



## **Qualitätssicherung**

### **Bericht für das Jahr 2011 gemäß § 136 Abs. 1 SGB V der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen**

1.	Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V).....	1
2.	Vorbemerkungen .....	3
3.	Ziele.....	5
4.	Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen.....	7
5.	Gutachterwesen / Tübinger Modell .....	9
5.1	Gutachterwesen .....	9
5.2	Tübinger Modell.....	10
5.2.1	Tübinger Modell ZE/PAR .....	10
5.2.2	Tübinger Modell KFO .....	13
6.	Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung .....	15
6.1	Qualitätsmanagement-Richtlinie .....	15
6.2	Qualitätssicherungs-Richtlinie .....	17
7.	Honorarverteilungsmaßstab (HVM).....	19
8.	ergänzende Maßnahmen.....	21
9.	Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung .....	23
9.1	Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V.....	23
9.2	Beauftragter gemäß § 81a SGB V .....	23
9.3	Weiteres.....	24
10.	Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten.....	25
11.	Selektivverträge nach § 73c SGB V .....	27

**Hinweis:**

Für diesen Bericht zeichnen als Vorstand verantwortlich:

Dr. Dirk Mittermeier      [dmittermeier@kzv-bremen.de](mailto:dmittermeier@kzv-bremen.de)

Oliver Voitke              [owoitke@kzv-bremen.de](mailto:owoitke@kzv-bremen.de)

Haus der Zahnärzte, Universitätsallee 25, 28359 Bremen, [info@kzv-bremen.de](mailto: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 V<sup>1</sup>)

### § 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.
- (...)

### § 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 bis 87c 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. (...)

---

<sup>1</sup> Zuletzt geändert mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem Organisationsstrukturen-Weiterentwicklungsgesetz mit Wirkung ab dem 01.01.2009.

## 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 Vergütungsabschlüsse für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.
- (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

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.

Die geltende Gesetzgebung führt besonders in Hinblick auf die im vertragszahnärztlichen Bereich derzeit noch geltende Budgetierung zu der widersprüchlichen Situation, dass zwar einerseits die Qualität gesichert werden muss. Andererseits sind angemessene Vergütungen zur Umsetzung dieser Qualitätssicherung durch die zwingende Koppelung der Honorare für vertragszahnärztliche Leistungen an die Grundlohnsummensteigerung nahezu ausgeschlossen. Diese gesetzliche Einschränkung wurde durch das GKV-FinG mit einer Verringerung der Grundlohnsummensteigerung für 2011 um 0,25 % und für 2012 um 0,5 % noch verschärft. Zwar ist mit dem 2012 in Kraft tretenden GKV-Versorgungsstrukturgesetz ab 2013 eine Entkoppelung der vertragszahnärztlichen Vergütungen von der Grundlohnsummenentwicklung vorgesehen. Welche konkreten Auswirkungen dies auf die zukünftige Vergütungsentwicklung haben wird, ist jedoch heute (Dezember 2011) noch nicht absehbar.

Unter Berücksichtigung dieses Spannungsfeldes haben die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bereits in 2005 fünf Grundsätze zur Qualitätsförderung in der Zahnheilkunde erarbeitet, die auch für die Qualitätssicherung uneingeschränkt gelten:

- 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“.



### 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.

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, für das Jahr 2011 sind hier exemplarisch die Informationsveranstaltung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bzw. zur Ausstattung der Praxen mit eGK-Lesegeräten sowie zum Beginn der papierlosen Abrechnung ab 2012 zu benennen.

Als wichtiges Tätigkeitsfeld hat die KZV Bremen die qualitative Verbesserung der zahnärztlich Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern identifiziert (→ Kapitel 10).

In Hinblick auf die Qualitätssicherung sind hingegen Selektivverträge (→ Kapitel 11) sehr kritisch zu betrachten. Da derartige Verträge in der Regel rein „preisorientiert“ gestaltet sind, bleibt für Qualitätsaspekte grundsätzlich kein Spielraum.

#### 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 2011 u.a. folgende – zum Teil mehrtägige – Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte, ZFA und ZMF ganz oder teilweise zu vertragszahnärztlichen Themen durch:

- Abrechnung:
  - „PSI3 und PSI4“
  - „Zahntechnische Abrechnung“
  - „Bremer Curriculum Praxisführung - Abrechnung II“
  - „Abrechnung auf ein Neues“
  - „BEMA Teil 2“
  - „Brückenkurs Abrechnung für ZMV“
- Prophylaxe:
  - „Prophylaxe – der 1. Schritt“
  - „Prophylaxe – der 2. Schritt“
  - „Prophylaxe – der 2. Schritt“
  - „Prophylaxe auf ein Neues“
  - „Prophylaxe pur“
- „QM Kompakt“

Neben den „QM-Kompakt“-Veranstaltungen der ZÄK für Praxismitarbeiterinnen führte die KZV im Frühjahr 2011 insgesamt 4 QM-Ergänzungsseminare für Praxisinhaber durch (→ 6.1).

Wie in den Vorjahren bot die KZV Bremen ihren Mitgliedern Infoveranstaltungen unter dem Titel „Festzuschüsse – Spezial“ zu aktuellen Änderungen der Festzuschuss-Richtlinien an. Diese in 2005 initiierte Reihe wurde in 2011 mit insgesamt vier Veranstaltungen fortgesetzt.

Die KZV Bremen stellt außerdem Räume sowie Materialien für die regelmäßig stattfindenden und von den teilnehmenden Vertragszahnärzten selbst organisierten Qualitätszirkel zur Verfügung. In 2011 fanden unter der Leitung von speziell geschulten – zahnärztlichen – Moderatoren insgesamt ein halbes Dutzend 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, 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.

Die Gutachter werden ergänzend dazu angehalten, der Qualität der begutachteten Versorgung 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“. Wenn es dazu kommt, dass gutachterliche Entscheidungen eines bestimmten Gutachters in der Folgeinstanz auffallend häufig abgeändert werden, 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.

Ergänzend führt der Vorstandsvorsitzende und Gutachter-Referent für neu berufene Gutachter Einführungsveranstaltungen durch (zuletzt im Februar 2011), 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 im November 2011) erhalten junge Gutachter die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit erfahrenen Gutachtern. Hierzu werden – 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 Kopie.

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 bietet sich somit als ergänzendes Qualitätssicherungsinstrument an. 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 fundamentierte 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.

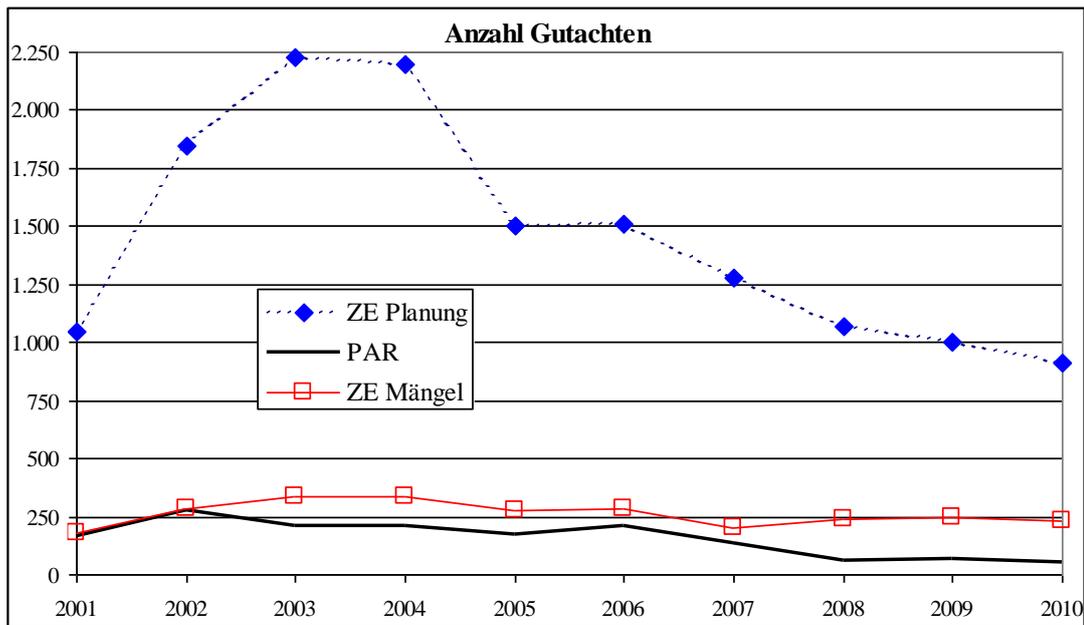
*Grundlage* ist die zentrale Bedeutung von Befund und Planung unter Beachtung der Richtlinien. *Ziel* ist die gutachterliche (fachliche) Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung zur Sicherung der Qualität zahnärztlicher Behandlungstätigkeit. Die *Durchführung* geschieht unter aktiver Einbeziehung 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. 4-6 PAR-Planungsgutachten und ca. 20 ZE-Mängelgutachten pro Monat erfolgen. Deshalb kann schon eine geringe Schwankung der absoluten Fallzahl zu einer starken prozentualen Veränderung führen. Die durchschnittliche Zahl der ZE-Planungsgutachten liegt hingegen bei rund 75 pro Monat.

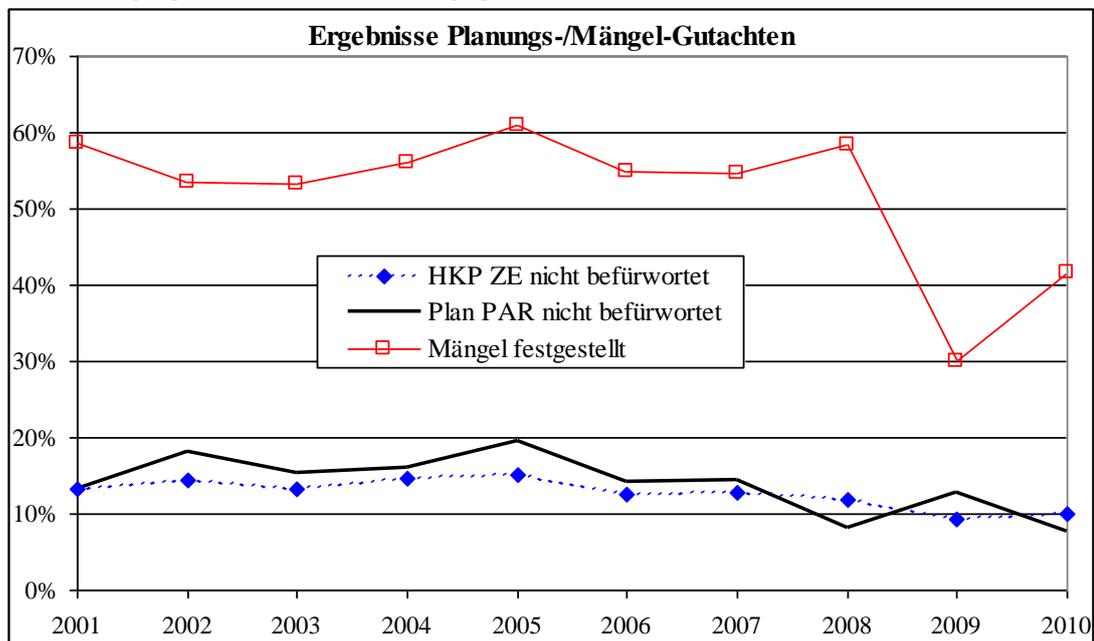
Insbesondere im Bereich der Planungsgutachten ist seit Einführung des ZE-Festzuschuss-systems im Jahre 2005 ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl der von den Krankenkassen in Auftrag gegebenen ZE-Planungsgutachten festzustellen. Diese Entwicklung ist kein „Bremen-Spezifikum“, sondern deckt sich mit den im Bundesgebiet insgesamt rückläufigen Zahlen.

Zwar ist auch für PAR-Planungsgutachten in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen. Aufgrund der sehr geringen absoluten Zahl von PAR-Planungsgutachten kann hieraus jedoch keine statistisch belastbare Entwicklung abgeleitet werden.



Als vergleichsweise konstant erweist sich die Zahl der ZE-Mängelgutachten. Die vergleichsweise niedrigere Zahl derartiger Gutachten belegt 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 nicht der „leichtere“ Weg der Einleitung eines Mängelgutachtens 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 vorliegt und nicht nur eine subjektive Unzufriedenheit des Versicherten mit seiner Zahnersatzversorgung. Dies ist – unbeschadet des vorübergehenden Rückganges in 2009 – eine wesentliche Ursache für den vergleichsweise hohen Anteil von ZE-Mängelgutachten, denen stattgegeben wird:



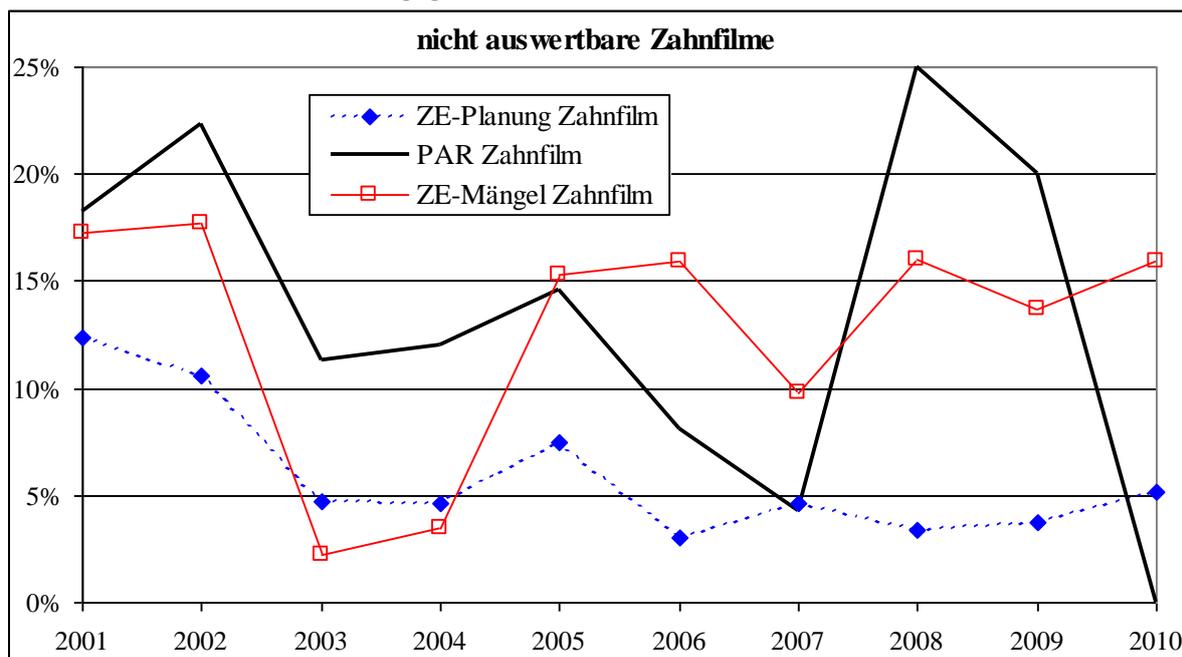
Sowohl hinsichtlich der ZE- als auch der PAR-Gutachten ist die Relation der Zahl der Gutachten zu der Gesamt-Fallzahl zu beachten. Bei insgesamt rund 100.000 ZE-Fällen und über 7.000 PAR-Fällen, die in 2009 von Bremer Zahnärzten über die KZV Bremen abgerechnet wurden, liegt der prozentuale Anteil von

- ZE-Planungsgutachten (913) bei 0,9 % (nicht befürwortet: 0,09 %);
- PAR-Planungsgutachten (53) bei 0,8 % (nicht befürwortet: 0,06 %);
- ZE-Mängelgutachten (235) bei 0,2 % (Mängel festgestellt: 0,1 %).

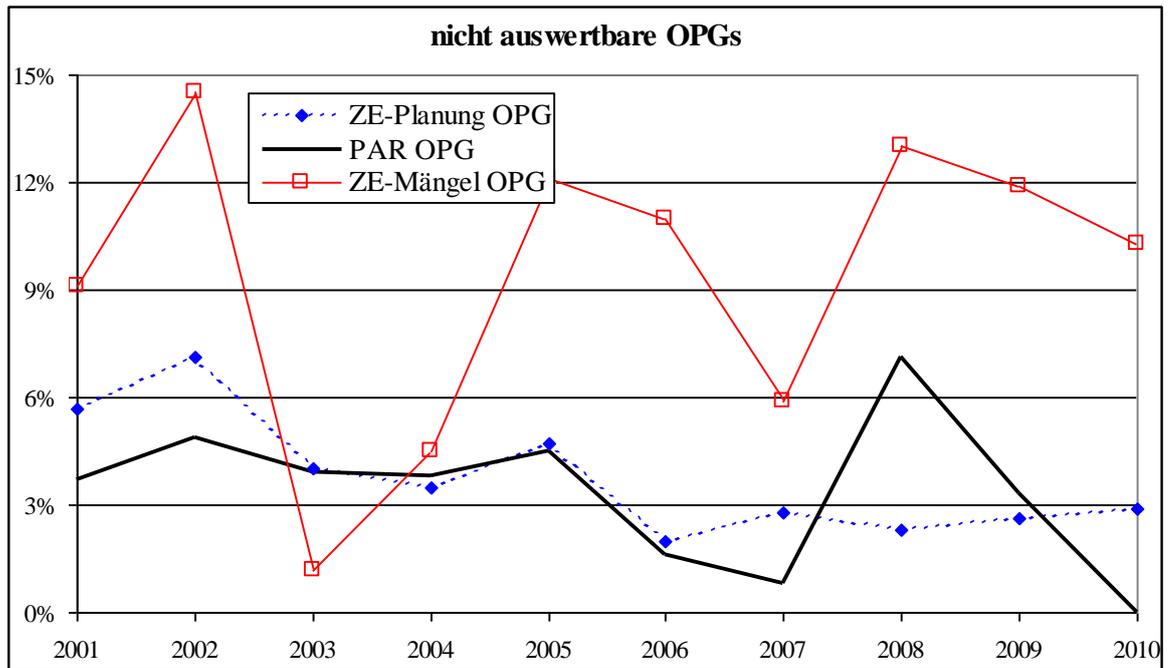
Der Anteil der im Zuge von Planungsgutachten nicht befürworteten ZE-Heil- und Kostenpläne lag seit der erstmaligen Erhebung in 2001 konstant bei lediglich knapp 15 % und ist seit 2009 sogar auf unter 10 % gefallen. Auch bei PAR-Planungsgutachten lag der Anteil der nicht befürworteten Planungen in 2010 bei unter 10 % der begutachteten Fälle.

Dies belegt die hohe planerische Kompetenz der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Lande Bremen.

Bemerkenswert ist der konstant niedrige Anteil der nicht auswertbaren Zahnfilme bei ZE-Planungsgutachten von rund 5 %. 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 unter 3 % liegt. Auch hier lag der Anteil zu Beginn des „Tübinger Modells“ noch mehr als doppelt so hoch.



### 5.2.2 Tübinger Modell KFO

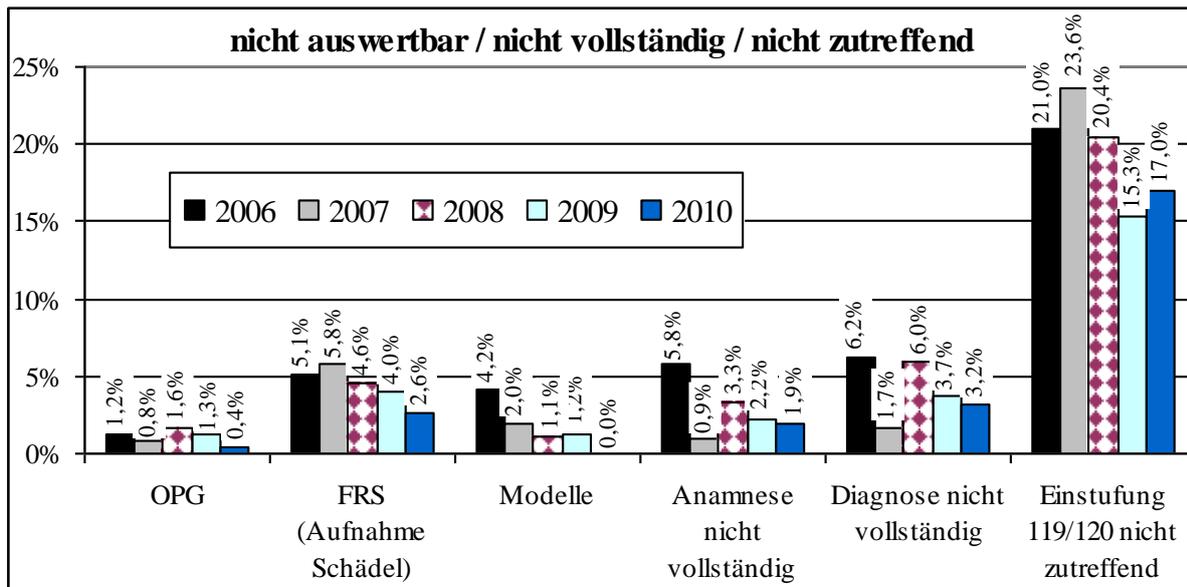
Aufgrund der positiven Erfahrungen hatte der Vorstand der KZV Bremen bereits 2005 beschlossen, das „Tübinger Modell“ mit Wirkung ab dem 01.01.2006 um den Bereich KFO zu erweitern. Besonders in der kieferorthopädischen Behandlung ist die voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung von großer Tragweite, 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.

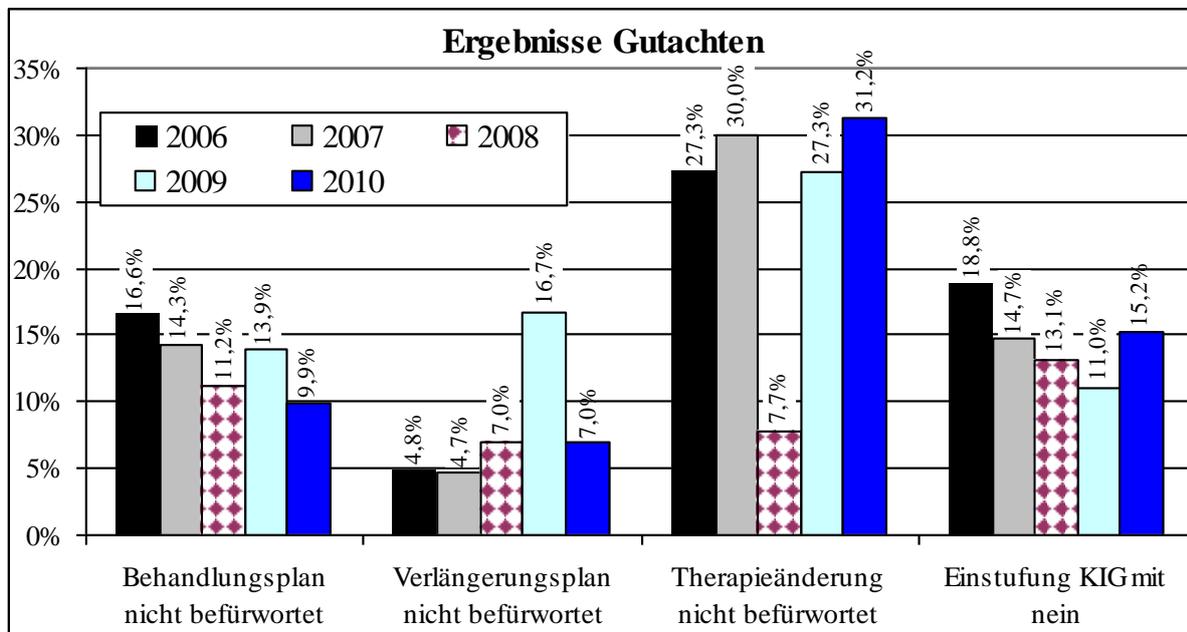
Der „Tübinger Modell KFO“-Ausfüllbogen erfasst die Qualität wesentlicher Voraussetzungen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung. Alle von den Krankenkassen angeforderten Vertrags-Gutachten werden in die Auswertung einbezogen. Trotz der vergleichsweise geringen Zahl von zugelassenen Kieferorthopäden im Lande Bremen (Stand Dez. 2011: 23 in 17 Praxen) ist für das „Tübinger Modell KFO“ eine ausreichende empirische Basis verfügbar. Pro Jahr werden von den Krankenkassen zwischen 300 und 400 KFO-Gutachten in Auftrag gegeben. Nach zuletzt rückläufiger Tendenz ist die Zahl der in Auftrag gegebenen Gutachten in 2010 erstmals wieder angestiegen (2006: 378 / 2007: 325 / 2008: 337 / 2009: 315 / 2010: 360).

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

Die auf Basis der durchgeführten 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 Prozent-Bereich. Obwohl auf diesem Niveau kaum noch zu erwarten, zeigt die Auswertung der vorliegenden Gutachten für 2010 in den meisten Bereichen eine nochmalige Qualitätssteigerung:



Die 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 hier im Lande Bremen pro Monat nur jeweils 2-3 Gutachten anfallen. So führen bereits wenige Gutachten mehr oder weniger zu starken prozentualen Veränderungen.

In Bezug auf die insgesamt von Kieferorthopäden im Lande Bremen über die KZV Bremen in 2010 abgerechneten ca. 63.000 KFO-Fälle ergeben sich folgende prozentuale Anteile:

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

Die nächste „Tübinger Modell“-Auswertung erfolgt Anfang 2012.

## 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 Qualitätsmanagement-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 Qualitätsmanagement-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 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.

Nachdem das Konzept der Bremer Zahnärzteschaft Ende 2007 vor über 200 Teilnehmern vorgestellt wurde, erfolgten die Schulungen, die gemeinsam von KZV und Zahnärztekammer angeboten und von der Firma Kock & Voeste durchgeführt wurden, 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 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 zukünftig z.B. für Neu-Niedergelassene QM-Schulungsbedarf besteht, wird die Zahnärztekammer entsprechende Basis-Kurse anbieten.

Die KZV Bremen hat im September 2010 eine Umfrage über die Zufriedenheit der Anwender des QM-Handbuches von Kock & Voeste durchgeführt. An dieser Umfrage haben sich über 100 Praxen im Lande Bremen beteiligt. Die Umfrage ergab u.a., dass die Mehrheit der Teilnehmer die QM-Richtlinie in ihren Praxen entweder zu wesentlichen Teilen bereits umgesetzt oder die Umsetzung schon vollständig abgeschlossen hat.

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 im Januar 2011 vorgenommen und den 9 „gezogenen“ Mitgliedern (von insgesamt rund 450) einen von der KZBV entwickelten, bundeseinheitlichen Berichtsbogen übersandt. Diese Abfrage, deren Ergebnisse der KZBV übermittelt wurden, ergab, 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 2012.

## 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.

Am 05.11.2010 sprach das Bundesgesundheitsministerium die Nichtbeanstandung aus. Dabei wurden u.a. folgende Auflagen erhoben:

- der GBA muss bis zum 31.12.2011 eine Regelung beschließen, die für Transparenz über die auf Landesebene geschlossenen Vereinbarungen und ihre Folgekosten herstellt und dem Ministerium bis zum 31.12.2012 über die Ergebnisse berichten;
- spätestens mit der Beschlussfassung des GBA über die themenspezifischen Bestimmungen ist eine Einwilligungslösung für nicht gesetzlich versicherte Patienten vorzusehen;
- bis zum 31.12.2011 muss eine Regelung getroffen werden zur Überprüfung des Datenflusses auf dessen Vereinbarkeit mit datenschutzrechtlichen Vorgaben.

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. Eine Erweiterung der QS-Richtlinie auf die Zahnheilkunde ist aber angekündigt.

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

#### 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)
  - Deutsche Angestellten-Krankenkasse (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.

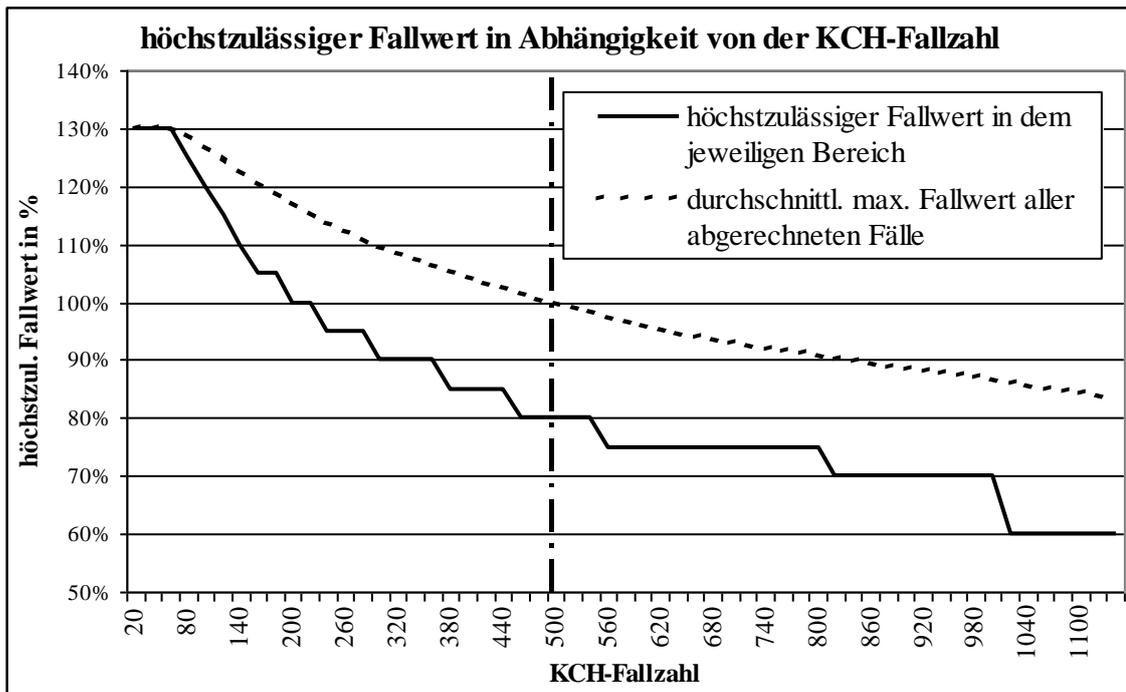
Wesentlicher Inhalt dieses Vertrages ist die Organisation und Finanzierung der Vorgaben zur Qualitätssicherung. In den Verhandlungen am 23.03. und 06.06.2011 waren im Wesentlichen noch der Sitz der Geschäftsstelle sowie die Finanzierung strittig. Weitere Verhandlungen werden aufgrund der erheblichen Arbeitsbelastung einiger Mitglieder in anderen Aufgabenbereichen voraussichtlich erst in 2012 stattfinden.

Die KZV Bremen nimmt in diesen Verhandlungen derzeit 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)

Bis einschließlich 2002 wurden die HVM-Bemessungsgrenzen jeweils als absoluter Wert auf Grundlage der Vergütungsergebnisse der Vorjahre ermittelt. Mit Beginn des Jahres 2003 wurde der HVM auf eine gegenwarts-bezogene Fallzahl-Systematik umgestellt.

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.

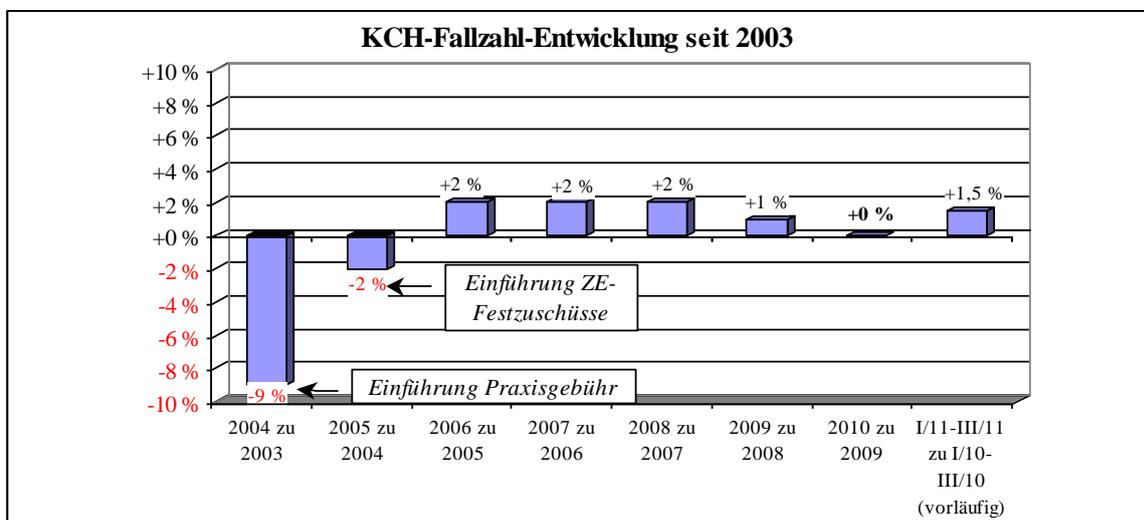
Durch den HVM wurde bis Ende 2004 zusätzlich die Prävention gefördert, indem auch die Vergütung für ZE-Fälle direkt an die KCH-Fallzahl gekoppelt war. D.h. nur Fälle, für die zahnhalternde Leistungen erbracht wurden, lösten auch ein Budget aus. Dadurch wurde besonders für zuvor vorrangig ZE-orientierte Praxen ein Anreiz geschaffen, sich stärker in Richtung der Zahnerhaltung zu orientieren. Dieser Ansatz wurde noch dadurch ergänzt, dass am Jahresende individuell nicht ausgeschöpfte Anteile der ZE-Praxisbudgets auf die Praxisbudgets für KCH/PAR/KBR übertragen wurden, diese also erhöhten. Voraussetzung dafür war allerdings eine entsprechende Verfügbarkeit von Mitteln aus den von den Krankenkassen zur Verteilung zur Verfügung gestellten Budgets.

Seit Einführung des Festzuschussystems am 01.01.2005 unterliegen die Umsätze für Zahnersatz nicht mehr der gesetzlichen Budgetierung sowie der Honorarverteilung.

Seit Einführung der Fallzahl-/Fallwert-bezogenen HVM-Systematik wird zusätzlich der Anteil von „Fall-Überschneidungen“ insbesondere in Praxisgemeinschaften geprüft. Damit soll vermieden werden, dass Praxisgemeinschaften durch eine „künstliche“ Erhöhung ihrer Fallzahl ihr HVM-Praxisbudget zu Lasten aller anderen Mitglieder der KZV Bremen erhöhen. 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.

Nach mittlerweile 9 Jahren ohne grundsätzliche Änderungen hat der HVM der KZV Bremen eine Kontinuität gewonnen, die – trotz der unverändert fortbestehenden Kritik an der gesetzlichen Budgetierung – den Praxen die Möglichkeit gegeben hat, ihre Behandlungsausrichtungen an die o.g. Vorgaben aus dem HVM anzupassen.

Außer durch gesetzliche Eingriffe (z.B. Praxisgebühr in 2004, Festzuschüsse für Zahnersatz in 2005) ist es nicht zu nachhaltigen Veränderungen in den Fallzahlen gekommen. In 2010 lag die KCH-Fallzahl immer noch um 4 % unter dem Wert des letzten „normalen“ Jahres 2003<sup>2</sup>:



Dies belegt einmal mehr, dass es eine Mengenausweitung mit – unterstelltem – Qualitätsverlust bei den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten im Lande Bremen nicht gibt.

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Behandlungsfälle auch zukünftig weiter leicht ansteigen wird. Dies 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 der Bevölkerung 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. 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.

Zwar entfällt mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ab 2012 voraussichtlich die seit dem 01.07.2004 bestehende Verpflichtung der KZV, den HVM mit den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren. Ab 2012 gilt nach derzeitigem Stand wieder die Festsetzung durch die KZV mit Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen.

Dennoch sind von Seiten der KZV Bremen für 2012 keine substantiellen Änderungen der derzeitigen HVM-Systematik geplant.

<sup>2</sup> Endgültige Werte für das Jahr 2011 liegen erst nach Abschluss des Quartals IV/2011 Anfang April 2012 vor.

## 8. ergänzende Maßnahmen

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 über mehrere Jahre hinweg kontinuierlich stark ansteigende Anteil der PAR- und KBR-Umsätze an der budgetierten 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 boten diese Gespräche dem Vorstand die Möglichkeit, auf geänderte Abrechnungsrahmenbedingungen hinzuweisen (z.B. Einführung des PAR-Screening-Index „PSI“) oder in grundsätzliche Erörterungen über die vertragszahnärztliche Parodontal-Behandlung bzw. Schienungs-Therapien einzutreten.

Die Informationen, die der Vorstand aus diesen Gesprächen 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 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 Qualitätssicherung kam somit ein Fall von Falschabrechnung zu Tage, der für die betroffene Praxis schwerwiegende Konsequenzen hatte.

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 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 Richtlinie trat mit Wirkung ab 01.07.2011 in Kraft und findet erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal III/2011.

Da die Abrechnung dieses Quartals erst Ende Dezember 2011 abgeschlossen sein wird, werden erste Ergebnisse aus der Umsetzung der Vereinbarung erst im Januar 2012 – nach Erstellung dieses Berichts – vorliegen.

Für neu niedergelassene KZV-Mitglieder finden gemeinsam von Kammer und KZV veranstaltete Begrüßungsgespräche statt (zuletzt im Januar 2011). 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.

Zur Qualitätssicherung zählen auch die Informationsveranstaltungen der KZV Bremen zu aktuellen Themen. Hier ist z.B. die Informationsveranstaltung zur Einführung der eGK-Lesegeräte im April 2011 zu nennen. In dieser Veranstaltung wurden die Teilnehmer über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und über die erforderlichen Schritte zur Beschaffung eines kompatiblen Lesegerätes informiert. Der Erfolg dieser Informationsveranstaltung ist dadurch belegt, dass bis zum Stichtag 30.09.2011 99,3 % der vertragszahnärztlichen Praxen im Lande Bremen mit einem eGK-Lesegerät ausgestattet waren. Zwei Wochen später konnte die Ausstattung dann vollständig abgeschlossen werden.

Auch zur Einführung der papierlosen bzw. Datenträger-Abrechnung (DTA) ab dem 01.01.2012 hat die KZV Bremen Informationsveranstaltungen für ihre Mitglieder durchgeführt. An insgesamt vier – kostenlosen – Veranstaltungen (3 in Bremen, 1 in Bremerhaven) im November und Dezember 2011 nahmen insgesamt rund 400 Praxisinhaber und Praxismitarbeiterinnen teil. Ergänzend stellte die KZV Bremen ihren Mitgliedern umfangreiches Informationsmaterial zum DTA zur Verfügung.

## 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 30.06.2009 nicht bzw. nicht in dem vorgegebenen Umfang nachkamen, war 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).

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.

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 aufgenommenener oder zwischenzeitlich ruhender Zulassung erst nach dem 30.06.2009 ablief, haben ihre Fortbildungspflicht ausnahmslos erfüllt.

### 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. 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.

Zweifelhaft ist, 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 „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 in der Regel 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 die 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 derzeit nicht ausreichende zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnern wurde festgestellt, dass die zahnärztliche Versorgung in der Regel 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 Versorgung 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;
- er muss 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 Behandlungs-unwillig. 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.

Dieser erhebliche Mehraufwand für die Behandlung muss zumindest ansatzweise seinen Niederschlag in der abrechenbaren Vergütung finden. Die „aufsuchende“ Betreuung kann deshalb auch nur gegen eine Vergütung außerhalb des Budgets erfolgen.

In den nachfolgenden Gesprächen von KZV und Zahnärztekammer 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 bereit, sich weiter mit dem Thema zu beschäftigen.

Parallel zu den Bemühungen der KZV Bremen begann in 2010 die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) damit, die Versorgung von Bewohnern von Alten- und Behindertenheimen unter der Abkürzung „AuB“ – in Anlehnung an IP / Individual-Prophylaxe – in die politische Diskussion auf Bundesebene einzubringen. Zwar ist es nicht gelungen, mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ähnliche gesetzliche Regelungen wie für IP auch für AuB in das SGB V einzubringen. Aus dem Bundesgesundheitsministerium gibt es jedoch Signale, dass mit dem geplanten Pflegegesetz entsprechende AuB-Leistungen gesetzlich verankert werden könnten.

Unabhängig von den Aktivitäten der KZBV hat die KZV Bremen ihr Konzept zur qualitativen Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern weiterentwickelt und wird dieses Konzept zu Beginn des nächsten Jahres zusammen mit dem Gesundheitsamt der Öffentlichkeit vorstellen.

## 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 % / ab 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.

Insbesondere für die Ersatzkassen, die im vertragszahnärztlichen Bereich – außer für Zahnersatz-Leistungen – historisch bedingt immer noch geringfügig höhere Vergütungen bezahlen als die Primärkassen, hat sich die finanzielle Situation durch den Fonds zum Teil dramatisch verschlechtert. Dies gilt auch für einige Primärkassen. In jedem Fall steigt der finanzielle Druck auf die Kostenträger weiter an. 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 Außerdarstellung 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. Bereits der Umstand, dass die „Zahnfee“-GmbH gemäß des Vertrages plante, die Versorgung der an dem Vertrag teilnehmenden Versicherten der BKK Firmus im gesamte Lande Bremen lediglich durch eine von dem GmbH-Inhaber selbst betriebene Zweigpraxis sicher zu stellen, ließ nachhaltige Zweifel an der Qualität des Vertrages in Hinblick auf die Versorgung der Versicherten aufkommen. Gemäß der bundesmantelvertraglichen Regelungen ist der zeitliche Tätigkeitsumfang des Antragsstellers in dieser Zweigpraxis auf maximal 13 Stunden pro Woche begrenzt. Wie mit diesem Zeitrahmen eine durchgängige Versorgung der Versicherten auch in Notfällen außerhalb der re-

gulären Sprechzeiten erfolgen soll, blieb offen. Der Antrag der Inhabers der „Zahnfee GmbH“ auf Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis im Lande Bremen wurde von den zuständigen Gremien aufgrund Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen abgelehnt.

Trotz der damit nicht in Kraft getretenen Vertragsgrundlage – § 73c SGB V sieht den Abschluss von Verträgen mit vertragszahnärztlichen Leistungserbringern vor – wurde der Vertrag sowie die „Zahnfee“-Zweigpraxis von der BKK Firmus weiterhin beworben. Mehrere Aufforderung der KZV Bremen an die BKK Firmus zur Stellungnahme zu diesem Vorgang blieben bis heute unbeantwortet. Statt dessen gingen von der BKK Firmus zwischenzeitlich mehrere Schreiben ein, in denen diese ankündigte, dass sie die an die KZV zu zahlende Gesamtvergütung um die Pro-Kopf-Beträge der teilnehmenden Versicherten an dem Selektivvertrag kürzen würde, obwohl die Bereinigung der Gesamtvergütung gemäß § 73c Abs. 6 SGB V ausdrücklich den Vertragspartnern des Kollektivvertrages (hier: KZV Bremen / BKK Landesverband Mitte) obliegt. Die KZV Bremen hat darauf hin am 01.10.2010 Beschwerde beim Bundesversicherungsamt (BVA) eingelegt, das zugesagt hat, die Angelegenheit zu prüfen. Eine abschließende Prüfung durch das BVA ist trotz mehrerer zwischenzeitlicher Nachfragen der KZV Bremen bis heute nicht erfolgt.

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 steht 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 Ver-

trauensverhältnisses 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.