie
- Fissuren- und Grübchenversiegelung
- Fluordierungsmaßnahmen
- Operative Entfernung von Weisheitszähnen
- Indikation für radiologische 3D Diagnostik und navigierte Implantatinsertion
- Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn- Mund- und Kieferheilkunde

² Quelle: Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ)

- Wurzelspitzenresektion
- Empfehlungen zu zahnärztlich-chirurgischen Sanierung vor Herzklappenersatz

Weitere Leitlinien sind in Arbeit bzw. in Planung (ebenfalls zum Teil in Kooperation mit Dritten, z.B. der ZZQ).

Leitlinien differenzieren nicht zwischen vertrags- und privat-zahnärztlicher 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 – privat-zahnärztlich abzurechnendem – Implantat und – vertragszahnärztlicher – Suprakonstruktion nicht sinnvoll.

Diese umfangreiche Auflistung, die nur einen kleinen Ausschnitt aus der Vielzahl zahnärztlicher Leitlinien darstellt, belegt, 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 privat-zahnärztlichen Leistungen.

2.3 Deutschen Mundgesundheitsstudien

Bereits seit Beginn der 80er Jahre unterzieht die Deutsche Zahnärzteschaft mittels der „Deutschen Mundgesundheitsstudien“ (DMS) die Qualität zahnärztlicher Leistungen selbst regelmäßig einer kritischen Prüfung.

Die DMS erlauben eine fortlaufend aktuelle, repräsentative Charakterisierung oral- und sozialespidemiologischer 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 andererseits eine wachsende Schiefelage innerhalb dieser Verteilung gibt (Kariespolarisation). Dieser Trend wird bei Erwachsenen und auch Senioren eher durch einen Rückgang extrahierter Zähne bestimmt. Für die Parodontitis wurde eine allgemeine Zunahme der Erkrankungslast bei gleichzeitigem Anstieg begleitender Zahnerkrankungen (Wurzelkaries) festgestellt.

Nach den gesamtdeutschen Erhebungszeitpunkten 1997 und 2005 ist es nun das Ziel, mit der DMS V, die gerade begonnen hat, eine versorgungsepidemiologische Kennziffernaktualisierung unter Berücksichtigung des demografischen Wandels sowie der zeitgemäßen Methodendokumentation vorzulegen.

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

3. Ziele

Die KZV Bremen betreibt seit mehreren Jahren mit differenzierten Ansätzen, die zum Teil aus den Vorgaben durch das GMG und das GKV-WSG resultieren, zum Teil aber auch unabhängig von gesetzlichen Vorgaben sind, Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen:

- I. Fortbildung in Kooperationen mit der Zahnärztekammer Bremen (→ Kapitel 4)
- II. Gutachterwesen / Tübinger Modell (→ Kapitel 5)
- III. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung (→ Kapitel 6)
- IV. Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 7)
- V. ergänzende Maßnahmen (→ Kapitel 8)

Die KZV Bremen verfolgt mit diesem Multilevel-Ansatz mehrere Ziele:

Die Fortbildung zu vertragszahnärztlichen Themen wird im Lande Bremen in ein umfassendes Konzept eingebettet, das alle Aspekte des zahnärztlichen Berufes umfasst. Dazu zählen Fortbildungen zu übergreifenden Themen wie z.B. zu Fragen des Praxismanagements und der Praxisorganisation. In diesem Zusammenhang spielen auch die Fortbildungsveranstaltungen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Voraussetzung für einen qualitäts-orientierten Arbeitsablauf ist, dass alle Mitwirkenden an dem Prozess der Leistungserbringung den Qualitätsgedanken verinnerlichen und in ihrem Handeln umsetzen.

Das „Tübinger Modell“, das im Bereich der KZV Bremen bereits in 2001 eingeführt wurde, ist eine weitere, von der Zahnärzteschaft selbst initiierte Stufe der Qualitätssicherung, obwohl dieses Modell vordergründig zunächst eine nachgelagerte Qualitätsprüfung darstellt. Das Modell ermöglicht es aber, anhand objektiver Kriterien Qualitätsmerkmale abzufragen und die Ergebnisse dieser Abfrage zu analysieren. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, um die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen. Ziel des „Tübinger Modells“ ist aber nicht vorrangig die „Kontrolle“ der Beteiligten auf Grundlage irgendwelcher theoretischer Kriterien, sondern eine möglichst unbürokratische, fachlich gesicherte und praxisnahe Verfahrenshilfe für die beteiligten Gutachter und Praxen. Nach den guten Ergebnissen für PAR und ZE wurde 2006 das Tübinger Modell auf den Bereich der Kieferorthopädie erweitert.

Mit der Durchführung von Schulungsmaßnahmen zur Umsetzung der Vorgaben aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie gemäß § 135a Abs. 2 Ziffer 2 SGB V (→ Kapitel 6.1) hat die KZV Bremen – hier in enger Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen – für die Praxen im Lande Bremen die Möglichkeit geschaffen, diese Vorgaben praxisorientiert und mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand umzusetzen.

Würde die Qualitätssicherung hingegen ausschließlich auf die „technische“ Qualität der erbrachten Leistungen reduziert, so wie dies zum Teil von den Krankenkassen in den Verhandlungen über die Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 135a Abs. 2 Ziffer 1 SGB V (→ Kapitel 6.2) versucht wurde, blieben wichtige Aspekte, die in direktem Zusammenhang mit der Qualität stehen, unberücksichtigt. So ist eine der Grundvoraussetzungen für eine gesicherte Qualität der zahnärztlichen Leistungen eine entsprechende Arbeitsvorbereitung und ein qualitätsorientierter Arbeitsablauf.

Mit dem Honorarverteilungsmaßstab 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 SGB V.

Die ergänzenden „internen“ Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden von der KZV Bremen in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut. Neben statistischen Auswertungen wie der „PAR-/ KBR-Hitliste“ und der „HVM-Fallzahl-Hitliste“ werden bei Bedarf „Praxisneugründer-Seminare“ durchgeführt, in denen jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten ein umfassender Einblick in „das Leben als Vertragszahnarzt“ vermittelt wird.

Ergänzend bietet die KZV Bremen 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 zahnärztlich Versorgung von Heimbewohnern sein (→ Kapitel 10).

In Hinblick auf die Qualitätssicherung sind hingegen Selektivverträge (→ Kapitel 11) sehr kritisch zu betrachten. Da derartige Verträge, die direkt zwischen Krankenkassen und einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen werden, in der Regel rein „preisorientiert“ gestaltet sind, bleibt für Qualitätsaspekte grundsätzlich kein Spielraum, selbst wenn häufig die Förderung und Verbesserung der Leistungsqualität als vorrangiges Qualitätsziel benannt wird. Hiervon zu unterscheiden sind jedoch die „kollektiven Selektivverträge“ zwischen Krankenkassen und einzelnen KZVen. Derartige Verträge stehen grundsätzlich allen Mitgliedern dieser KZVen offen und beinhalten i.d.R. Qualitätskriterien, die auf Grundlage von zahnärztlichem Sachverstand definiert wurden. So wurden z.B. mit dem „Endo-Vertrag“ zwischen der KZV Bayerns und dem bayerischen BKK-Landesverband nicht nur Behandlungsstandards, sondern auch die Dokumentation von Erfolg/Misserfolg festgelegt.

4. Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen

Gemäß § 3 Abs. 4 der geltenden Satzung der KZV Bremen kooperiert die KZV bei der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen mit der Zahnärztekammer Bremen (ZÄK). Die KZV stellt der ZÄK zu diesem Zweck pro Jahr einen Betrag zur Verfügung, für den diese Fortbildungsveranstaltungen zu vertragszahnärztlichen Themen durchführt.

Der permanente Informationsaustausch mit der Kammer stellt dabei sicher, dass die Fortbildungsangebote zu vertragszahnärztlichen Themen

- durch den Vertreter der KZV im Fortbildungsausschuss der Kammer in enger Abstimmung mit der KZV gestaltet werden und
- in ein ganzheitliches Konzept eingebettet sind,

wodurch ein bedarfsgerechtes Fortbildungsangebot gewährleistet wird. So führte die ZÄK in 2013 u.a. folgende – zum Teil mehrtägige – Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte, ZFA und ZMF ganz oder teilweise zu vertragszahnärztlichen Themen durch:

- Abrechnung:
 - Bremer Fachabend für Fachkräfte: Festzuschüsse
 - Zahntechnische Abrechnung - Was Sie schon immer wissen wollten
 - Abrechnung auf ein Neues
 - KFO-Abrechnung für Einsteiger
 - Brückenkurs Abrechnung
- Prophylaxe:
 - Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe I
 - Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe II
 - Prophylaxe Labyrinth von Zahnpasta, Mundspülung und Co.
 - Spezialitäten in der Prophylaxe
- Verschiedenes:
 - Endodontische Notfälle – planungssicher managen
 - Alltägliche Probleme bei der herausnehmbaren Teil- und Totalprothetik
 - Praktischer Arbeitskurs: Alginatabformung leicht gemacht
 - Sonderkurs Alterszahnheilkunde

Die KZV Bremen stellt außerdem Räume sowie Materialien für die regelmäßig stattfindenden und von den teilnehmenden Vertragszahnärzten selbst organisierten Qualitätszirkel zur Verfügung.

Auch in 2013 fanden unter der Leitung von speziell geschulten – zahnärztlichen – Moderatoren mehrere Qualitätszirkel mit durchschnittlich etwa 15 bis 20 Teilnehmern zu verschiedenen Themen aus der zahnärztlichen Leistungs-Erbringung statt. Die Ergebnisse dieser Qualitätszirkel werden jeweils protokolliert. Die Teilnehmer erhalten damit eine aktuelle und mit Erfahrungen aus der täglichen Praxis untermauerte Arbeitsgrundlage für ihre Maßnahmen für eine Qualitätsorientierung und –verbesserung „vor Ort“.

Zusätzlich finden seit 2006 regelmäßig zahnärztliche Colloquien statt, in denen im „kleinen Kreis“ unter Mitwirkung von hochqualifizierten Referenten spezielle Themen aus der Zahnheilkunde intensiv erörtert werden.

5. Gutachterwesen / Tübinger Modell

5.1 Gutachterwesen

Auf Gutachter-Veranstaltungen und Gutachter-Gesprächskreisen, die die KZV Bremen regelmäßig durchführt, werden die Gutachter stets über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung informiert. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist für die Vertragsgutachter der KZV Bremen verpflichtend.

Ergänzend finden auf regionaler und Bundes-Ebene Tagungen der KFO- und der Implantologie-Gutachter (Ausnahmeindikationen gemäß § 28 SGB V) statt.

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 der Veranstaltungen werden auch Erfahrungen z.B. über neue Materialien und Behandlungsmethoden, Korrelationen zwischen Alter eines Zahnersatzes und ggf. auftretende Mängel ausgetauscht und zusammengetragen.

Wenn gegen ein Gutachten durch den Behandler oder die Krankenkasse Widerspruch eingelegt wird, so erhält der Gutachter stets eine Mitteilung über die Entscheidung der nächsten Instanz bzw. der nächsten Instanzen (Primärkassen: Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) / PEA-Widerspruchsstelle; Ersatzkassen: Obergutachten / Vorstand). Damit bekommt der Gutachter ein „Feedback“. Werden gutachterliche Entscheidungen eines bestimmten Gutachters in der Folgeinstanz auffallend häufig abgeändert, prüft der Vorstand die zugrunde liegenden Fälle und erörtert sie bei Bedarf mit dem Gutachter.

Der Vorstand hat am 09.11.2005 eine Gutachter-Richtlinie beschlossen, in der u.a. definiert wird, welche

- Voraussetzungen designierte Gutachter erfüllen müssen, um berufen zu werden (z.B. Mindest-Tätigkeitszeit als Vertragszahnarzt, vorherige Tätigkeit als stellv. Mitglieder im PEA, mindestens landesdurchschnittliches KZV-Abrechnungsvolumen);
- Pflichten Gutachter haben (z.B. laufende Fortbildung).

Mit dieser Richtlinie wird ein weiterer Beitrag für eine nachhaltige Qualitätssicherung geleistet, indem sichergestellt wird, dass die Berufung von Gutachtern nach objektiven und transparenten Kriterien erfolgt. Hierdurch wird zusätzlich eine kollegiale Akzeptanz der Vertragsgutachter bei den von Gutachten betroffenen Behandlern erreicht.

Diese Akzeptanz wird u.a. dadurch belegt, dass von den jährlich insgesamt 1.000-1.200 ZE-Planungs- und Mängel-Gutachten weniger als 5 % aufgrund von Widersprüchen in die nächste Instanz gelangen.

Mit Inkrafttreten der neuen Bundes-Gutachtervereinbarung – der zunächst avisierte Termin 01.01.2014 musste aufgrund nachträglicher Einwände des GKV-Spitzenverbandes verschoben werden – ist zu prüfen, ob ggf. Anpassungen der Gutachter-Richtlinie der KZV Bremen vorzunehmen sind. Ergänzend ist kurzfristig für alle Vertragsgutachter eine Informationsveranstaltung über die Änderungen durch die neue Bundes-Gutachtervereinbarung geplant.

Ergänzend führt der Vorstandsvorsitzende und Gutachter-Referent für neu berufene Gutachter Einführungsveranstaltungen durch, in denen er dezidiert die vertraglichen Rahmenbedingungen, Aufgaben und Pflichten für Vertragsgutachter darstellt und diese in einen Kontext mit der praktischen Arbeit der Gutachter bringt. Neben einer fundierten Einweisung der Gutachter lernen diese so ihren Ansprechpartner im Vorstand persönlich kennen.

Auf den jährlichen Gutachter-Gesprächskreisen – zuletzt am 29.10.2013 – erhalten junge Gutachter die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit erfahrenen Gutachter. Hierzu wer-

den – anonymisierte – komplizierte Einzelfälle exemplarisch gemeinsam erörtert. Diese Gesprächskreise werden durch den Gutachter-Referenten in enger Kooperation mit dem Vorsitzenden des Prothetik-Einigungs-Ausschusses (PEA) geleitet. Die Gutachter erhalten damit ein direktes, praxis-bezogenes Feedback durch den Vorsitzenden der Widerspruchs-Instanz für Primärkassen-Fälle.

5.2 Tübinger Modell

Im Falle einer Begutachtung überlässt der Behandler zusammen mit den diagnostischen Unterlagen das von ihm entsprechend ausgefüllte „Tübinger Modell“-Formular dem Gutachter. Das in Form eines Fragebogens gestaltete Formular dient dem Behandler gleichzeitig als Check-Liste mit Punkten, die für eine fachlich fundierte Planung unerlässlich ist. Das Formular dient auch der Kommunikation zwischen Behandler und Gutachter. Der Gutachter füllt nach Auswertung der vorgelegten Unterlagen und evtl. Untersuchung des Patienten das Formular aus und sendet an die KZV sowie an den Behandler je eine Kopie³.

Die Daten aus den Formularen werden von der KZV anonymisiert erfasst und jährlich ausgewertet. Anhand der Auswertungsergebnisse ist dann deutlich erkennbar, welche Probleme ggf. im Rahmen von Gutachten gehäuft zu Tage treten, so dass an diesen Punkten gezielt z.B. mit entsprechenden Fortbildungs-Angeboten (→ Kapitel 4) und Informationen (individuell oder allgemein an alle Praxen z.B. per Rundschreiben) angesetzt werden kann.

Das bereits in 2001 im Lande Bremen eingeführte „Tübinger Modell“ setzt am Anfang einer Behandlung an. Grundlage für den Erfolg einer Behandlung ist eine gründliche befundorientierte Planung mit Diagnostikunterlagen in mindestens ausreichender Qualität. Das Gutachterverfahren stellt somit ein effektives ergänzendes Qualitätssicherungsinstrument dar.

Das „Tübinger Modell“ ist voraussetzungsorientiert, ohne Zusatzbelastung für den Patienten. Der Vorteil für die Behandler ist, dass das Formblatt als Kommunikationsbogen und Checkliste zugleich dient. Das fachlich fundierte System des „Tübinger-Modells“ ist einer schematischen Qualitätskontrolle mittels rein statistischer Auswertung der Haltbarkeit (z.B. Tragedauer, Wiederholungsleistung) zahnärztlicher Leistungen vorzuziehen. Die Qualitätskontrolle befindet sich sinnvollerweise in der Hand der Zahnärzteschaft, nur diese kann eine fundierte fachliche Beurteilung abgeben. Das „Tübinger Modell“ schafft die Voraussetzung, die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen und ist durch die Einbeziehung sowohl der Gutachter als auch der Behandler eine Hilfe für die Praxen.

Grundlage ist die zentrale Bedeutung von Befund und Planung unter Beachtung der Richtlinien. *Ziel* ist die gutachterliche (fachliche) Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung zur Sicherung der Qualität zahnärztlicher Behandlungstätigkeit. Die *Durchführung* geschieht unter aktiver Einbeziehung des Behandlers. Qualitätssicherung wird somit unter realen Praxisbedingungen durchgeführt, ohne dass das sensible Beziehungsgeflecht zwischen Zahnarzt, Patient und Krankenkasse gestört wird.

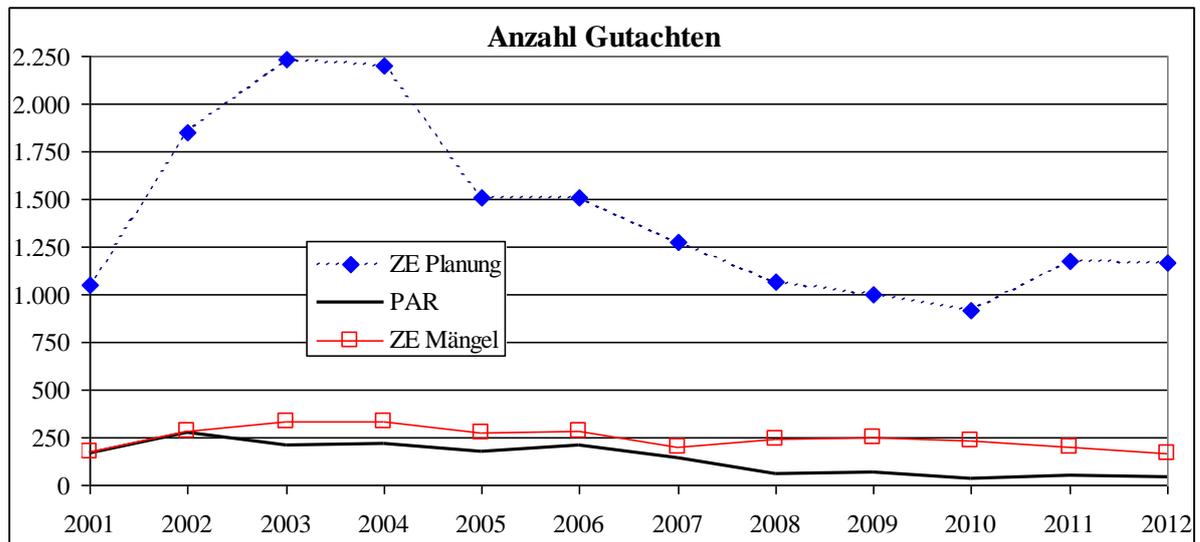
5.2.1 Tübinger Modell ZE/PAR

Für die Auswertungen der „Tübinger Modell“-Ergebnisse ist zu beachten, dass die in den nachfolgenden Grafiken angegebenen Prozent-Werte für „ZE-Mängel“ und PAR jeweils nur bedingt aussagekräftig sind, da im Lande Bremen durchschnittlich nur ca. 4 PAR-Planungsgutachten und knapp 20 ZE-Mängelgutachten pro Monat erfolgen. Deshalb kann schon eine geringe Schwankung der absoluten Fallzahl zu einer starken prozentualen Verän-

³ Bei Nachbegutachtungen, Obergutachten und PEA-Stellungnahmen wird nicht erneut ein „Tübinger Modell“-Bogen ausgefüllt. Bei Begutachtungen von Behandlungen Bremer Versicherter durch auswärtige Zahnärzte entfällt der „Tübinger Modell“-Bogen. Die Zahl der nachfolgend aufgeführten „Tübinger Modell“-Fälle ist deshalb etwas geringer als die Zahl der Gutachten.

derung führen. Die durchschnittliche Zahl der im „Tübinger Modell“ erfassten ZE-Planungsgutachten lag in 2012 hingegen bei rund 100 pro Monat.

Insbesondere im Bereich der Planungsgutachten war seit Einführung des ZE-Festzuschussystems im Jahre 2005 ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl der von den Krankenkassen in Auftrag gegebenen ZE-Planungsgutachten bis 2010 festzustellen. Diese Entwicklung ist kein „Bremen-Spezifikum“, sondern deckt sich mit den im Bundesgebiet insgesamt rückläufigen Zahlen. Nachdem in 2011 die Zahl der ZE-Planungsgutachten erstmals wieder anstieg, blieb sie in 2012 nahezu unverändert:



Auch für PAR-Planungsgutachten ist insbesondere seit 2006 ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen. In 2012 lag die Zahl der Planungsgutachten bei unter 15 % des Niveaus des „Spitzenjahres“ 2002.

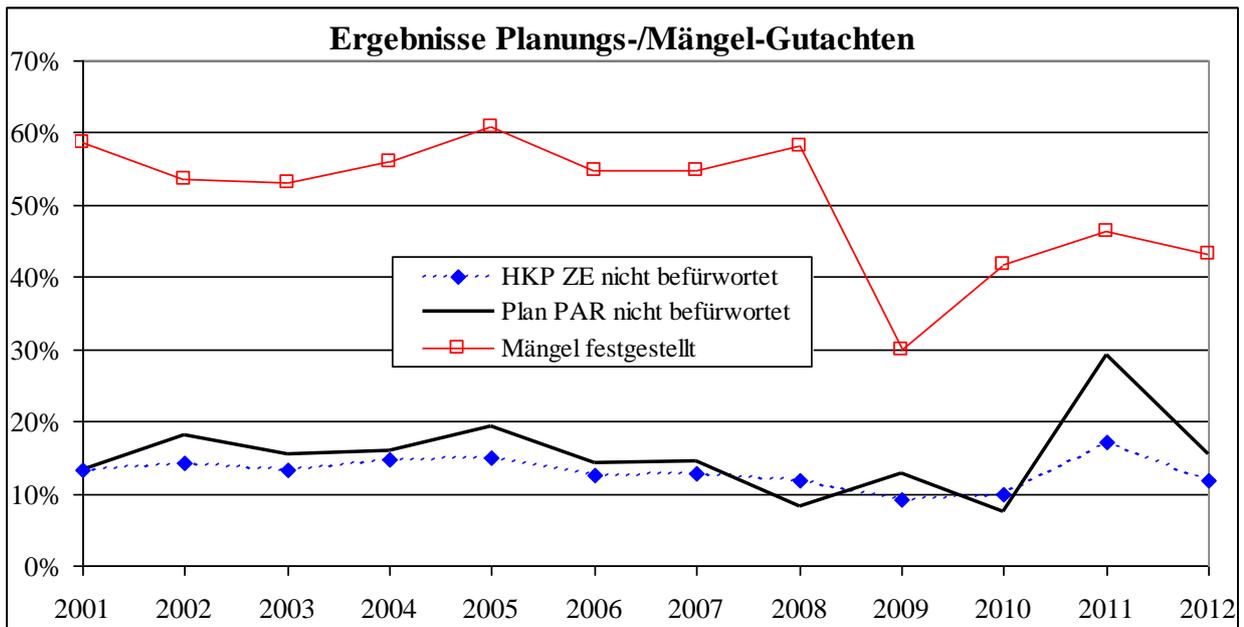
Seit 2009 ist die Zahl der ZE-Mängelgutachten ebenfalls rückläufig (2009: 246 / 2010: 235 / 2011: 201 / 2012: 169). Die niedrigere absolute Zahl derartiger Gutachten belegt zudem nicht nur die hohe Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung im Lande Bremen, sondern zeigt auch den verantwortungsbewussten Umgang der Krankenkassen mit diesem Instrument.

Jeder Behandler kennt aus seiner Praxis Einzelfälle, in denen fachlich einwandfreie Versorgungen nicht den subjektiven Erwartungen des Patienten entsprechen. In enger Zusammenarbeit der KZV Bremen mit den Verbänden der Krankenkassen konnte erreicht werden, dass in solchen Fällen von den Krankenkassen i.d.R. nicht der „leichtere“ Weg der Einleitung eines Mangelgutachtens zur „Beruhigung“ von unzufriedenen Versicherten gegangen wird. Stattdessen wird von den Krankenkassen eine konsequente Aufklärungsarbeit über den Sinn und Zweck derartiger Gutachten betrieben.

In der überwiegenden Zahl der Fälle wird deshalb von den Krankenkassen i.d.R. ein Mängelgutachten nur dann eingeleitet, wenn eine begründete Vermutung für einen bestehenden Mangel und nicht nur eine subjektive Unzufriedenheit des Versicherten mit seiner Zahnersatzversorgung vorliegt. Diese dezidierte Vorarbeit ist eine wesentliche Ursache dafür, dass von den wenigen ZE-Mängelgutachten einem vergleichsweise hohen Anteil stattgegeben wird.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass „Mängel festgestellt“ nicht heißt, dass die Versorgung in jedem Fall vollständig unbrauchbar ist. In vielen Fällen ist eine – für den Patienten kostenlose – Nachbesserung möglich.

Der vorübergehende Anstieg der Zahl der nicht befürworteten PAR-Pläne in 2011 ist vor dem Hintergrund der geringen Zahl von PAR-Gutachten zu sehen (siehe oben).



Die absolute Zahl der nicht befürworteten

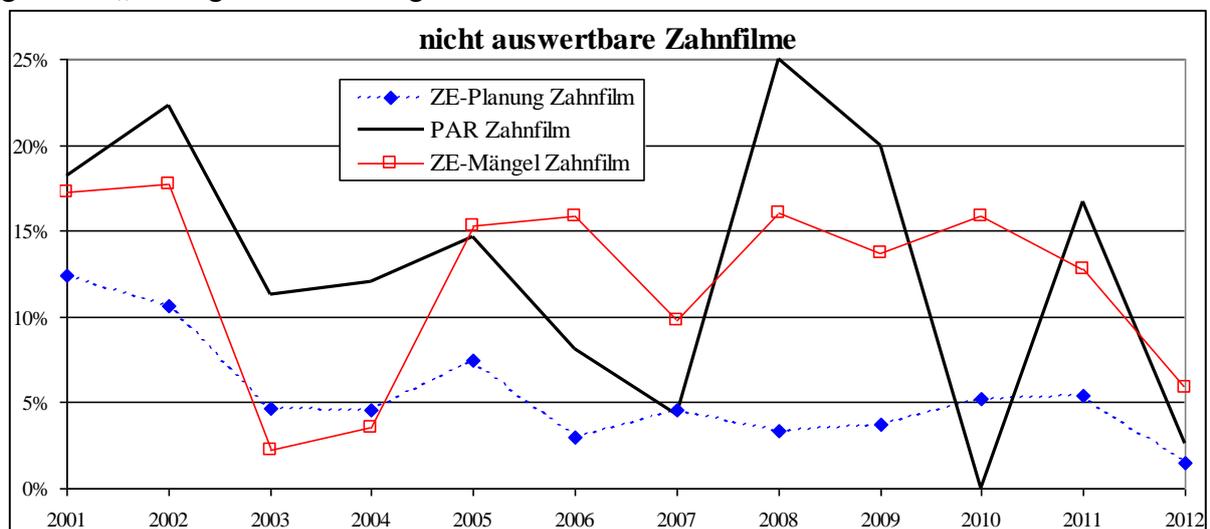
- ZE-HKPs ging zurück von 200 in 2011 auf 138 in 2012
- PAR-Pläne ging zurück von 13 in 2011 auf 6 in 2012

Sowohl zu der Zahl der im „Tübinger Modell“ erfassten Gutachten als auch der nicht befürworteten Planungen ist zudem die Relation zu der jeweiligen Gesamt-Fallzahl zu beachten. Bei insgesamt rund 80.000 ZE-Fällen und über 7.000 PAR-Fällen, die in 2012 von Zahnärzten im Lande Bremen über die KZV Bremen abgerechnet wurden, liegt der prozentuale Anteil von

- ZE-Planungsgutachten (1.169) bei 1,5 % (nicht befürwortet: 0,2 %);
- PAR-Planungsgutachten (39) bei 0,6 % (nicht befürwortet: 0,1 %);
- ZE-Mängelgutachten (169) bei 0,2 % (Mängel festgestellt: 0,1 %).

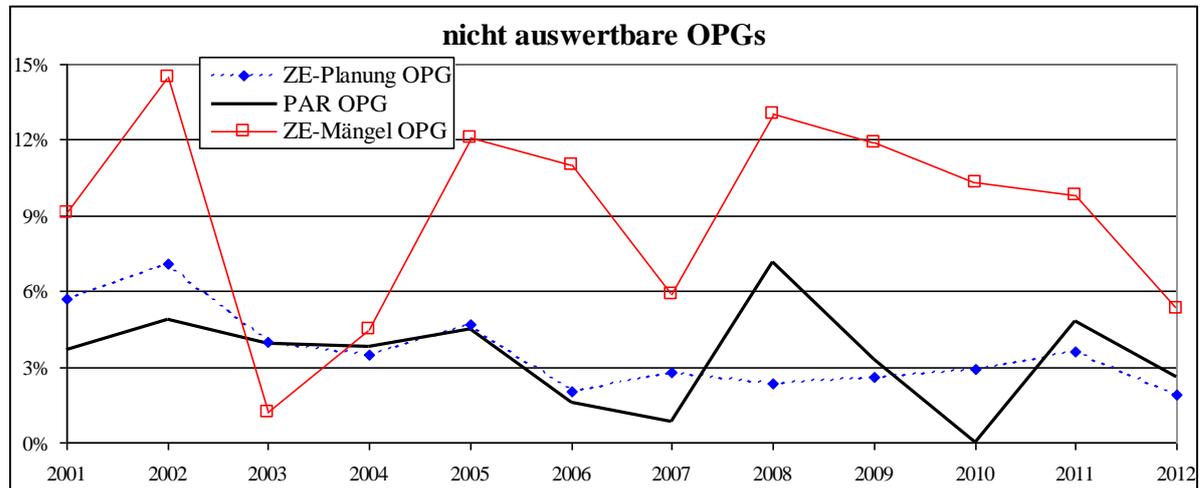
Die Tatsache, dass somit rund 99 % der geplanten bzw. durchgeführten ZE- und PAR-Fälle unbeanstandet blieben, belegt die hohe Planungs- und Behandlungs-Kompetenz der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Lande Bremen.

Bemerkenswert ist der konstant niedrige Anteil der nicht auswertbaren Zahnfilme bei ZE-Planungsgutachten, der in 2012 nochmals auf nur noch 1,5 % zurück gegangen ist. Zu Beginn des „Tübinger Modells“ lag dieser Anteil noch bei deutlich über 10 %:



Mit den zwischenzeitlich eingeleiteten Maßnahmen (Hinweise, Beratungsgespräche) konnte die Zahl der nicht auswertbaren Zahnfilme nachhaltig verringert werden. Die starken Schwankungen bei PAR-Zahnfilmen erklären sich aus der sehr geringen absoluten Zahl der PAR-Planungsgutachten.

Eine ähnlich positive Entwicklung ist hinsichtlich des Anteils der nicht auswertbaren OPGs bei ZE-Planungsgutachten festzustellen, der seit 2006 stabil bei rund 3 % liegt. Hier lag der Anteil zu Beginn des „Tübinger Modells“ noch rund doppelt so hoch.



Die starken Schwankungen bei ZE-Mängelgutachten und bei PAR-Gutachten resultieren ebenfalls aus der geringen absoluten Zahl dieser Gutachten.

5.2.2 Tübinger Modell KFO

Aufgrund der positiven Erfahrungen hatte der Vorstand der KZV Bremen bereits 2005 beschlossen, das „Tübinger Modell“ mit Wirkung ab dem 01.01.2006 um den Bereich KFO zu erweitern. Besonders in der kieferorthopädischen Behandlung ist die voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung von großer Tragweite, da mit der Planung wesentliche Entscheidungen für eine meist drei- bis vierjährige Behandlung eingeleitet werden. Bei einer Fehlplanung bzw. -behandlung würde kostbare Entwicklungszeit unwiederbringlich verloren gehen.

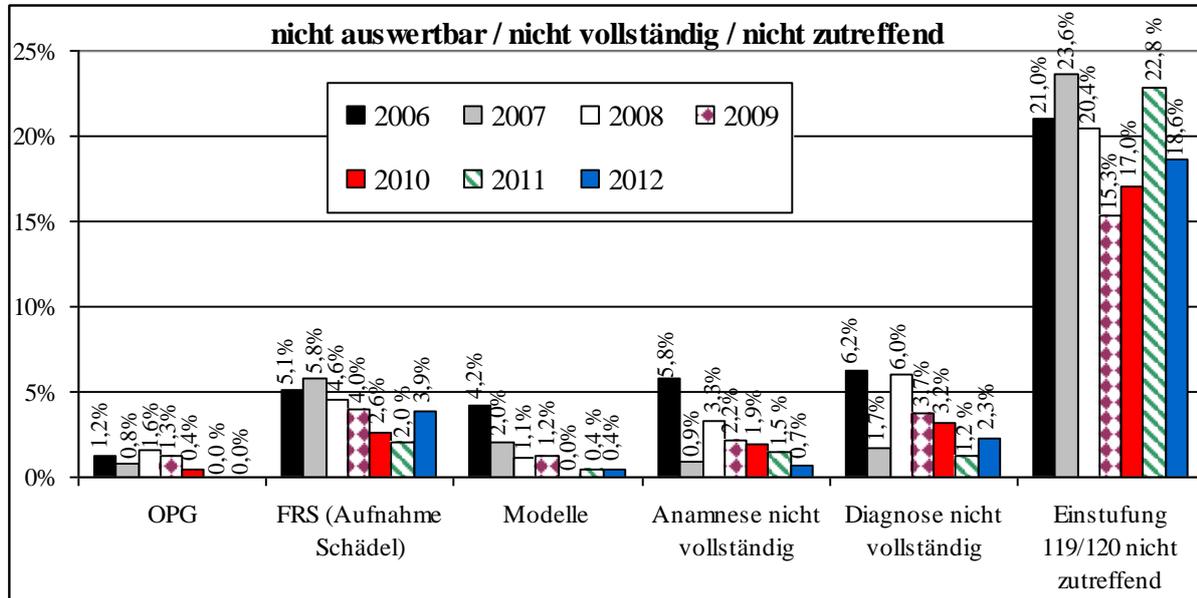
In Vorbereitung dieser Erweiterung wurden die kieferorthopädischen Gutachter bereits früh in den Entwicklungsprozess zur Erweiterung des „Tübinger Modells“ einbezogen. Unter Federführung des Vorstandsvorsitzenden und des KFO-Referenten des Vorstandes wurden die Vorschläge und Anregungen der KFO-Gutachter aufgenommen, geprüft und so weit als möglich vorab in das „Tübinger Modell KFO“ eingearbeitet.

Der „Tübinger Modell KFO“-Ausfüllbogen erfasst die Qualität wesentlicher Voraussetzungen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung.⁴ Trotz der vergleichsweise geringen Zahl von Kieferorthopäden bzw. nur kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten im Lande Bremen (Stand Dez. 2013: 26 in 17 Praxen) ist für das „Tübinger Modell KFO“ eine ausreichende empirische Basis verfügbar. Pro Jahr werden im „Tübinger Modell KFO“ rund 300 bis 400 KFO-Gutachten erfasst (2006: 378 / 2007: 325 / 2008: 337 / 2009: 315 / 2010: 344 / 2011: 316 / 2012: 329).

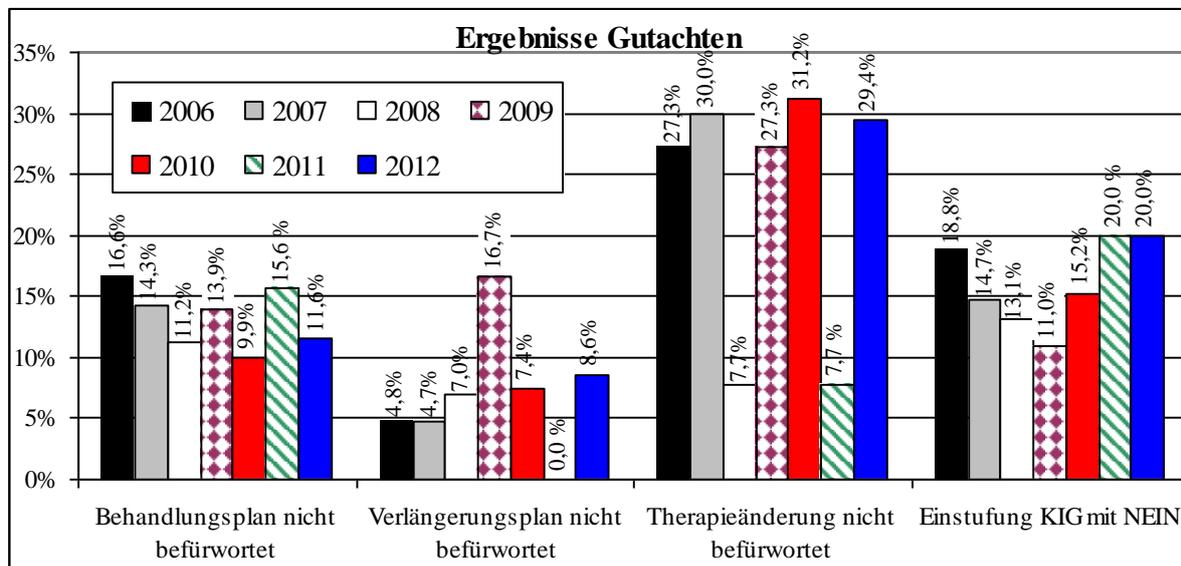
Die in diesen sieben Jahren erhobenen Werte dokumentieren durchgängig einen sehr hohen Qualitätsstandard in der kieferorthopädischen Planung.

⁴ Bei Nachbegutachtungen und Obergutachten wird nicht erneut ein „Tübinger Modell“-Bogen ausgefüllt. Bei Begutachtungen von KFO-Behandlungen Bremer Versicherter durch auswärtige Zahnärzte entfällt der „Tübinger Modell“-Bogen. Die Zahl der nachfolgend aufgeführten „Tübinger Modell“-Fälle ist deshalb etwas geringer als die Zahl der KFO-Gutachten.

Die auf Basis der erfassten Planungsgutachten – ebenso wie im PAR-Bereich gibt es für KFO keine Mängelbegutachtung – mit dem „Tübinger Modell KFO“ vorgenommenen Auswertungen ergaben hinsichtlich der Fälle, in denen zu einem oder mehreren Aspekten der Planung noch Verbesserungsbedarf besteht, überwiegend Werte im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Trotz des in 2006 bereits bestehenden sehr hohen Qualitätsniveaus konnten seitdem zum Teil noch weitere Verbesserungen erreicht werden:



Die im „Tübinger Modell“ erfassten KFO-Gutachten im Lande Bremen führten zu folgenden Gesamt-Ergebnissen:



Die starken Schwankungen bei den nicht befürworteten Verlängerungsplänen und den Therapieänderungen ergeben sich vorrangig daraus, dass im Lande Bremen pro Monat nur jeweils 1-3 diesbezügliche Gutachten anfallen.

In Bezug auf die insgesamt von Kieferorthopäden im Lande Bremen über die KZV Bremen in 2012 abgerechneten ca. 67.000 KFO-Fälle ergeben sich folgende prozentuale Anteile:

- Behandlungsplan nicht befürwortet: 0,04 %;
- Therapieänderung nicht befürwortet: 0,01 %.

Die nächste „Tübinger Modell“-Auswertung erfolgt Anfang 2014.

6. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind im SGB V definiert (im Wesentlichen §§ 135a und 137; → Kapitel 1) und somit durch die KZV zwingend umzusetzen. Gemäß § 135a SGB V ist zu unterscheiden zwischen

- einrichtungsinternem Qualitätsmanagement (→ 6.1) und
- einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung (→ 6.2).

Der Gesetzgeber strebt mit diesen Vorgaben vorrangig eine Kontrolle von Ergebnissen an („Ergebnisqualität“).

6.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie

Am 31.12.2006 trat die am 17.11.2006 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie zum Qualitätsmanagement (QM) gemäß §§ 135a Abs. 2 Ziffer 2 und § 137 SGB V mit folgender Zielsetzung in Kraft:

„Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Insbesondere soll die Ausrichtung der Praxisabläufe an gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen unterstützt werden. Qualitätsmanagement muss für Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patienten nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein. Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten zu erhöhen.

Die Ziele des Qualitätsmanagements werden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert wird, gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf beschrieben.“

Im Einzelnen umfasst das vereinbarte QM-Modell folgende Grundelemente bzw. Vorgaben für die Praxen:

- Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes,
- Definition von Zielen,
- Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten,
- Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten,
- Durchführung von Änderungsmaßnahmen,
- erneute Erhebung des Ist-Zustandes,
- praxisinterne Rückmeldung über die Wirksamkeit von QM-Maßnahmen.

Mit dieser Richtlinie wurde von den Partnern im Gemeinsamen Bundesausschuss der Tatsache Rechnung getragen, dass zahnärztliche Praxen in der Regel bereits heute über sehr hohe Qualitätsstandards verfügen. Die meisten der oben genannten Maßnahmen sind in der überwiegenden Mehrzahl der Praxen schon lange selbstverständlich.

Die KZV Bremen hat umgehend nach Vorliegen der Richtlinie mit den Planungen für Schulungsmaßnahmen zur praktischen Umsetzung begonnen. Hierzu wurde die Firma Kock & Voeste als Kooperationspartner gewonnen. Kock & Voeste hatte derartige Schulungen zuvor bereits im Bereich der KZV Berlin erfolgreich durchgeführt.

In Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen wurde das Berliner Schulungskonzept für das Land Bremen dahingehend angepasst, dass Schnittstellen zu dem BuS-Dienst der Zahnärztekammer geschaffen wurden. Damit konnte erreicht werden, dass einige Unterlagen und Daten, die von den Praxen bereits für den BuS-Dienst zusammengetragen wurden und

die in gleicher Weise für die Umsetzung der QM-Richtlinie benötigt werden, von den Praxen direkt übernommen werden können.

Die Schulungen, die gemeinsam von KZV und Zahnärztekammer angeboten und von der Firma Kock & Voeste durchgeführt wurden, erfolgten im wesentlichen zwischen Anfang 2008 bis Herbst 2009. Die jeweils halbtägigen Schulungen wurden in Kleingruppen mit je maximal 18-20 Teilnehmern durchgeführt. Die Teilnehmer (aus jeder teilnehmenden Praxis jeweils 1 Behandler + 1 ZFA) erhielten ein Qualitätsmanagement-Handbuch auf CD, in dessen Handhabung sie auf der Schulung eingewiesen wurden.

Die inhaltliche Konzeption der Schulungen sah vor, dass jede Praxis in die Lage versetzt wurde, mit möglichst geringem zusätzlichem Verwaltungsaufwand die Vorgaben aus der Richtlinie zu erfüllen. Außerdem war die Schulung inhaltlich dergestalt aufgebaut, dass die Teilnehmer bei Bedarf weitergehende freiwillige Maßnahmen bis hin zur Zertifizierung anschließen konnten. Sowohl in 2008 als auch in 2009 erfolgten zwischenzeitlich Updates der QM-CD, die allen Teilnehmern der Schulungen zur Verfügung gestellt wurden.

Bis zum vorläufigen Abschluss der Kursreihe im September 2009 nahmen an den insgesamt 29 Kursen in Bremen und Bremerhaven knapp 300 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte teil. An den im Frühjahr 2011 wieder in Kooperation mit Kock & Voeste angebotenen QM-Ergänzungsschulungen nahmen nochmals rund 40 Mitglieder der KZV Bremen teil.

Sofern nachfolgend z.B. für Neu-Niedergelassene QM-Schulungsbedarf bestand bzw. besteht, bietet die Zahnärztekammer entsprechende Basis-Kurse an.

Gemäß § 6 der Qualitätsmanagement-Richtlinie „fordern (die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen) nach Ablauf von 4 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Ergebnisse sind der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu melden, die spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet“.

Die KZV Bremen hat die zufällige Auswahl erstmals im Januar 2011 und danach jährlich vorgenommen. Die jeweils „gezogenen“ Mitglieder erhalten einen von der KZBV entwickelten, bundeseinheitlichen Berichtsbogen. Die bisherigen Abfragen, deren Ergebnisse der KZBV übermittelt wurden, ergaben, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten die Instrumente

- Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe
- Praxishandbuch
- Fehlermanagement
- Notfallmanagement
- Orientierung am Stand der Wissenschaft
- Koordinierung zahnärztlicher und zahntechnischer Maßnahmen
- Fachliche Fortbildung
- Fortbildung, Weiterbildung des Teams
- Teambesprechungen
- Patienteninformation, -aufklärung, -beratung
- Patientenmitwirkung, -selbsthilfe
- Beschwerdemanagement
- Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen

bereits angewendet hat bzw. anwendet. Nur für „Patientenmitwirkung, -selbsthilfe“ überwog die Zahl derjenigen, die sich noch in der Planungsphase befanden.

Die nächste Abfrage erfolgt im Januar 2014. Dabei wird ein von der KZBV überarbeiteter Fragebogen zur Anwendung kommen.

6.2 Qualitätssicherungs-Richtlinie

Nach mehrjährigen Verhandlungen verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) am 19.04. bzw. 20.05.2010 die Bundesrichtlinie zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (QS) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13, § 135a, Abs. 2, Ziffer 1 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Die QS-Richtlinie sieht stark vereinfacht ein Themen-bezogenes „Praxis-Benchmarking“ auf Grundlage von Abrechnungsdaten vor (einschließlich der Daten für Privat-Leistungen). 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 sog. „Landesarbeitsgemeinschaft“ (LAG). Träger und damit auch stimmberechtigte Mitglieder der LAG sind (paritätisch) die Verbände der Krankenkassen, die Landeskrankenhausgesellschaft, die KV und die KZV. Stellt die LAG Auffälligkeiten in den erhobenen Daten fest, dann fordert sie die betroffene Praxis zur Stellungnahme auf.

Die QS-Richtlinie gilt für „sektorübergreifende“ Behandlungen (z.B. Arzt/Krankenhaus). Damit ist die Zahnheilkunde als vorrangig sektorspezifischer Bereich zunächst 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 Leistungserbringerinnen und 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 Qualitätssicherungs-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 Landeskrankenhausgesellschaft/LKG) andererseits.“
- „Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der 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.“

Die LAG-Mitglieder im Lande Bremen

- Kassenärztliche Vereinigung Bremen,
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen,
- Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.,
- AOK Bremen/Bremerhaven,
- BKK Landesverband Mitte, zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg,
- der IKK gesund plus, handelnd als Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung im Land Bremen,
- und die Ersatzkassen
 - BARMER GEK
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - DAK-Gesundheit (Ersatzkasse)
 - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse
 - hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

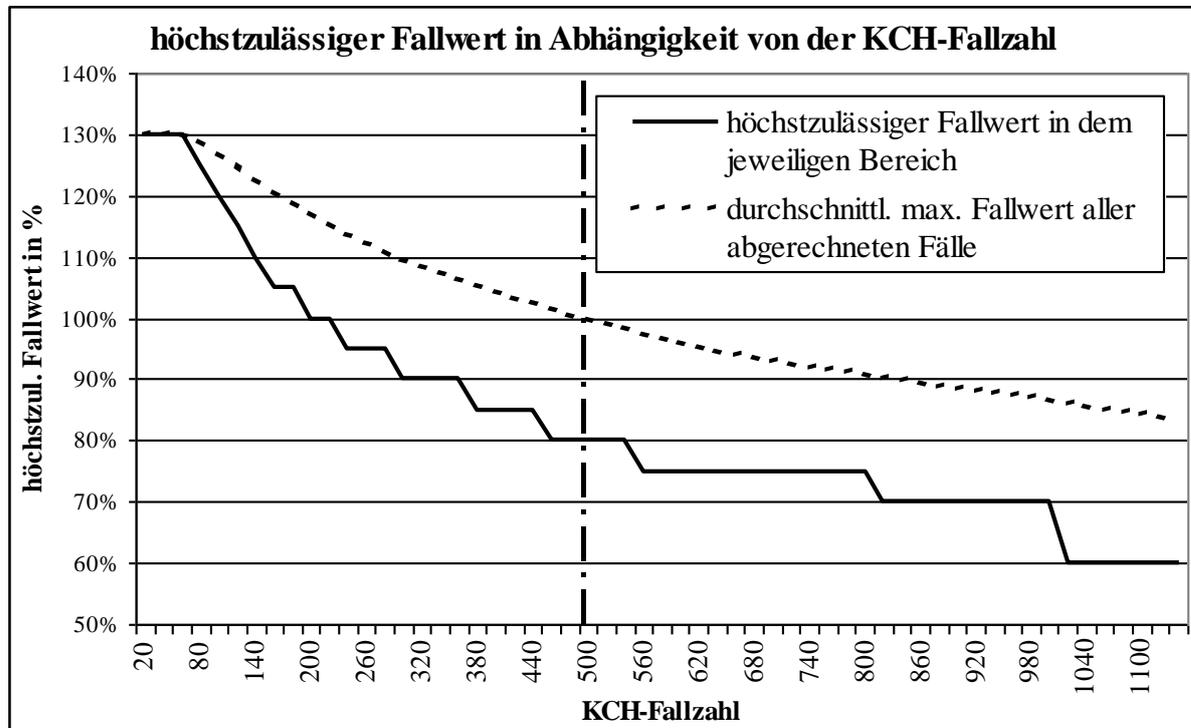
haben am 23.03.2011 die Verhandlungen über einen „Vertrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Bundesland Bremen“ aufgenommen.

Wesentlicher Inhalt dieses Vertrages ist die Organisation und Finanzierung der Vorgaben zur Qualitätssicherung. In den Verhandlungen sind derzeit im Wesentlichen noch der Sitz der Geschäftsstelle sowie die Finanzierung strittig.

Die KZV Bremen nimmt in diesen Verhandlungen eine vorrangig beobachtende Position ein, da der GBA 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.

7. Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Seit 2003 gilt im Bereich der KZV Bremen ein Fallzahl-/Fallwert-bezogener HVM. Danach ergibt sich das jeweilige individuelle „HVM-Praxisbudget“ pro Quartal aus der Multiplikation der für ein Quartal je Vertragszahnarzt aktuell abgerechneten KCH-Fallzahl mit dem jeweiligen höchstzulässigen Fallwert. Dieser Fallwert ist umso niedriger, je höher die abgerechnete KCH-Fallzahl je Vertragszahnarzt pro Quartal ist. D.h. Praxen mit geringen KCH-Fallzahlen erhalten je Fall eine höhere Vergütungsobergrenze als Praxen mit hohen Fallzahlen:



Für die ersten 220 Fälle gilt ein höchstzulässiger Fallwert von mehr als 100 %. Ab dem 221. Fall sinkt der höchstzulässige Fallwert auf unter 100 % ab. Aus diesen Abstufungen ergibt sich bei einer KCH-Fallzahl von 500 ein durchschnittlicher höchstzulässiger Fallwert über alle abgerechneten Fälle von 100 % des festgelegten höchstzulässigen Fallwertes je Leistungsart (siehe auch vorstehende Grafik). Ist die abgerechnete KCH-Fallzahl größer als 500, sinkt der durchschnittliche höchstzulässige Fallwert über alle abgerechneten Fälle unter 100 % ab.

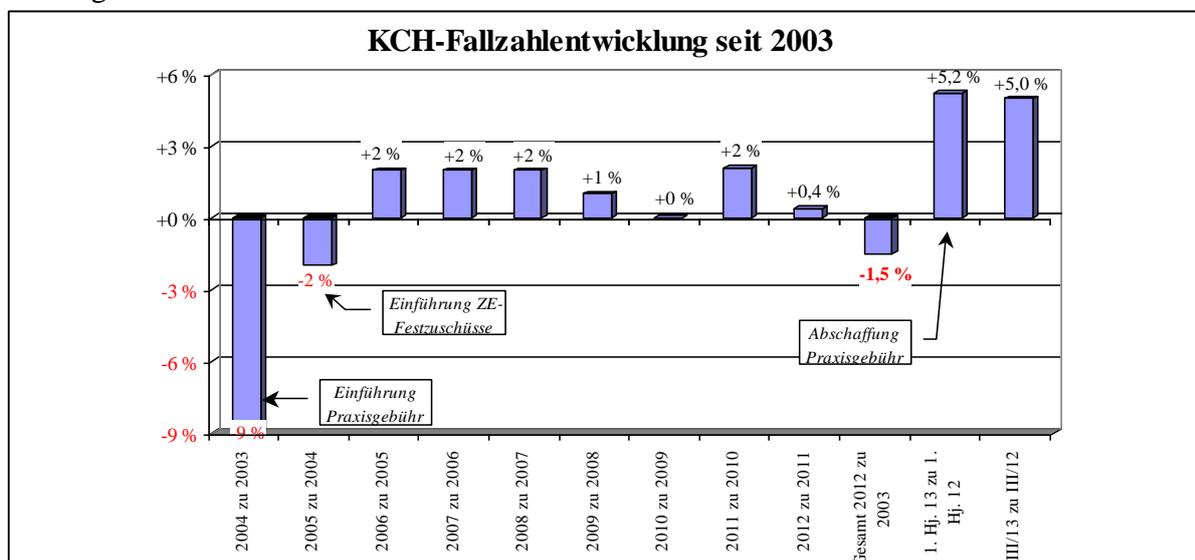
Höhere höchstzulässige Fallwerte für die ersten Behandlungsfälle des Quartals gewährleisten die flächendeckende Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten mit vertragszahnärztlichen Leistungen, weil sie auch kleineren vertragszahnärztlichen Praxen die kostendeckende Versorgung der Patienten gestattet.

Seit Einführung der Fallzahl-/Fallwert-bezogenen HVM-Systematik wird zusätzlich der Anteil von „Fall-Überschneidungen“ in Praxisgemeinschaften geprüft.⁵ Damit soll vermieden werden, dass Praxisgemeinschaften durch eine „künstliche“ Erhöhung ihrer Fallzahl ihr HVM-Praxisbudget zu Lasten aller anderen Mitglieder der KZV Bremen vergrößern. Gemäß des HVM ist ein Überschneidungsanteil von 15 % der Gesamtfallzahl zulässig. Ausgegangen wurde hierbei von einer insgesamt pro Jahr ca. 6wöchigen gegenseitigen Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall. Wird der Grenzwert von 15 % überschritten, dann bleiben die darüber liegenden Fallzahlen für die Berechnung der Höhe des HVM-Praxisbudgets unberücksichtigt.

⁵ Seit 2011 sind „Fall-Überschneidungen“ in Praxisgemeinschaften ein Prüfkriterium in der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V.

Nach mittlerweile 10 Jahren ohne grundsätzliche Änderungen hat der HVM der KZV Bremen eine Kontinuität gewonnen, die den Praxen die Möglichkeit gegeben hat, ihre Behandlungsausrichtungen an die o.g. Vorgaben aus dem HVM anzupassen. Die Kritik der Zahnärzteschaft an den ebenso leistungs- wie qualitäts-feindlichen Eingriffen des Gesetzgebers in die zahnärztliche Vergütung gilt dennoch weiterhin. Unabhängig von der „Lockerung“ der gesamtvertraglichen Vergütungsbegrenzungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (→ Kapitel 2.) hat gemäß § 85 Abs. 4 SGB V „der Verteilungsmaßstab (...) 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.“

Außer durch gesetzliche Eingriffe (z.B. Praxisgebühr in 2004, ZE-Festzuschüsse in 2005) ist es nicht zu wesentlichen, nachhaltigen Veränderungen in den Fallzahlen gekommen. In 2012 lag die KCH-Fallzahl noch um 1,5 % unter dem Wert des letzten „normalen“ Jahres 2003.⁶ Erst die Abschaffung der Praxisgebühr zum 01.01.2013 führte wieder zu einem deutlicheren Anstieg der Fallzahlen:



Ein Anstieg der Zahl der KCH-Behandlungsfälle ist zum einen durch den Gesetzgeber gewollt, indem z.B. die Höhe Bonusgewährung bei den ZE-Festzuschüssen von einer regelmäßigen Teilnahme der Versicherten an Vorsorgeterminen abhängig ist. Zum anderen führt die in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbesserte zahnärztliche Versorgung dazu, dass zunehmend Menschen auch noch in hohem Alter über einen Großteil ihrer natürlichen Zähne verfügen und deshalb länger und häufiger zahnärztliche Untersuchungen in Anspruch nehmen, als dies z.B. bei einer frühzeitigen Versorgung mit einer Total-Prothese der Fall wäre.

Mit dem Wegfall der Praxisgebühr ist zudem eine „Hürde“ gefallen, die bestimmte Patientengruppen bisher davon abgehalten hat, Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Ein zusätzliches Kostenrisiko ist aus dieser voraussichtlichen Fallzahlsteigerung jedoch nicht zu erwarten, da die Kosten für zahnerhaltende Maßnahmen langfristig deutlich niedriger sind als für Zahnersatz.

⁶ Endgültige Werte für das Jahr 2013 liegen erst nach Abschluss des Quartals IV/2013 Anfang April 2014 vor.

8. ergänzende Maßnahmen

8.1 interne Maßnahmen der KZV Bremen

Ausgehend von den regelmäßigen statistischen HVM-Auswertungen wurden bereits vor einigen Jahren verschiedene „Hitlisten“ entwickelt, mit denen zielgerichtet ungewöhnliche Entwicklungen festgestellt werden können.

Bereits vor der Einführung des Fallzahl-bezogenen HVM wurden u.a. PAR- und KBR-„Hitlisten“ erstellt. Grund hierfür war der kontinuierlich stark ansteigende Anteil der PAR- und KBR-Umsätze an der Gesamtvergütung. Mit diesen Listen wurde ausgewertet, welche Praxen einen überdurchschnittlich hohen Anteil ihres KZV-Umsatzes durch PAR- und/oder KBR-Leistungen erzielten. Dabei wurde nicht die absolute Höhe der PAR-/ KBR-Umsätze betrachtet, sondern praxisindividuell der Anteil am Gesamt-Praxisumsatz sowie die Relation der PAR- bzw. KBR-Fallzahl zur KCH-Fallzahl. Die Intention dieser Hitlisten war nicht eine Kontrolle dieser Praxen, sondern eine kollegiale Erörterung der Hintergründe der Leistungserbringung.

In den meisten Erörterungen legten die Praxisinhaber zum Teil Einzelfall-bezogen, zum Teil grundsätzlich die medizinische Indikation ihrer PAR- bzw. KBR-Fälle dar. Im Gegenzug bot dieser Austausch dem Vorstand die Möglichkeit, auf geänderte Abrechnungsrahmenbedingungen hinzuweisen oder in grundsätzliche Erörterungen über die vertragszahnärztliche Parodontal-Behandlung bzw. Schienungs-Therapien einzutreten.

Die Informationen, die der Vorstand auf diese Weise erhielt, konnten zum Teil in Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen genutzt werden, wenn es um die Erörterung der Ausgabensteigerungen der Krankenkassen für diese Leistungsarten ging.

Insbesondere hinsichtlich der PAR-Behandlungen steht die KZV in einem Spannungsfeld. Einerseits ist der stark gestiegene Bedarf an PAR-Behandlungen zahnmedizinisch völlig unumstritten. Andererseits ist die KZV mit § 85 Abs. 4 SGB V auch künftig verpflichtet, mittels des Honorarverteilungsmaßstabes (→ Kapitel 7) „eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes“ zu verhindern. Einmal mehr wird hier durch gesetzliche Vorgaben monetären Aspekten ein absoluter Vorrang gegenüber dem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf eingeräumt.

Parallel mit der Einführung des Fallzahl-bezogenen HVM wurden in 2003 die sogenannten „HVM-Hitlisten“ eingeführt, die seitdem quartalsweise erstellt werden. Ziel dieser Maßnahme ist die praxisindividuelle Beobachtung der Fallzahl-Entwicklung – jeweils im Vergleich zum Vorjahreszeitraum – zur Feststellung nicht nachvollziehbarer Fallzahlsteigerungen, die ggf. mit einer Verminderung der Qualität der erbrachten Leistungen einher gehen könnten.

Eine der wesentlichen Erkenntnisse aus diesen „HVM-Hitlisten“ ist, dass zumindest länger bestehende Praxen ihre Fallzahl nicht dauerhaft wesentlich steigern können. Zwar war in Einzelfällen z.B. durch den erstmaligen Einsatz eines Recall-Systems ein kurzfristiger Anstieg der Fallzahl zu beobachten. Zumeist nutzten sich derartige Instrumente zur Fallzahlsteigerung aber schnell ab, so dass in der Regel spätestens zwei Quartale später ein Rückgang der Fallzahl auf das vorherige Niveau zu beobachten war.

Kam es aber ohne ersichtlichen Hintergrund zu einer ebenso erheblichen wie dauerhaften Fallzahl-Steigerung, so erfolgte eine detaillierte Einzelfall-Prüfung. In einem Fall ergab diese Einzelfall-Prüfung, dass die Fallzahl-Steigerung auf nicht zulässige Maßnahmen der Praxis zurückzuführen war.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung kam somit ein Fall von Falschabrechnung zu Tage, der für die betroffene Praxis schwerwiegende Konsequenzen hatte.

Für neu niedergelassene KZV-Mitglieder finden gemeinsam von Kammer und KZV veranstaltete Begrüßungsgespräche statt – zuletzt am 12.11.2013. In diesen Gesprächen wird den Neu-Niedergelassenen insbesondere vermittelt, welchen Rahmenbedingungen und Pflichten sie im Rahmen ihrer Tätigkeit unterliegen. Diese Gespräche sind grundsätzlich mit den bis Mitte der 90er Jahre verpflichtend stattfindenden „Einführungs-Lehrgängen“ für Niederlassungswillige vergleichbar.

8.2 Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V

Am 01.07.2008 trat die Bundes-Richtlinie zu Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V in Kraft. Wesentliche Prüf-Inhalte 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.

Die KZV Bremen hatte den Krankenkassen-Verbänden bereits in 2008 zeitnah den Entwurf einer Vereinbarung zur regionalen Umsetzung dieser Richtlinie übermittelt. Obwohl mit den Verbänden der Krankenkassen damals schnell eine weitgehend Einigung über die Inhalte einer Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung erzielt wurde, stellten die Verbände kurz darauf die weitere Arbeit an der Vereinbarung ein.

Erst in 2011 erfolgte nach stetigen Nachfragen der KZV Bremen eine Wieder-Aufnahme der Gespräche, die mit dem Abschluss der „Vereinbarung über die Durchführung der sachlich/rechnerischen Prüfung der Abrechnung und der Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V“ vom 20.06.2011 beendet wurden. Die Vereinbarung trat mit Wirkung ab 01.07.2011 in Kraft und fand erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal III/2011.

Die bisher durchgeführten Plausibilitätsprüfungen führten zusammen gefasst zu folgenden Ergebnissen, die jeweils vereinbarungsgemäß in anonymisierter Form den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden:

- Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen treten i.d.R. nur in Praxen mit stark unterdurchschnittlichen Fallzahlen bzw. in Neugründer-Praxen auf. In den übrigen Fällen standen Fallzahlsteigerungen in direktem Zusammenhang z.B. mit der erstmaligen Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes oder mit der Verlegung des Praxissitzes.
- Insbesondere im vierten Quartal 2011 und im ersten Quartal 2012 wiesen einige Praxen einen ungewöhnlich hohen Anteil von Fällen auf, die im Ersatzverfahren abgerechnet wurde. Dies war darauf zurück zu führen, dass an den neuen eGK-Lesegeräten technische Probleme auftraten.

In allen Fällen waren aus den angeforderten Stellungnahmen der Praxen die auf Basis der Abrechnungsdaten festgestellten Ergebnisse plausibel erklärbar.

In einem Fall wurde im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ein fortgesetzter Verstoß gegen Abrechnungsbestimmungen festgestellt. Da es sich hierbei nicht um einen Vorgang handelte, der unter die Regelungen nach § 106a SGB V bzw. die Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung fällt, stellte der Vorstand einen Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Der Disziplinarausschuss verfügte ein Ruhen der Zulassung für zwei Quartale. Eine von dem Be-

schuldigten gegen diesen Beschluss erhobene Klage vor dem Sozialgericht hat jedoch bis heute aufschiebende Wirkung.

Die vorstehend genannten Prüf-Kriterien in der Plausibilitätsprüfung kamen in der KZV Bremen überwiegend bereits vor Inkrafttreten der Richtlinie intern zur Anwendung. So erfolgte bereits seit Einführung des Fallzahl-/Fallwert-bezogenen HVM 2003 eine regelmäßige Prüfung auf Fall-Überschneidungen in Praxisgemeinschaften (= „ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit“), um dadurch unzulässige Fallzahl-Steigerungen zu verhindern. Ebenfalls seit 2003 werden quartalsweise „HVM-Hitlisten“ über die Fallzahl-Entwicklung in Praxen erstellt (= „ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen“).

Seit jeher wurden Praxen, für die von Krankenkassen immer wieder gleiche oder ähnliche sachlich-rechnerische Berichtigungsanträge gestellt wurden (= „ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung“), zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsbestimmungen angehalten.

Somit wurden von der zahnärztlichen Selbstverwaltung der KZV Bremen bereits vielfältige „Plausibilitätsprüfungen“ intern betrieben, bevor der Gesetzgeber dies mit § 106a SGB V überhaupt vorgegeben hatte.

8.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V

Mit Wirkung zum 01.01.2010 trat im Lande Bremen eine neue Prüfvereinbarung in Kraft. Mit dieser Vereinbarung wurde die bis dato geltende „Durchschnittsprüfung“ gemäß § 106 Abs. 3 SGB V durch eine „Zufälligkeitprüfung“ gemäß der Bundes-Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V abgelöst.

Wesentlicher Inhalt dieser Prüfvereinbarung ist die quartalsweise Erhebung einer zufälligen Stichprobe im Umfang von 2 % der abrechnenden Vertragszahnärzte im Lande Bremen. Für diese Zahnärzte wird aus einem Zeitraum von vier Quartalen – beginnend mit dem Erhebungs-Quartal – eine Prüfung von 20 % der KCH-Behandlungsfälle vorgenommen. Die sog. „repräsentative Einzelfallprüfung“ erfolgt über den Betrachtungszeitraum versichertenbezogen, d.h. unter Berücksichtigung der Patientenhistorie.

Während in der vorhergehenden statistischen Durchschnittsprüfung lediglich isoliert der Durchschnittswert der abgerechneten KCH-Fälle bzw. die Anzahl der abgerechneten KCH-Behandlungspositionen mit dem jeweiligen Landesdurchschnitt verglichen und bei erheblichen Überschreitungen Kürzungen vorgenommen wurden, wird in der repräsentativen Einzelfallprüfung das gesamte vertragszahnärztliche Leistungsgeschehen versicherten-bezogen betrachtet. Die Betrachtung des gesamten Behandlungsgeschehens bzw. des Behandlungsverlaufes kann dazu führen, dass einzelne, vordergründig unwirtschaftlich erscheinende Leistungen sich als ebenso sinnvoller als im Kontext dann auch wirtschaftlicher Bestandteil einer Gesamt-Behandlung erweisen.

Im Durchschnitt der pro Quartal vorgenommenen acht Prüfungen führen 1-2 zu weitergehenden Schritten wie z.B. der Anforderung einer Stellungnahme von dem Vertragszahnarzt.

Werden im Zuge der Prüfung Aspekte festgestellt, die über die originären Inhalte der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgehen – z.B. umfangreicher sachlich-rechnerischer Berichtigungsbedarf oder nicht nachvollziehbare Behandlungsläufe –, so erfolgt von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss eine entsprechende Information an den Vorstand der KZV Bremen. Dieser führt dann umgehend ein Beratungsgespräch mit dem betroffenen Zahnarzt.

In der Regel führen derartige Beratungsgespräche zeitnah zu einer Veränderung des Abrechnungsverhaltens oder zu einer Überarbeitung der bisherigen Ansätze der Behandlungsplanung.

In einem Fall ergab sich jedoch der begründete Verdacht einer Falschabrechnung. Dieser Fall wurde gemeinsam mit der GKV-Prüfgruppe der Krankenkassen zur Anzeige bei der Staatsanwaltschaft gebracht.

Mit der Einführung der „Zufälligkeitsprüfung“ in Kombination mit der Prüfmethodik der „repräsentativen Einzelfallprüfung“ wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung in enger Zusammenarbeit der Vertragspartner von einer zuvor rein monetär ausgerichteten Kürzungsmaßnahme zu einem Steuerungsinstrument weiterentwickelt, in dem nun auch – wie schon lange von der Zahnärzteschaft gefordert – Behandlungskonzepte und Qualitätsmerkmale Berücksichtigung finden.

Mit der rein statistischen Durchschnittsprüfung fielen stets die Praxen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung, deren KCH-Fallwertdurchschnitt und/oder die Anzahl einzelner KCH-Behandlungspositionen deutlich oberhalb des Landesdurchschnitts lagen. Diese sog. „Auffälligkeitsprüfung“ findet heute nur noch ergänzend statt.

Die Zufälligkeitsprüfung hingegen umfasst grundsätzlich alle vertragszahnärztliche Praxen im Lande Bremen unabhängig von ihrem quantitativen Leistungsniveau. Dies hat zur Folge, dass nunmehr auch Praxen, die von der Auffälligkeitsprüfung aus verschiedenen Gründen (z.B. hohe KCH-Fallzahl mit großem Anteil an „Verdüner“-Fällen) nie betroffen waren, in die Wirtschaftlichkeitsprüfung kommen. Trotz des erweiterten Prüfumfanges im Zuge der „systematischen Einzelfallprüfung“ führte insbesondere dieser stärker qualitativ ausgerichtete Prüfungsansatz insgesamt zu geringeren Kürzungsbeträgen als die statistische Durchschnittsprüfung.

Dies belegt die insgesamt hohe Behandlungs- und Abrechnungs-Qualität der Praxen im Lande Bremen.

9. Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung

Bereits mit dem GMG hat der Gesetzgeber eine Vielzahl von Vorgaben geschaffen, zu denen in den Gesetzesbegründungen auf die Qualitätssicherung bzw. -förderung abgestellt wird.

9.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V

Insbesondere ist hier die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V zu nennen. Danach mussten alle Vertragszahnärzte innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes – erstmals zum 30. Juni 2009 – nachweisen, dass sie „sich in dem Umfang fachlich fortbilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. 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“ (§ 95 d Abs. 1 SGB V).

Gemäß § 95 d Abs. 6 SGB V haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer 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 Kammern.

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“ (§95 d Abs. 3 SGB V).

Die erstmalige Überprüfung der Fortbildungspflicht zum 30.06.2009 ergab, dass insgesamt 7 Mitglieder der KZV Bremen dieser Verpflichtung nicht bzw. nicht vollständig nachgekommen waren (= 1,5 %). Hierbei handelte es sich überwiegend um ältere Mitglieder, die ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit bald beenden werden bzw. zwischenzeitlich bereits beendet haben, so dass es für zwei Mitglieder nur für ein bzw. zwei Quartale zu Honorarkürzungen kam. Ein Mitglied verstarb unmittelbar nach Ablauf der Fortbildungsfrist. Für vier Mitglieder mussten über mehrere Quartale zunächst 10%ige, dann 25%ige Honorarkürzungen vorgenommen werden. Alle diese Mitglieder haben ihre Fortbildungspflicht zwischenzeitlich nacherfüllt bzw. ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit beendet.

Alle Mitglieder, deren „Fortbildungsfrist“ aufgrund später aufgenommener oder zwischenzeitlich ruhender Zulassung erst nach dem 30.06.2009 ablief, haben ihre Fortbildungspflicht ausnahmslos erfüllt.

Zahnärztlicherseits wird die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung abgelehnt, da diese Vorgabe dazu führen kann, dass Fortbildung lediglich „der Punkte wegen“ erfolgt. Sinn und Zweck der Fortbildung muss aber in erster Linie die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt zum Wohle des Patienten sein. Mit der gesetzlichen Regelung ist vorprogrammiert, dass Vertragszahnärzte ggf. an Fortbildungen teilnehmen (müssen), die weder für sie noch für ihre Patienten von Nutzen sind, nur um ihr Punktekontingent zu erfüllen.

9.2 Beauftragter gemäß § 81a SGB V

Schließlich zählt zur Qualitätssicherung im weitesten Sinne auch die ordnungsgemäße Abrechnung von Leistungen durch die Mitglieder der KZV gemäß der geltenden gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsbestimmungen.

Qualitätssicherung ist hier weniger im Sinne einer verstärkten Abrechnungs-Kontrolle zu verstehen, wie sie von der GKV-Prüfgruppe oder auch der Staatsanwaltschaft bereits angestrebt wird.

Qualitätssicherung umfasst in diesem Zusammenhang die regelmäßige und zeitnahe Information der Mitglieder der KZV über Änderungen im Abrechnungsgeschehen, Aufklärung über die möglichen Folgen irrtümlich fehlerhafter Abrechnungen und die fortwährende Beratung in Abrechnungsangelegenheiten.

Dennoch ist zweifelhaft, ob auch die Tätigkeit des Beauftragten nach § 81a SGB V zur Qualitätssicherung im weitesten Sinne zu zählen ist. Aufgabe des Beauftragten ist die Verfolgung von Fällen, in denen ein Schaden zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen entstanden ist.

Zwar wird von Seiten der Krankenkassen die Tätigkeit des Beauftragten (hier: gemäß § 197a SGB V) als Beitrag zur Qualitätssicherung betrachtet. Allerdings führt diese Sichtweise wieder auf das anfangs genannte Problem zurück, dass Qualitätssicherung damit allein auf den Kosten-Gesichtspunkt reduziert wird.

9.3 Weiteres

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

Exemplarisch seien hier lediglich die Bereiche

- Patientenschutz,
- Hygienebestimmungen / RKI-Richtlinien,
- Arbeitsschutz,
- Röntgenverordnung

genannt.

10. Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten

Schon bevor von Seiten der Politik die unzureichende zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Alten- und Behinderten als Thema „entdeckt“ wurde, ist die KZV Bremen tätig geworden, um eine qualitative Verbesserung der Versorgung dieses Personenkreises zu erreichen.

Bereits im Jahre 2008 hatte die KZV Bremen in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen eine Analyse vorgenommen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Alten- und Behindertenheimen nachhaltig zu verbessern.

Die im ersten Schritt dieser Analyse erfolgte Ursachenforschung ergab, dass mit dem Umzug eines zuvor in der Regel über lange Jahre durchgängig zahnärztlich betreuten Patienten in ein Alten- oder Pflegeheim der Kontakt zu dem Hauszahnarzt häufig abbricht, da diese Patienten zumeist nicht mehr dazu in der Lage sind, ihren Hauszahnarzt selbst aufzusuchen. Der Hauszahnarzt weiß dabei oftmals gar nicht, warum der Patient nicht mehr erscheint.

Insbesondere bei älteren Patienten führt der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim in der Folge dazu, dass die Kontrolle und bei Bedarf Anpassung oder Reparatur der zum Teil aufwändigen Teil- oder Total-Prothesen nicht mehr erfolgt. Da diese „Prothesen-Wartung“ durch das nicht dafür qualifizierte Pflegepersonal nicht in ausreichender Art und Weise vorgenommen werden kann, werden Prothesen häufig innerhalb kürzester Zeit funktionsuntüchtig.

Ähnliches gilt für den oftmals noch vorhandenen Restzahnbestand der Heim-Bewohner. Kariöse Erkrankungen werden durch das Pflegepersonal nicht rechtzeitig erkannt. Ist der Bewohner zudem nicht (mehr) dazu in der Lage, sich im Falle von Zahnschmerzen entsprechend frühzeitig und eindeutig zu artikulieren, dann ist letztlich die Extraktion die einzige noch verbleibende Behandlungsmöglichkeit. War der extrahierte Zahn zudem noch Bestandteil einer Prothese, ist die Funktionsuntüchtigkeit dieser Prothese oftmals die unvermeidbare Folge. Im schlimmsten Fall führt diese Entwicklung dazu, dass der Betroffene nur noch über eine Magensonde ernährt werden kann, da sein Kauapparat unwiederbringlich geschädigt ist.

Als Grundproblem für die nicht ausreichende zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnern wurde festgestellt, dass die zahnärztliche Versorgung zumeist erst auf Anforderung durch das Heim erfolgt. Erforderlich ist hingegen eine regelmäßige aufsuchende Betreuung, die jedoch nur in enger Abstimmung mit der jeweiligen Heimleitung möglich ist.

Im zweiten Schritt der Analyse wurden Maßnahmen entwickelt, wie auch für Heimbewohner eine durchgängige zahnärztliche Betreuung und Versorgung sichergestellt werden könnte.

Zunächst müsste eine regelmäßige, anlass-unabhängige zahnärztliche Betreuung durch einen zuständigen „Heim-Zahnarzt“ erfolgen. Damit dieser Heim-Zahnarzt Kenntnis erhält über bereits vorhandene Behandlungs-Daten, aus denen z.B. das Alter oder die Beschaffenheit einer Prothese sowie ggf. bestehende Materialunverträglichkeiten des Patienten eindeutig hervorgehen, wurde ein Formular entwickelt, das von der Heimleitung bei dem Einzug des Bewohners an die Angehörigen zur Weitergabe an den vorherigen Haus-Zahnarzt übergeben wird. In diesem Formular nimmt der Haus-Zahnarzt die erforderlichen Einträge in ein Zahnschema vor, dokumentiert Angaben zu prothetischen Versorgungen und gibt an die Pflegekräfte adressierte Hinweise zur Mundhygiene, zu speziellen Zahnpflegemitteln und zur Ernährung. Das ausgefüllte Formular übersendet er zurück an die Heimleitung oder – unter Voraussetzung der Zustimmung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters – idealerweise zusammen mit den verfügbaren Behandlungsdaten an den zuständigen Heim-Zahnarzt.

Die Durchführung einer zahnärztlichen Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern vor Ort durch einen Heim-Zahnarzt ist jedoch für den dort tätigen Behandler mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden:

- er muss über eine mobile Behandlungseinheit verfügen und von einer zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) begleitet werden;

- die für die Behandlung erforderlichen Instrumente und Materialien müssen vorab zusammen gestellt und für den Transport steril verpackt werden;
- benutzte Instrumente müssen entsprechend sicher verwahrt und verpackt zur Aufbereitung in die Praxis zurück transportiert werden;
- ältere und/oder behinderte Patienten sind häufig zunächst behandlungsunwillig. Der Behandler muss deshalb zuerst langsam ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Die eigentliche Behandlung ist dann in der Regel wesentlich zeitaufwändiger als bei „normalen“ Patienten. Hinzu kommt, dass die räumlichen Behandlungsmöglichkeiten in Heimen zumeist suboptimal sind. Die Patienten müssen oftmals liegend im Bett oder sitzend auf einem normalen Stuhl behandelt werden.

In den nachfolgenden Gesprächen von KZV und ZÄK Bremen mit den Verbänden der Krankenkassen, Vertretern des Gesundheitsamtes sowie der zuständigen senatorischen Dienststelle war unstrittig, dass ein erheblicher Verbesserungsbedarf für die Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern besteht und dass das von der Bremer Zahnärzteschaft erarbeitete Konzept an dieser Stelle zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung führen würde. Die Verbände der Krankenkassen vertraten jedoch die Auffassung, dass die Vergütung für derartige zusätzliche zahnärztliche Leistungen bereits in den Gesamtvergütungen „eingepreist“ sei.

Auf Vorschlag der senatorischen Dienststelle brachte die KZV Bremen darauf hin das Konzept zur zahnärztlichen Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern in die Vergütungsverhandlungen 2010 mit den Verbänden der Krankenkassen ein. Trotz des unstrittigen Bedarfs waren die Verbände der Krankenkassen weiterhin nicht bereit, über Vergütungen für die vorgeschlagenen Maßnahmen zu verhandeln. Lediglich die AOK Bremen/Bremerhaven zeigte sich in Hinblick auf ggf. realisierbare kompensatorische Ersparnisse grundsätzlich bereit, sich weiter mit dem Thema zu beschäftigen.

Die Initiative der Bremischen Zahnärzteschaft zur Verbesserung der Versorgung von Heimbewohnern erfolgte von Anfang an in enger Abstimmung mit der KZBV und deren Bemühungen um eine gesetzliche Grundlage für eine aufsuchende zahnärztliche Betreuung und Versorgung von alten und behinderten Menschen.

Die Bemühungen der KZBV führten schließlich dazu, dass im Zuge des mit dem GKV-VStG neu aufgenommenen § 87 Abs. 2i SGB V mit Wirkung ab dem 01.04.2013 neue BEMA-Positionen für die aufsuchende Betreuung eingeführt wurden:

- 171a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen.
- 171b) Zuschlag für das Aufsuchen von weiteren Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 171a.

Zwar ist die Einführung dieser neuen Zuschlagspositionen grundsätzlich zu begrüßen, da die aufsuchende vertragszahnärztliche Betreuung und Versorgung von alten und behinderten Menschen aufgrund des oben beschriebenen erheblichen zusätzlichen Aufwandes mit den bisherigen Leistungspositionen nicht annähernd angemessen vergütet wurde.

Zwar ist aufgrund der Kürze der Abrechenbarkeit derzeit noch nicht absehbar, welchen Einfluss die neuen Zuschlagspositionen auf die aufsuchende vertragszahnärztliche Versorgung insbesondere von Heimbewohnern haben werden. Da jedoch weiterhin der gesamte Bereich der zahnärztlichen Behandlung dieser Patientengruppe ausgeklammert geblieben ist, kann davon ausgegangen werden, dass es sich hier zunächst nur um den „Tropfen auf den heißen Stein“ handeln wird.

Erste Auswertungen für das Quartal II/2013 ergaben, dass die neuen Positionen von etwa einem Viertel der Praxen im Lande Bremen abgerechnet wurden. Nur rund 16 Praxen rechneten jedoch mehr als 10 Besuche im Quartal ab.

Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen, die eine bereits Ende 2011 von der KZV Bremen unter ihren Mitgliedern durchgeführte Umfrage ergab. D.h. die neuen Zuschlagspositionen haben bisher nicht zu einer signifikanten Ausweitung der aufsuchenden Betreuung geführt.

Leider war es in den Vergütungsverhandlungen 2013 nicht möglich, die Verbände der Krankenkassen im Lande Bremen davon zu überzeugen, neben den Vergütungen für die Positionen 171 a/b auch die vor Ort erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen (außer Zahnersatz/Zahnkronen) außerhalb der Gesamtvergütung zu vergüten. Dies hätte dazu geführt, dass Praxen, die sich in besonderem Maße in der aufsuchenden Betreuung engagieren, im Gegenzug mit Honorarkürzungen hätten rechnen müssen.

Diese unhaltbare Situation wurde dadurch gelöst, dass mit Beschluss der Vertreterversammlung der KZV Bremen der Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 7) dahin gehend geändert wurde, dass die für die aufsuchende vertragszahnärztliche Betreuung abgerechneten Leistungen im Rahmen der innerzahnärztlichen Honorarverteilung in jedem Fall voll vergütet werden.

Da es weiterhin ein unverzichtbares Anliegen der KZV Bremen ist, die aufsuchende Betreuung zu fördern, wird die Vergütung der im Rahmen dieser Betreuung erbrachten Sachleistungen außerhalb der Gesamtvergütung ein wesentliches Thema für die Vergütungsverhandlung 2014 sein.

Während mit § 87 Abs. 2i SGB V lediglich eine Zuschlagsposition für die aufsuchende Betreuung geschaffen wurde, steht mit § 87 Abs. 2j SGB V in Verbindung mit § 119b SGB V die Leistungserbringung für Heimbewohner im Vordergrund:

§ 87 Abs. 2j SGB V

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

Begründung zu § 87 Abs. 2j SGB V:

„Um die Hausbesuchstätigkeit von Vertragszahnärzten bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen durch den Abschluss von Kooperationsverträgen mit den genannten Einrichtungen zu fördern, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine zusätzliche Leistung vorzusehen. Damit wird die Abrechnung einer zusätzlichen Vergütung für zahnärztliche Leistungen ermöglicht, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Diese zusätzliche Vergütung soll in der Bewertung über die Vergütung für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen nach § 87 Absatz 2i Satz 1 hinausgehen.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Vergütung ist der Abschluss einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine zahnärztliche Betreuung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen (...). In einer solchen bundesweiten Vereinbarung sind konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele sowie das Nähere über das Abrechnungsverfahren der zusätzlichen Vergütung festzulegen. (...) Durch die zusätzliche Vergütung wird ein finanzieller Anreiz geschaffen, die vereinbarten Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele umzusetzen. Die Leistung nach § 87 Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht gesondert abrechnungsfähig, da die Leistungsbewertung

nach § 87 Absatz 2j über die Leistungsbewertung nach § 87 Absatz 2i hinausgeht und damit bereits den Aufwand für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen umfasst. Die Vorschrift in Satz 3 stellt sicher, dass Ausgabensteigerungen aufgrund des Ausbaus der zahnmedizinischen Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 1 nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen.“

§ 119b SGB V

- (1) Stationäre Pflegeeinrichtungen können 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 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren bis spätestens 30. September 2013 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. (...)

Begründung zu § 119b SGB V:

Zu Absatz 1

„Aufgrund der Kritik an der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen wurde mit dem im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008 neu eingefügten § 119b stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet, einzeln oder gemeinsam mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge zu schließen. Zur Förderung solcher Kooperationsverträge wurde zudem vorgesehen, dass auf Antrag der Pflegeeinrichtung die Kassenärztliche Vereinigung den Abschluss eines entsprechenden Vertrages „anzustreben“ hat, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner sicherzustellen. Um solche Kooperationsverträge noch stärker zu fördern, wird diese Regelung verbindlicher ausgestaltet.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird künftig aufgegeben, bei Vorliegen eines entsprechenden Antrags einer Pflegeeinrichtung den Abschluss eines Kooperationsvertrages nicht lediglich anzustreben, sondern zu vermitteln. Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung (vergleiche § 72 Absatz 1 Satz 2).“

Zu Absatz 2

„(...) Dazu sind vor allem der Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln, Qualitätsbeziehungsweise Versorgungsziele, die Aufgaben der teilnehmenden Ärzte sowie Regelungen zur Vergütung festzulegen. Die allgemeinen Versorgungsziele sind insbesondere

- Verbesserung multiprofessioneller Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustausches (Fallbesprechungen/Visiten) zwischen allen an der Pflege und medizinischen Versorgung der Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung beteiligten Pflegekräfte, Ärzte und Fachärzte,
- Vermeiden unnötiger Krankenhausaufenthalte und damit verbundener Krankentransporte,
- Sicherstellen der ärztlichen Versorgung auch nach 22Uhr, an Wochenenden und Feiertagen,
- Schaffen von Regelungen zur Rufbereitschaft.

Das Recht des Bewohners auf freie Arztwahl bleibt dabei unberührt. Die Pflegeheimbewohner profitieren von der aufeinander abgestimmten Versorgung. Ein fester ärztlicher Ansprechpartner steht in den Heimen zur Verfügung und durch gemeinsame Visiten wird der Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen gefördert. Durch eine bundesweite (Rahmen-)Regelung, die kassenübergreifend gilt, wird sichergestellt, dass in den einzelnen Pflegeeinrichtungen die Bewohner gleich betreut beziehungsweise versorgt werden und die Betreuung des jeweiligen Bewohners nicht von der jeweiligen Vertragsgestaltung seiner Krankenkasse abhängig ist.

Die Regelung gilt entsprechend auch für die zahnärztliche Versorgung (...). Auch hier wird das Ziel verfolgt, Zahnarzt und Pflegeeinrichtung miteinander zu vernetzen und ihre Zusammenarbeit zu stärken. Die Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 soll unter anderem den Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln, Qualitätsbeziehungsweise Versorgungsziele, die Aufgaben der teilnehmenden Zahnärzte sowie das Nähere über das Verfahren der Abrechnung der zusätzlichen Vergütung nach § 87 Absatz 2j festlegen. Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen sollen die zahnärztliche Versorgung und die Mundgesundheit der Versicherten in Pflegeeinrichtungen zum Beispiel durch regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen sowie einfache Behandlungen verbessert werden. Zahnmedizinische Erkrankungen sollen auch bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden, um so die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten beziehungsweise zu verbessern.“

Die Verhandlungen der KZBV mit dem GKV-Spitzenverband über die Ausgestaltung der Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V sowie über eine Rahmenvereinbarung über die Ausgestaltung von Kooperationsverträgen zwischen Vertragszahnärzten und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 119b Abs. 2 SGB V laufen derzeit noch.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V strebt die KZBV eine fachlich angepasste Übertragung der bewährten Leistungen zur Individual-Prophylaxe auf pflegebedürftige Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen an („IP-AuB“).

Mit der Rahmenvereinbarung gemäß § 119b Abs. 2 SGB V soll eine belastbare Grundlage für künftige Kooperationsverträge geschaffen werden, die es einerseits den Pflegeeinrichtungen ermöglicht, eine kontinuierliche vertragszahnärztliche Betreuung der Bewohner zu erreichen, andererseits müssen die Regelungen kompatibel mit den Erfordernissen der weiterhin in niedergelassener Praxis tätigen Kooperations-Zahnärzte sein.

Zu kritisieren ist hierbei die verpflichtende Vorgabe des Gesetzgebers, dass eine Pflegeeinrichtung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten zu ermächtigen ist, wenn es der KZV nicht gelingt, innerhalb von sechs Monaten einen Kooperations-Zahnarzt zu vermitteln. Mit der Ermächtigung kann die Einrichtung selbst Zahnärzte anstellen.

Mit einer solchen Ermächtigung wird nicht nur der Sicherstellungsauftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgehöhlt, im schlimmsten Fall geht ein solche dauerhafte Verlagerung von Behandlungs-Kapazitäten in Pflegeeinrichtungen zu Lasten der vertragszahnärztlichen Versorgung der übrigen Patienten.

Neben dem Auftrag zur Vermittlung von Kooperations-Zahnärzten an Pflegeeinrichtungen werden sich die organisatorischen Aufgaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landesebene sich in zwei Bereiche unterteilen:

- Die KZVen haben formal zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Abrechnung von Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V erfüllt sind. Hierzu muss den KZV-Mitgliedern u.a. die Abgrenzung zwischen Leistungen nach §§ 87 Abs. 2i und Abs. 2j vermittelt werden.
- Ergänzend werden die KZVen ihre Mitglieder – ggf. in Kooperation mit den jeweiligen Zahnärztekammern – Schulungsangebote für die Betreuung und Versorgung alter und pflegebedürftiger Patienten unterbreiten.

Bereits jetzt kooperiert die KZV Bremen mit der „Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin“ (DGAZ), die nicht nur auf Bundesebene federführend bei der Entwicklung von Konzepten zur zahnärztlichen Versorgung von Bewohnern von Altersheimen ist, sondern auch zahlreiche Fortbildungen zur Alterszahnheilkunde anbietet.

Aus zahnärztlicher Sicht hat der Gesetzgeber trotz der zum Teil nur suboptimalen Regelungen mit der Einführung von §§ 87 Abs. 2i und 2j Grundlagen geschaffen, mit denen mit vergleichsweise geringem finanziellen Aufwand der Krankenkassen eine ebenso notwendige wie sinnvolle Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann. Im Gegensatz zu den bereits bestehenden gesetzlichen Qualitätsanforderungen z.B. zur Hygiene, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung steht hier die direkte zahnärztliche Versorgung im Vordergrund.

Obwohl die Notwendigkeit bereits lange bekannt ist und von zahnärztlicher Seite auch stets betont wurde, gab es bisher für die aufsuchende zahnärztliche Betreuung keine definierte Rechtsgrundlage. Alle Zahnärzte, die bereits in der Vergangenheit mit erheblichem persönlichen Engagement und Zeitaufwand in Pflegeeinrichtungen tätig waren, gingen damit ein rechtliches Risiko ein, da nie abschließend geklärt war, in wie weit Pflegeeinrichtungen befugt waren, für Patienten, die nicht mehr zu eigenen Willensäußerungen in der Lage sind, zahnärztliche Behandlungen zu veranlassen.

Nunmehr wurde der Zahnärzteschaft ein erstes Instrument in die Hand gegeben, mit der 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 KZBV in das SGB V aufgenommen wurden.

Angesichts der demografischen Entwicklung besteht jedoch noch weiterer Handlungsbedarf des Gesetzgebers, der auch zukünftig von der Zahnärzteschaft eingefordert werden wird.

11. Selektivverträge nach § 73c SGB V

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber weitere Veränderungen geschaffen, die zwar nicht unmittelbar auf die Qualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung abzielen, diese aber dennoch direkt berühren.

Mit dem am 01.01.2009 in Kraft getretenen Gesundheitsfonds gilt für alle GKV-Kassen der gleiche, gesetzlich vorgegebene Beitragssatz (bis 31.12.2010: 14,9 % / seit 01.01.2011: 15,5 %). Einnahmeunterschiede für die GKV-Kassen ergeben sich nur noch aus den morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Fonds sowie aus ggf. erhobenen Zusatzbeiträgen.

Trotz der aktuell guten finanziellen Ausstattung des Gesundheitsfonds und der hohen Rücklagen zahlreicher Krankenkassen wird der finanzielle Druck auf die Kostenträger allein aufgrund der unveränderten demografischen Entwicklung langfristig wieder ansteigen. Außer dem Ansatz, die internen Kosten z.B. durch Fusionen zu verringern, besteht eine Kompensationsmöglichkeit für die Krankenkassen bei den Vergütungen der Leistungserbringer.

Der Gesetzgeber hat dazu für den Bereich der ambulanten Versorgung die Möglichkeit von Selektivverträgen nach §§ 73b und 73c SGB V geschaffen. Trotz ihrer unterschiedlichen Inhalte haben Verträge nach beiden Paragraphen gemeinsam, dass sie von Seiten der Krankenkassen nur mit einzelnen oder einer Gruppe von Leistungserbringern geschlossen werden können.

Die bisherigen kollektivvertraglichen Regelungen werden dadurch ausgehöhlt. Zwar ist die „besondere Qualität“ der im Rahmen derartiger Verträge erbrachten Leistungen in der Außenwirkung sowohl des Gesetzgebers als auch der Krankenkassen ein wesentliches Argument. Eine genauere Definition, was unter dieser „besonderen Qualität“ zu verstehen ist, steht aber bisher aus. Da diese Selektivverträge zudem nur mit einem Teil der Leistungserbringer geschlossen werden, können sie auch nur einem Teil der Versicherten zu Gute kommen.

Die DAK hat einen bundesweiten Selektivvertrag nach § 73c SGB V mit der Indento GmbH geschlossen. Vertragszahnärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen sich dazu verpflichten, zahntechnische Laborleistungen für ebenfalls an dem Vertrag teilnehmende DAK-Versicherte ausschließlich über die mit der Indento GmbH verbundene Imex GmbH zu beziehen und Zahnersatz-Regelversorgungen zuzahlungsfrei zu erbringen. Finanzielle Einsparungen für die DAK ergeben sich aus diesem Vertrag nicht, da die Festzuschüsse unverändert gezahlt werden. Die Zuzahlungsfreiheit für den Patienten resultiert aus niedrigeren Material- und Laborkosten sowie einem erzwungenen Honorarverzicht der teilnehmenden Behandler. Außervertragliche Leistungen (z.B. Implantate, PZR), die Bestandteil des Vertrages sind, sind für die DAK finanziell ebenfalls gänzlich ohne Belang. Es liegt deshalb die Vermutung nahe, dass die DAK den Vertrag mit der Indento GmbH lediglich als Marketing-Maßnahme mit dem ausschließlichen Ziel der Gewinnung neuer Versicherter betreibt.

Noch einen Schritt weiter ging die BKK Firmus, die Mitte 2010 mit der Managementgesellschaft „Zahnfee GmbH“ einen §73c-Vertrag über den gesamten Bereich der zahnärztlichen Versorgung im Lande Bremen geschlossen hat. Die praktische Umsetzung dieser Vereinbarung scheiterte jedoch bereits daran, dass einem „Zahnfee“-Beteiligten in großem Umfang Abrechnungsbetrug nachgewiesen wurde. Die BKK Firmus beendete darauf hin den Vertrag.

Dieser Vorgang belegt exemplarisch, dass die Qualität der Versorgung in diesem Vertrag nach § 73c SGB V offensichtlich völlig nachrangig ist. Im Fokus der BKK Firmus stand ausschließlich die Leistungsvergütung außerhalb des Kollektivvertrages und damit die Reduzierung von Zahlungen an die KZV.

Die Selektivverträge der DAK und der BKK Firmus haben gemeinsam, dass sie lediglich bereits heute übliche zahnärztliche Leistungen umfassen. Weder ist erkennbar, wo es sich hierbei um eine „besondere ambulante zahnärztliche Versorgung“ gemäß § 73c SGB V handelt,

noch beinhalten die Verträge konkrete Qualitäts-Definitionen. Sofern Qualitätsmerkmale überhaupt beschrieben werden, so erfolgt dies in lediglich allgemeiner Form. Aufgrund der unabhängig von Selektivverträgen bereits geltenden, deutlich konkreten gesetzlichen Qualitätsvorgaben für alle Vertragszahnärzte führen derartige Verträge weder zu einer Qualitätssicherung noch zu einer Qualitätsverbesserung. Offensichtliches Ziel aller Krankenkassen, die derzeit versuchen, Selektivverträge zu etablieren, ist, durch diese Verträge Preissenkungen für ihre Patienten im Bereich der Zuzahlungen zu erreichen und dies als Marketing-Instrument zu nutzen.

Die dennoch nach außen propagierte – aber nicht näher definierte – Qualität der im Rahmen dieser Verträge vereinbarten Leistungen wird spätestens mittelfristig nicht mehr realisierbar sein. Qualität – insbesondere deren Sicherung und ggf. sogar Verbesserung – erfordert laufende Investitionen der Praxen. Doch schon in den letzten Jahren war das Investitionsniveau der überwiegenden Zahl der vertragszahnärztlichen Praxen rückläufig, wie durch sinkende Abschreibungsbeträge eindeutig belegt wird. Wurden zunächst vorrangig Neu-Investitionen zurückgestellt, so sind mittlerweile auch Ersatz-Investitionen betroffen. Mit dem Preisdruck durch Selektivverträge wird diese Entwicklung noch weiter verschärft werden.

Verträge nach § 73c SGB V sind folglich sogar qualitätsfeindlich.

Da an Selektivverträgen definitionsgemäß nur ein Teil sowohl der Leistungserbringer als auch der Versicherten teilnehmen können, führen Verträge nach § 73c SGB V zudem zu einer Gefährdung der wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung. An einem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte können nicht mehr ihren langjährigen Hauszahnarzt aufsuchen, wenn dieser nicht ebenfalls an dem selben Selektivvertrag teilnimmt. Das heißt, diese Patienten verlieren ihr Recht auf die freie Wahl des Behandlers und müssen zwangsweise ihren Zahnarzt wechseln. Dies bedeutet nicht nur den Verlust des über Jahre aufgebauten Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patienten, sondern führt ggf. auch zu einer Unterbrechung der zuvor durchgängigen zahnärztlichen Betreuung und Versorgung.

Ein besonderes Problem ist, dass Krankenkassen Verträge nach § 73c SGB V auch mit rein renditeorientierten Managementgesellschaften schließen können (Beispiel: DAK / Indento GmbH). Eine direkte Vertragspartnerschaft zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern besteht dann nicht, die teilnehmenden Vertragszahnärzte unterliegen stattdessen den Regelungen ihres Vertrages mit der Managementgesellschaft. In diesem Konstrukt besteht die Gefahr, dass von Seiten der Managementgesellschaft gegenüber den Behandlern Vorgaben geschaffen werden, die weniger auf die Versorgung der Patienten, sondern vielmehr auf eine Ertragsverbesserung der Gesellschaft ausgerichtet sind. Denkbar sind hier z.B. steigende Rabatte für Material- und Laborkosten bei höherem Umsatz mit Zahnersatz.

Zusammen gefasst betrachtet, konterkariert der Gesetzgeber mit § 73c SGB V seine Vorgaben aus § 135a SGB V. Solange Selektivverträge vorrangig lediglich unter „Preis-“ und Marketing-Aspekten geschlossen werden, sind derartige Verträge auch und gerade aus Qualitäts-Gesichtspunkten grundsätzlich abzulehnen.