

Qualitätssicherung



BREMEN

Bericht für das Jahr

2024

gemäß § 135b Abs. 1 SGB V

**der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
im Lande Bremen**

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkungen.....	1
1.1	System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung	2
1.1.1	Die KZBV und die 17 KZVen	2
1.1.2	Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	2
1.1.3	CIRS dent – Jeder Zahn zählt!	2
1.1.4	Leitlinien	3
1.2	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).....	4
1.3	Deutsche Mundgesundheitsstudien	4
2.	Ziele	7
3.	Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen	8
4.	Gutachterwesen / Tübinger Modell	10
4.1	Gutachterwesen	10
4.2	Tübinger Modell	11
4.2.1	Tübinger Modell ZE/PAR.....	12
4.2.2	Tübinger Modell KFO	15
5.	Qualitätsmanagement, -sicherung, -prüfung und -beurteilung.....	18
5.1	Qualitätsmanagement-Richtlinie	18
5.1.1	QM-Grundsätze	19
5.1.2	QM-Instrumente.....	19
5.2	Richtlinie zur datengeschützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	23
5.2.1	Landesarbeitsgemeinschaft im Lande Bremen	24
5.3	Qualitätsprüfung (QP) und Qualitätsbeurteilung (QB)	24
5.4	Qualitätsprüfung im Einzelfall 2024	25
5.5	Ausblick auf das Jahr 2025	26
6.	Honorarverteilungsmaßstab (HVM).....	27
7.	ergänzende Maßnahmen	30
7.1	interne Maßnahmen der KZV Bremen	30
7.2	Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V	30
7.3	Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.....	32
8.	Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten.....	33
8.1	Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V	33
8.2	Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V	34
8.3	Kooperationsverträge nach § 119b SGB V	35

8.4	Leistungen nach § 22a SGB V	36
9.	Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung.....	38
9.1	Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V	38
9.2	Weiteres.....	39

Bremen, im Dezember 2024

1. Vorbemerkungen

Die zahnärztliche Versorgung ist faktisch ein eigenständiger Sektor innerhalb der ambulanten Versorgung, der kaum Schnittpunkte mit anderen humanmedizinischen Bereichen aufweist. Die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (→ Kapitel 5.2) nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V kann deshalb in der Zahnmedizin nur sehr begrenzt zur Anwendung kommen.

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

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 Grundlohn-Entwicklung gemäß § 85 Abs. 3 SGB V nahezu ausgeschlossen waren. Seit 2013 ist die Grundlohnsummen-Entwicklung nur noch einer von mehreren gleichgewichtigen Parametern, die bei der Festlegung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind:

- Zahl und Struktur der Versicherten (*seit 2013*),
- Morbiditätsentwicklung (*seit 2013*),
- 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. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für den zahnärztlichen Bereich die Budgetierung wieder eingeführt. Die neuen PAR-Leistungen seit dem 01.07.2021 finden somit – nach derzeitigem Stand – keine besondere Berücksichtigung in den Gesamtvergütungen.

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 erweist sich die Parametrisierung jedoch bisher als schwierig.

Unbeschadet dieser gesetzlichen Änderungen gelten unverändert die von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) bereits in 2005 postulierten Grundsätze zur Qualitätsförderung bzw. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde, die mit der gemeinsamen „Agenda Qualitätsförderung“ aus Juli 2014 aktualisiert und erweitert wurden.

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“.

1.1 System der vertragszahnärztlichen Qualitätsförderung¹²

1.1.1 Die KZBV und die 17 KZVen

Wichtigste Aufgabe der KZBV und der KZVen ist die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 72 SGB V. Das heißt: In verbindlichen Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen werden die Rechte und Pflichten der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte festgelegt, aufgrund derer die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen für die gesetzlich Krankenversicherten durchzuführen ist. Die KZBV ist stimmberechtigte Trägerorganisation im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Zusammen mit den anderen Trägerorganisationen von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gestaltet die KZBV im G-BA den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) maßgeblich mit.

In Deutschland sind rund 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Das sind etwa 74,3 Millionen Menschen.

Mehr als 63.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte (Vertragszahnärzte einschl. angestellter Zahnärzte) gewährleisten eine flächendeckende, wohnortnahe qualitätsorientierte Versorgung der Patienten.

1.1.2 Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die KZBV sieht in Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sowie auch Qualitätsprüfung und –beurteilung wesentliche Elemente einer kontinuierlich für die Praxen weiter zu entwickelnden Qualitätsförderung.

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

1.1.3 CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das zahnärztliche Berichts- und Lernsystem „CIRS dent“ wurde seitens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem für zahnärztliche Praxen entwickelt und erfüllt die Standards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Im Januar 2016 ging nach intensiver Erprobung das zahnärztliche Berichts- und Lernsystem „CIRS dent“ in den Echt-Betrieb.

Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen über dieses Online-System aus eigenen Erfahrungen mit unerwünschten Ereignissen im Praxisalltag und aus Erfahrungen von Kollegen lernen.

Rund 7.000 Teilnehmende sind im System registriert und tragen mit Berichten über unerwünschte Ereignisse aus der Praxis zur Sicherung der Qualität in der zahnärztlichen Versorgung bei. Das Portal wird jährlich rund 30.000 Mal aufgerufen.

¹ KZBV Jahrbuch 2024

² KZBV Geschäftsbericht 2023/2024

1.1.4 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?

1.1.5 Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Die KZBV begleitet auch die Arbeit des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) intensiv und ist in den IQTIG-Gremien maßgeblich vertreten. Das Institut führt seit Anfang 2017 die technische Abwicklung datengestützter QS-Verfahren in Eigenregie durch.

Das IQTIG hat dem G-BA den Abschlussbericht „Methodische Hinweise und Empfehlungen zur Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstands der Qualitätsmanagement-Richtlinie“ vorgelegt. (→ Kapitel 5.1). Zudem wurde das IQTIG mit der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln gem. § 137a Abs. 3 Ziffer 2, Ziffer 7 SGB V beauftragt. Zusätzlich zu dem in 2019 fertiggestellten Zwischenbericht des IQTIG zur „Methodik der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln“ (Teil A), beauftragte der G-BA das IQTIG Anfang 2020 mit der konkreten Entwicklung von Kriterien (Teil B). Das IQTIG hat den Abschlussbericht der AG „Qualitätsmanagement“ vorgelegt und wurde ausgiebig beraten. Bei dem vorgelegten Kriterienkatalog der IQTIG wird ein Optimierungsbedarf in Form einer Nachbearbeitung vorgesehen. Ziel des Gesetzgebers ist es, Patientinnen und Patienten Kriterien an die Hand zu geben, anhand derer sie die Bewertung von Zertifikaten oder Qualitätssiegeln selbst vornehmen können.

Ebenfalls wurde das IQTIG im Januar 2020 mit der Prüfung der Umsetzbarkeit des einrichtungsübergreifenden, sektorenspezifischen und länderbezogenen QS-Verfahrens „Systemische Antibiotikatherapie“ beauftragt. Basis des Auftrags ist der Abschlussbericht des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) zum Thema „Systemische Antibiotikatherapie im Rahmen konservierend-chirurgischer Leistungen“ von 2015. Die Beratungen in der sektorenspezifischen besetzten G-BA-AG QS Zahnmedizin für Teil 2 der DeQS-Richtlinie sind nahezu abgeschlossen. Es folgt eine 6jährige Einführungs- bzw. Erprobungsphase. Der Start des Qualitätssicherungsverfahrens ist damit noch offen.^{9,10}

⁹ Bericht des Vorstandes (KZBV) 2021/2022

¹⁰ Geschäftsbericht der KZBV 2023/2024

1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

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

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

1.3 Deutsche Mundgesundheitsstudien

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

Die DMS erlauben eine fortlaufend aktuelle, repräsentative Charakterisierung oral- und sozial-epidemiologischer Morbiditäts-, Mundgesundheitsversorgungs- und Mundgesundheitsverhaltensparameter der Bevölkerung in Deutschland.

Die zurückliegenden DMS zeigten unter anderem, dass es zu einem kontinuierlichen Rückgang der allgemeinen Karieslast bei Kindern und Jugendlichen gekommen ist, der einerseits im Zusammenhang mit der Ausweitung der Fissurenversiegelungen sowie einem regelmäßigen kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten steht. Es gibt aber andererseits eine wachsende Schiefelage innerhalb dieser Verteilung (Kariespolarisation). Dieser Trend wird bei Erwachsenen und auch Senioren eher durch einen Rückgang der Zahl extrahierter Zähne bestimmt. Für die Parodontitis wurde eine allgemeine Zunahme der Erkrankungslast bei gleichzeitigem Anstieg begleitender Zahnerkrankungen (Wurzelkaries) festgestellt.

DMS V¹¹

Methodisch anspruchsvoll beschreibt die DMS V repräsentativ die Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung in Deutschland, erstmals auch Daten von Personen über 75 Jahren. Insgesamt wurden von Oktober 2013 bis Juni 2014 deutschlandweit mehr als 4.600 Menschen per Zufallsauswahl an 90 Standorten sozialwissenschaftlich befragt und zahnmedizinisch untersucht. Berücksichtigt wurden neben klinischen Daten auch umfangreiche soziodemographische und verhaltensbezogene Einflüsse.

Die Mitte 2016 veröffentlichten Ergebnisse der DMS V lauten zusammengefasst wie folgt:

- Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81,3 %) sind heute völlig kariesfrei.
- Die Zahl kariesfreier Gebisse hat sich in den Jahren 1997 bis 2014 bei den 12-jährigen fast verdoppelt.
- Jeder achte 65- bis 74-jähriger ist völlig zahnlos. Im Jahr 1997 war es noch jeder vierte

¹¹ Quelle: www.kzbv.de/fuenfte-deutsche-mundgesundheitsstudie

- Pflegebedürftige ältere Menschen haben jedoch eine höhere Karieserfahrung und weniger eigene Zähne.
- Die Zahl der Parodontalerkrankungen nimmt ab. Parodontitis ist jedoch eine altersassoziierte Erkrankung und in Verbindung mit der demographischen Entwicklung ist in der Prognose mit einem steigenden Behandlungsbedarf zu rechnen.

Die DMS V dient als elementare Grundlage für die zukünftige Ausrichtung der Zahnmedizin, als notwendige gesundheitspolitische Entscheidung und letztlich für noch besser Strukturen und Prozesse in den Praxen.

DMS•6¹³¹⁴

„Deutschland auf den Zahn gefühlt“, so wird die sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie genannt. Die DMS•6 setzt sich aus mehreren Modulen zusammen, die für den Zeitraum 2021 bis 2023 geplant sind. Die Ergebnisse sollen in erster Linie Transparenz hinsichtlich der kieferorthopädischen Versorgungsnotwendigkeit in Deutschland schaffen.

Die Studie „Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern“ ist das erste Modul der DMS•6, mit der die Mundgesundheit zufällig ausgewählter Personen in ganz Deutschland systematisch analysiert wird. Anfang 2021 wurden an 16 verschiedenen Orten rund 700 Kinder im Alter von acht und neun Jahren untersucht.

Mitte September 2022 hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) erstmals Ergebnisse veröffentlicht. Der Anteil der Studienteilnehmenden, bei denen nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung eine kieferorthopädische Behandlung angezeigt ist (Kieferorthopädische Indikationsgruppen 3 bis 5), lag wie folgt bei 40,4 %:

- 10 % der Studienteilnehmenden wiesen ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung erforderlich machen.
- 25,5 % der Studienteilnehmenden wiesen stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung erforderlich machen.
- 5 % der Studienteilnehmenden wiesen extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen unbedingt eine Behandlung erforderlich machen.
- Kariesfreie Studienteilnehmende hatten seltener einen kieferorthopädischen Versorgungsbedarf als Kinder mit Karieserfahrung (37,1 % vs. 44,7 %).
- Bei einem kieferorthopädischen Versorgungsbedarf besteht häufig eine Einschränkung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrung. Gleichzeitig waren Studienteilnehmende ohne kieferorthopädischen Versorgungsbedarf häufiger kariesfrei. Diese Assoziationen geben Hinweise auf den medizinisch-prophylaktischen Charakter einer kieferorthopädischen Behandlung.

Die Arbeiten am kieferorthopädischen Modul der DMS•6 sind damit abgeschlossen.

Neben neuen Probanden werden auch Teilnehmende aus der Vorgängerstudie DMS V untersucht, um individuelle Krankheitsverläufe darstellen zu können. Letztlich wurden etwa 3.700

¹³ Quelle: www.kzbv.de/sechste-deutsche-mundgesundheitsstudie

¹⁴ Jahresbericht der BZÄK 2022/2023

Menschen an über 90 Studienzentren in Deutschland zahnmedizinisch untersucht und sozialwissenschaftlich befragt. In den kommenden Monaten wird die statistische Aufbereitung der Daten erfolgen und sodann die Auswertung der Ergebnisse. Diese sollen in zwei Publikationswellen ab dem Jahr 2025 als deutsch- und englischsprachige veröffentlicht werden.¹⁷

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

¹⁷ Bericht des Vorstandes 2022/2023

2. Ziele

Die KZV Bremen betreibt seit mehreren Jahren mit differenzierten Ansätzen – die zum Teil aus gesetzlichen Vorgaben resultieren, zum Teil aber auch unabhängig davon sind – Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen:

- I. Fortbildung in Kooperationen mit der Zahnärztekammer Bremen (→ Kapitel 3)
- II. Gutachterwesen / Tübinger Modell (→ Kapitel 4)
- III. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung / Qualitätsprüfung und -beurteilung (→ Kapitel 5)
- IV. Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 6)
- V. ergänzende Maßnahmen (→ Kapitel 7)

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.

Das im Rahmen des vertragszahnärztlichen Gutachterwesens praktizierte „Tübinger Modell“, das im Bereich der KZV Bremen bereits in 2001 eingeführt und seitdem stets weiterentwickelt wurde, ist eine weitere, von der Zahnärzteschaft selbst initiierte Stufe der Befund-orientierten Qualitätssicherung, obwohl dieses Modell vordergründig zunächst eine 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

Eine der Grundvoraussetzungen für eine gesicherte Qualität der zahnärztlichen Leistungen ist eine entsprechende Arbeitsvorbereitung und ein qualitätsorientierter Arbeitsablauf.

Mit den Richtlinien zur Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung (QP / QB) gemäß § 135b Abs. 2 SGB V soll der Schwerpunkt auf die Plausibilität von Befund und Behandlung gelegt werden. Doch auch dabei ist zu beachten, dass mit standardisierten Verfahren die zumeist sehr Patienten-individuellen Therapien und Versorgungen nur begrenzt qualitativ beurteilt und/oder geprüft werden können.

Die ergänzenden internen Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden von der KZV Bremen in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut (→ Kapitel 7.1). Statistische Auswertungen wie die „PAR-/KBR-Hitliste“ und die „HVM-Fallzahl-Hitliste“ wurden ab 2010 zum Teil in die gesetzlich vorgegebene Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V überführt (→ Kapitel 7.2). Ein weiteres Qualitäts-Instrument ist die paritätische Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V (→ Kapitel 7.3), wobei jedoch eine gemäß § 12 SGB V formal unwirtschaftliche Behandlung nicht automatisch Rückschlüsse auf die erbrachte Versorgungs-Qualität zulässt.

Ein wesentliches Tätigkeitsfeld ist die aufsuchende zahnärztliche Betreuung und Versorgung sowie die Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung von Heimbewohnern (→ Kapitel 8). In diesem Bereich nimmt die Zahnärzteschaft im Lande Bremen im Bundesvergleich eine Spitzenposition ein.

3. 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 durchgeführt werden.

Der Informationsaustausch mit der ZÄK stellt dabei sicher, dass die Fortbildungsangebote zu vertragszahnärztlichen Themen in ein ganzheitliches Konzept eingebettet sind, wodurch ein bedarfsgerechtes Fortbildungsangebot gewährleistet wird.

So führte die ZÄK in 2024 u.a. die nachfolgend aufgeführten – zum Teil mehrtägigen – Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte, ZFA, ZMF oder als Team-Kurse ganz oder teilweise zu vertragszahnärztlichen Themen durch:¹⁹

Abrechnung	Verschiedenes
> Abrechnung	> Adjuvantien und Alternativen bei oralen Infektionsprozessen
> BIPX-Kurs	> Basiswissen für Quereinsteiger
> Das 1x1 der Abrechnung	> Bock auf Berichtsheft - Ausbildungsnachweis gecheckt?
> GOZ	> BuS-Pflichtkurs für Sicherheitsverantwortliche
> Ihr Abrechnungsupdate für Wiedereinsteiger	> Dentale Ernährungsberaterin
> ZE	> Der Diabetespatient in der Zahnarztpraxis
> ZMP Kurs	> DH-Kurs
> ZMP-Stufe II	> Die Ausbildungsbeauftragte
> ZMP-Stufe III	> Digitaler Wandel im Dentalmarkt - IOS, Chance oder Risiko?
> ZMV	> Dokumentation in der Stuhlassistenz
	> Ersterwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz
	> Fachkunde im Strahlenschutz
	> Frontzahntrauma
	> Führung
	> Jahrest raining
	> Materialwirtschaft
	> Mitarbeiterunterweisung
	> MPG
	> Patientenkommunikation
	> Praxismanagerin Modul 2
	> Praxisorganisation
	> Qualitätsmanagement
	> Reparaturen und Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz
	> Röntgenaktualisierung
	> Social Media
	> Totalprothesen
	> Willkommen im Produkte-Dschungelcamp.
	> zahnärztliche Pharmakotherapie
	> Zeitmanagement

Die KZV Bremen stellt außerdem Räume sowie Materialien für die regelmäßig stattfindenden und von den teilnehmenden Vertragszahnärzten selbst organisierten Qualitätszirkel zur Verfügung. Auch in 2024 fanden unter der Schirmherrschaft der ZÄK Bremen und der Leitung von

¹⁹ Bei mehrstufigen Fortbildungen, in denen die einzelnen Stufen in sich abgeschlossen sind, wird nicht jede Stufe in jedem Jahr angeboten.

speziell geschulten – zahnärztlichen – Moderatoren Qualitätszirkel zu Themen aus der zahnärztlichen Leistungs-Erbringung statt.

4. Gutachterwesen / Tübinger Modell

4.1 Gutachterwesen

Das Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Die entsprechenden Verfahren sind auf Bundes- und Landesebene in Verträgen mit den Krankenkassenverbänden geregelt. Die Gutachter werden einvernehmlich von Krankenkassen und KZVen bestellt. Gutachten können vor und nach der Behandlung erstellt werden.

In einem *Planungsgutachten* vor Beginn der Behandlung beurteilt der Gutachter, ob die geplante Therapie fachlich angemessen ist und von der Krankenkasse bezuschusst werden kann. Bei einer Beschwerde des Patienten nach abgeschlossener Behandlung wird in einem *Mängelgutachten* das Vorliegen eines berechtigten Mangels beurteilt.

Der weit überwiegende Teil der Gutachten sind Planungsgutachten. Neben der qualitätsfördernden Begutachtung von Behandlungsplänen im Vorfeld der Behandlung gewährleistet die Mängelbegutachtung bei Beanstandungen der Versorgung nach der durchgeführten Behandlung den Patienten eine in der Regel abschließende Beurteilung, so dass bei Bedarf zeitnah eine Neuversorgung erfolgen kann.

Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen weist die Besonderheit auf, dass es ein rein innerzahnärztliches System ist. Die Begutachtung erfolgt ausschließlich durch erfahrene und für diese Tätigkeit speziell qualifizierte Vertragszahnärzte. Dies führt zu einer hohen Akzeptanz der erstellten Gutachten nicht nur bei den Patienten und den Krankenkassen, sondern insbesondere bei den Behandlern, deren Behandlungsplanungen in Relation zum Zahnbefund des Patienten begutachtet werden. Zu dieser Akzeptanz trägt wesentlich bei, dass das kollegiale Gespräch zwischen Gutachter und Behandler grundsätzlich Bestandteil der Begutachtung ist, sofern Unstimmigkeiten vorliegen.

Die Vertragsgutachter der KZV Bremen werden auf Gutachtertägungen und Gutachter-Gesprächskreisen, die die KZV Bremen regelmäßig durchführt, über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung informiert.

In dem jährlichen Gutachter-Gesprächskreis – zuletzt am 28.11.2024 – werden vorrangig praxisorientierte Themen aus der Gutachter-Tätigkeit u.a. anhand ausgewählter Fälle (Planungs- und Mängel-Gutachten) besprochen. Bei Bedarf werden zusätzlich vertragliche bzw. gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen erörtert. Die Gesprächskreise werden durch den Vorstandsvorsitzenden, der auch Gutachter-Referent ist, in enger Kooperation mit dem Vorsitzenden des Prothetik-Einigungs-Ausschusses (PEA) vorbereitet und geleitet. Die Gutachter erhalten damit ein direktes, praxisbezogenes Feedback durch den Vorsitzenden der Widerspruchs-Instanz für Primärkassen-Fälle.

Die jährliche Gutachtertagung fand am 29.05.2024 statt. Im Rahmen dieser Veranstaltung führte die KZV Bremen eine Gutachter-Fortbildung durch mit dem Referenten Professor Dr. Holger Jentsch – Professor an der Universität Leipzig – zu dem Thema „Neue PAR-Strecke – gutachterliche Gesichtspunkte“.

Die Teilnahme an diesen Fortbildungen sowie an den nachfolgenden Tagungen ist für die Vertragsgutachter der KZV Bremen verpflichtend. Zu den Gutachtertägungen werden neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stets auch die Gutachter der Zahnärztekammer, sofern sie nicht auch gleichzeitig Vertragsgutachter sind, sowie die Mitarbeiter der Gutachter-Abteilung der Zahnärztekammer eingeladen, da insbesondere im Zahnersatzbereich die Erbringung vertraglicher und außervertraglicher Leistungen häufig eng miteinander verbunden ist. Gemäß der Bundes-Gutachtervereinbarung werden zu der Tagung regelmäßig auch die Vertreter der

Krankenkassenverbände im Lande Bremen eingeladen, sowie die Vertreter des Gesundheitsamtes.

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

Wenn gegen ein Gutachten durch den Behandler oder die Krankenkasse Widerspruch eingelegt wird, 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.

Mit der Gutachter-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, die dadurch belegt wird, dass von den jährlich insgesamt rund 1.700 ZE-Planungs- und Mängel-Gutachten weniger als 2 % aufgrund von Widersprüchen der Behandler in die nächste Instanz gelangen.

Gemäß der Bundes-Gutachtervereinbarung gilt, dass erstmalig berufene Gutachter im ersten Jahr ihrer Gutachter-Tätigkeit die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung – anonymisiert – vorzulegen haben. Diese Aufgabe wird bei der KZV Bremen von dem Vorstandsvorsitzenden und Gutachter-Referenten übernommen, so dass der Vorstand, der für die Berufung von Gutachtern zuständig ist, ein direktes Feedback über die Tätigkeit neuer Gutachter erhält.

Da mehrere Gutachter altersbedingt bzw. aufgrund der Rückgabe ihrer Zulassung ihre Gutachter-Tätigkeit zum Ende der Amtsperiode am 31.12.2018 nicht fortführten bzw. bereits beendet hatten, hat die KZV Bremen frühzeitig die Voraussetzungen für die Berufung qualifizierter neuer Gutachter geschaffen. Die neuen Gutachter traten zum 01.01.2019 ihr Amt an. Für potentielle neue stellvertretende PEA-Mitglieder – die Tätigkeit im PEA ist Voraussetzung für eine spätere Berufung als Vertrags-Gutachter – fand am 25.04.2017 eine erste Informationsveranstaltung statt, die durch den Vorstandsvorsitzenden und den PEA-Vorsitzenden geleitet wurde.

Für die im Nachgang durch den Vorstand neu berufenen stellvertretenden PEA-Mitglieder finden vertiefende Schulungen statt, ebenfalls unter Leitung des Vorstandsvorsitzenden und des PEA-Vorsitzenden. In diesen Schulungen werden insbesondere anonymisierte Beispielfälle aus dem PEA, Verfahrenswege sowie die maßgeblichen Kriterien für Planungs- und Mängelgutachten intensiv erörtert.

Aufgrund der sehr guten Erfahrungen mit diesen Schulungen für angehende ZE-Gutachter werden seit 2018 auch Informationsveranstaltungen für angehende KFO-Gutachter durchgeführt. An diesen Veranstaltungen, die durch den Vorstandsvorsitzenden und den KFO-Referenten des Vorstandes geleitet werden, nehmen neben den angehenden KFO-Gutachtern auch die derzeitigen Gutachter teil. Im Rahmen der Veranstaltungen werden mit den angehenden Gutachtern die rechtlichen und vertraglichen Grundlagen ihrer künftigen Tätigkeiten erörtert und Fragen geklärt.

4.2 Tübinger Modell

Das „Tübinger Modell“ ist Befund-orientiert, ohne Zusatzbelastung für den Patienten. Der Vorteil für die Behandler ist, dass das Formblatt als Kommunikationsmittel 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 damit die Voraussetzungen, um die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen und ist durch die Einbeziehung sowohl der Gutachter als auch der Behandler eine Hilfe für alle Beteiligten.

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.

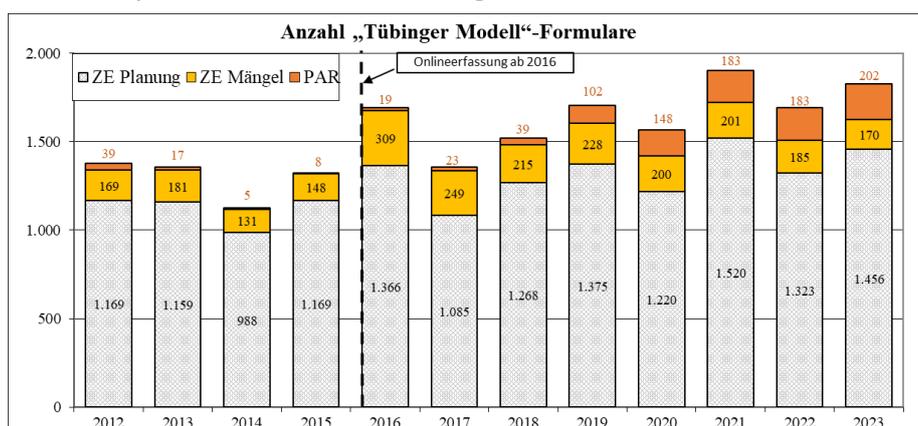
Angaben aus den Formularen werden seit 2016 von den Gutachtern in einer zentralen Datenbank der KZV Bremen online erfasst. Die Datenbank ist verschlüsselt und Passwort-geschützt, jeder Gutachter hat ausschließlich Zugriff auf „seine“ Formulare.

Zur Vermeidung fehlerhafter Dateneingaben erfolgt in Echtzeit eine Plausibilitätsprüfung der eingegebenen Daten – auch auf Vollständigkeit, so dass logische Eingabefehler vermieden werden. Auch die Struktur der Datenerhebung selbst unterliegt einer fortlaufenden Qualitätsprüfung und Weiterentwicklung in Zusammenarbeit mit den Vertragsgutachtern.

Die neue PAR-Richtlinie, die im Juli 2021 aufgrund der neuen PAR-Behandlungsstrecke in Kraft getreten ist, gab erneut Anlass zur Überarbeitung der „Tübinger Modell“-Formulare. Statt einem Formular, welches sowohl für ZE- als auch für PAR-Gutachten genutzt werden konnte, gibt es nun je Leistungsart ein separates Formular. Durch detailliertere Abfragen in dem Formular ab 2020 kommt es zu systematischen Brüchen in der statistischen Auswertung über nicht auswertbare, nicht zutreffende und nicht vollständige Behandlungspläne aus der Kieferorthopädie. Dem steht aber eine noch aussagekräftigere Datenlage und damit effektivere Ansatzmöglichkeiten für eine weitere Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung im Lande Bremen gegenüber.

4.2.1 Tübinger Modell ZE/PAR

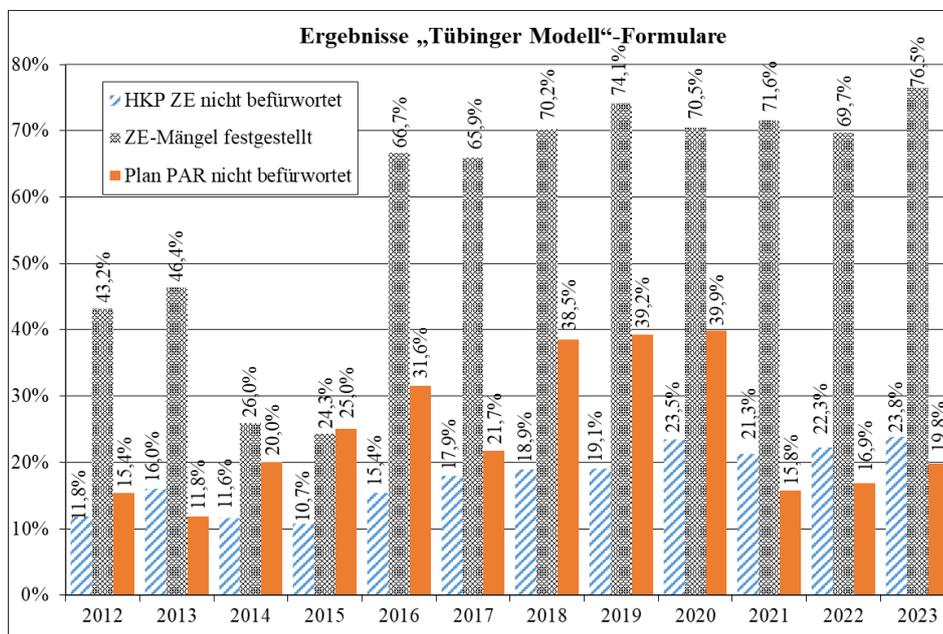
Die durchschnittliche Zahl der im „Tübinger Modell“ erfassten „ZE-Planungsgutachten“ lag in 2023 bei rund 121 pro Monat und ist damit im Vergleich zu den beiden Vorjahren leicht schwankend (110/Monat in 2022). Hinsichtlich der nachfolgend angegebenen Prozentwerte für „ZE-Mängel“ und „PAR“ ist zu beachten, dass diese nur bedingt aussagekräftig sind, da im Lande Bremen in 2023 durchschnittlich nur 17 PAR-Planungsgutachten und 14 ZE-Mängelgutachten pro Monat erfolgten. Deshalb führt schon eine geringe Schwankung der absoluten Zahl der Gutachten zu einer starken prozentualen Veränderung:



Seit 2019 beauftragen die Krankenkassen deutlich mehr Begutachtungen im Leistungsbereich PAR als zuvor. Dennoch ist die Anzahl der Gutachten im Verhältnis zu der Zahl der pro Jahr durchgeführten Behandlungen bzw. Versorgungen sowohl bei ZE- als auch bei PAR-Gutachten sehr gering. Dies belegt nicht nur die hohe Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung im Lande Bremen, sondern zeigt auch den verantwortungsbewussten Umgang der beauftragenden Krankenkassen mit diesem Instrument.

Jeder Behandler kennt aus seiner Praxis Einzelfälle, in denen fachlich einwandfreie Versorgungen nicht den subjektiven Erwartungen des Patienten entsprechen. In Zusammenarbeit der KZV Bremen mit den Verbänden der Krankenkassen wird angestrebt, dass in solchen Fällen von den Krankenkassen nicht der „leichtere“ Weg der Einleitung eines Mängelgutachtens zur „Beruhigung“ von unzufriedenen Versicherten gegangen wird. Stattdessen sollen die Krankenkassen ihre Versicherten über den Sinn und Zweck von Gutachten aufklären. 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 in den wenigen ZE-Mängelgutachten bei einem vergleichsweise hohen Anteil der Fälle Mängel festgestellt werden (siehe nachfolgende Grafik). Dies stellt keine Besonderheit für das Land Bremen dar, sondern entspricht den Werten für das Bundesgebiet, wonach durchschnittlich bei knapp 70 % der durchgeführten Mängelgutachten tatsächlich Mängel festgestellt wurden. Hier ist nochmals zu betonen, dass ein festgestellter Mangel nicht mit einer völligen Unbrauchbarkeit der Versorgung gleichzusetzen ist. Vielfach können Mängel durch Nachbesserungen vollständig – und für die Patienten kostenfrei – behoben werden.



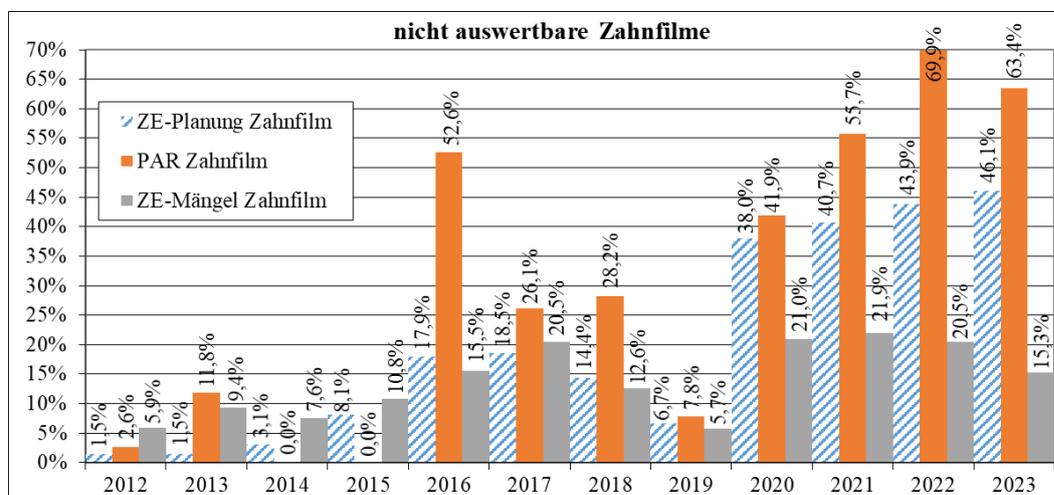
Die Ergebnisse der „Tübinger Modell“-Formulare haben sich im Vergleich zum Vorjahr verändert. Der Wert „HKP ZE nicht befürwortet“ ist marginal gestiegen, gegensätzlich zum Wert „ZE-Mängel festgestellt“. Der Wert „Plan PAR nicht befürwortet“ ist leicht gestiegen. Hinsichtlich des Anteils der ZE-Mängelgutachten, in denen tatsächlich Mängel festgestellt wurden, ist die niedrige absolute Zahl dieser Gutachten zu beachten. Aussagekräftiger ist hier der seit 2015 zwar wieder leicht gestiegene, aber dennoch geringe Anteil der nicht befürworteten ZE-Planungen:

In Relation zu den absoluten Fallzahlen (rund 71.000 ZE- und ca. 42.000 PAR-Fälle), die in 2023 von Zahnärzten im Lande Bremen über die KZV Bremen abgerechnet wurden, lag der prozentuale Anteil von

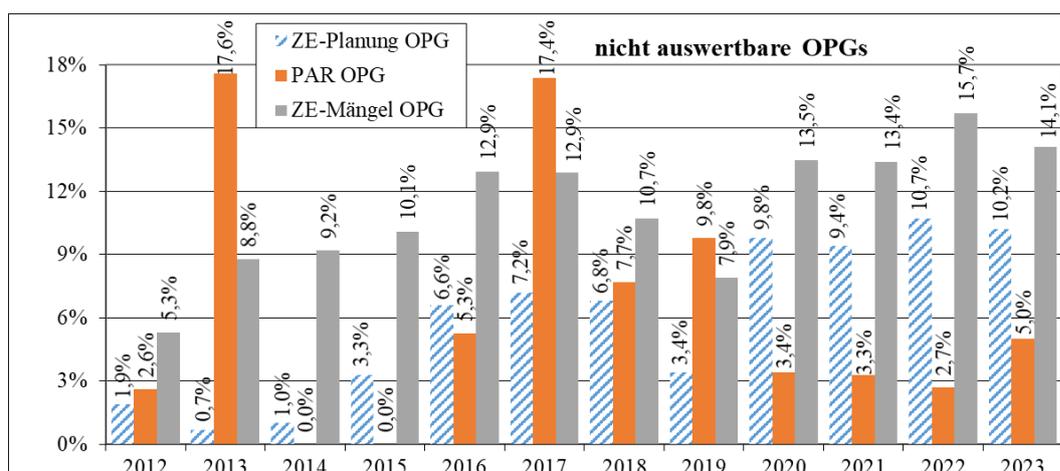
- ZE-Planungsgutachten (1.456) bei 2,1 % (347 nicht befürwortet = 0,49 %);
- PAR-Planungsgutachten (202) bei 0,5 % (40 nicht befürwortet = 0,1 %);
- ZE-Mängelgutachten (170) bei 0,2 % (130 x Mängel festgestellt = 0,18 %).

Die Tatsache, dass somit über 98 % der geplanten bzw. durchgeführten ZE- und PAR-Fälle unbeanstandet blieben, belegt die hohe Planungs- und Behandlungs-Kompetenz der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Lande Bremen.

Die starken Schwankungen bei Zahnfilmen zu PAR-Plänen und bei ZE-Mängelgutachten erklären sich aus der sehr geringen absoluten Zahl der entsprechenden Gutachten:



Ähnliches gilt für den Anteil der nicht auswertbaren OPGs²² bei ZE-Mängel- und PAR-Gutachten:



Neben dieser Qualitätssicherungsmaßnahme im Rahmen des „Tübinger Modells“ wird der Vorstand weiterhin die Einzel-Ergebnisse von Praxen gesondert prüfen und bei wiederholten Auffälligkeiten entsprechende Maßnahmen einleiten.

²² OPG: Orthopantomogramm, auch „Panoramaschichtaufnahme“ genannt.

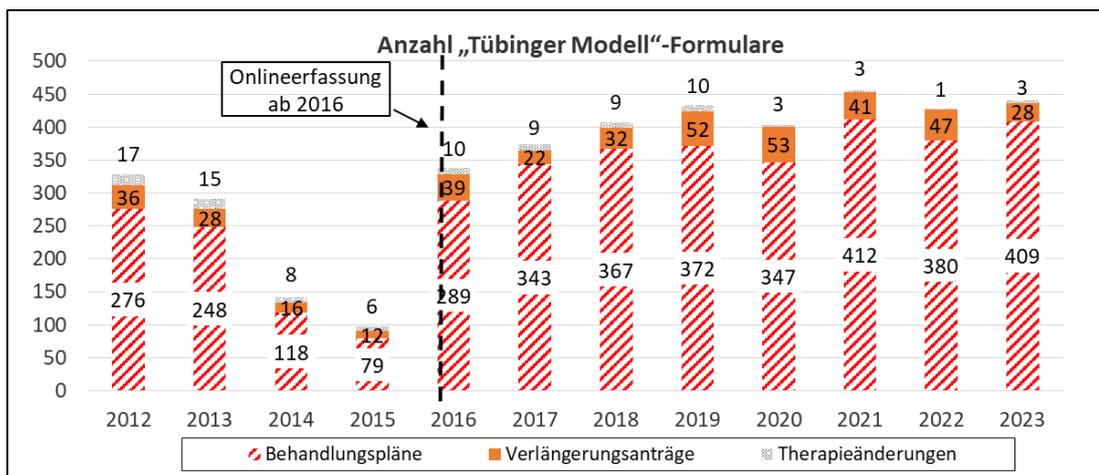
4.2.2 Tübinger Modell KFO

Aufgrund der positiven Erfahrungen hatte der Vorstand der KZV Bremen in 2005 im Einvernehmen mit dem KFO-Referenten und den KFO-Gutachtern 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.

Das „Tübinger Modell KFO“-Formular erfasst die Qualität wesentlicher Voraussetzungen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlungsplanung.²⁴ Aufgrund der vergleichsweise geringen Zahl von Kieferorthopäden bzw. nur kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten im Lande Bremen (Stand 31.10.2024: 29 in 19 Praxen incl. angestellter Zahnärzte bzw. Kieferorthopäden) ist auch die absolute Zahl der KFO-Gutachten mit rund 350 - 450 pro Jahr entsprechend gering.

Gerade im Bereich KFO zeigte sich in 2014 ein starker Rückgang der Zahl der „Tübinger Modell“-Formulare. Dies konnte jedoch erst im Zuge der Auswertung Mitte 2015 festgestellt werden. Mit der Einführung der Online-Erfassung ab 2016 wurde umgehend ein dauerhafter Anstieg der Zahl der „Tübinger Modell“-Formulare erreicht. Eine rückwirkende Einführung für 2015 war jedoch nicht möglich, weshalb die Quote zunächst noch weiter absank. Nunmehr ist jedoch wieder eine aussagekräftige empirische Basis erreicht:



Die auf Basis der erfassten „Tübinger Modell“-Formulare für Planungsgutachten – ebenso wie im PAR-Bereich gibt es für KFO keine Mängelbegutachtung – vorgenommenen Auswertungen ergaben trotz des seit Beginn des „Tübinger Modells KFO“ bereits bestehenden sehr hohen Qualitätsniveaus zum Teil noch weitere Verbesserungen:²⁶

²⁴ Bei Nachbegutachtungen und Obergutachten wird nicht erneut ein „Tübinger Modell“-Formular ausgefüllt.

²⁶ Kieferumformung und zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss (Einstufung 119 / 120)

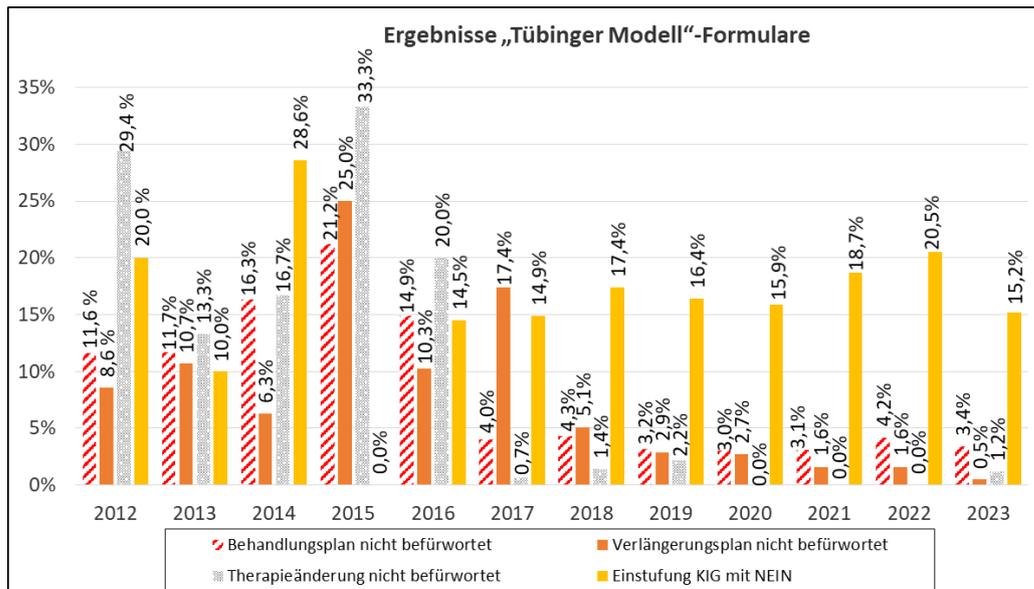
119: Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention

- | | |
|---------------------------------|---|
| a) einfach durchführbarer Art | b) mittelschwer durchführbarer Art |
| c) schwierig durchführbarer Art | d) besonders schwierig durchführbarer Art |

120: Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention

- | | |
|---------------------------------|---|
| a) einfach durchführbarer Art | b) mittelschwer durchführbarer Art |
| c) schwierig durchführbarer Art | d) besonders schwierig durchführbarer Art |

Entsprechend der Schwierigkeit der Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers und zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss sind die Bema-Nrn. 119 und 120 aufgeteilt in die Schwierigkeitsgrade a bis d. Die Zuordnung zu den Buchstaben a bis d erfolgt nach einem vorgegebenen Bewertungssystem. Da sich die Vergütung nach Nr. 119 auf die Umformung eines Kiefers bezieht, diese Ziffer somit bei Maßnahmen zur Umformung sowohl des Ober- als auch des

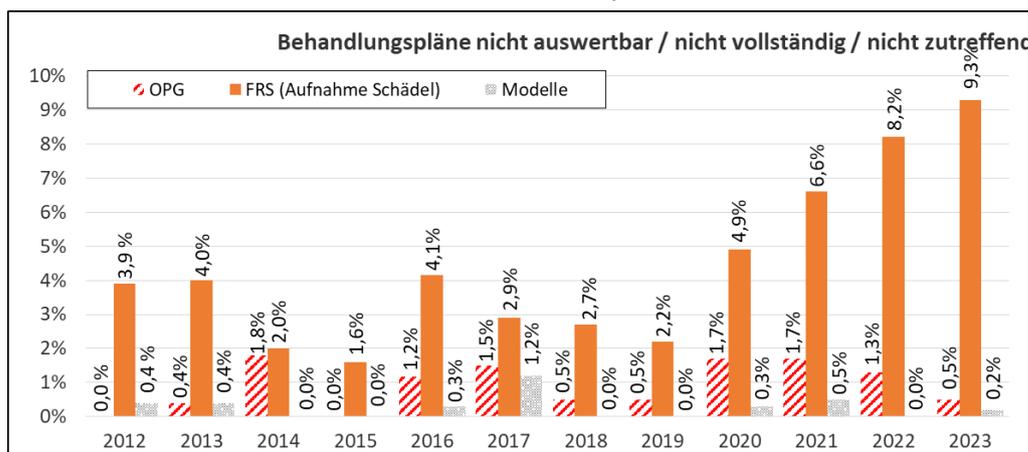


Die starken Schwankungen bei den nicht befürworteten Verlängerungsplänen und den Therapieänderungen ergeben sich vorrangig daraus, dass im Lande Bremen pro Monat nur jeweils 1-2 diesbezügliche Gutachten anfallen.

In Bezug auf die von kieferorthopädisch tätigen Praxen im Lande Bremen über die KZV Bremen in 2023 abgerechneten rund 81.500 KFO-Fälle ergeben sich folgende prozentuale Anteile:

- Behandlungsplan nicht befürwortet: 14 = 0,02 %;
- Verlängerungsplan nicht befürwortet: 0
- Therapieänderung nicht befürwortet: 0

Zu den im Rahmen von Begutachtungen geprüften Kriterien ist hier insbesondere der konstant geringe Anteil nicht auswertbarer OPGs und Modelle positiv festzuhalten:

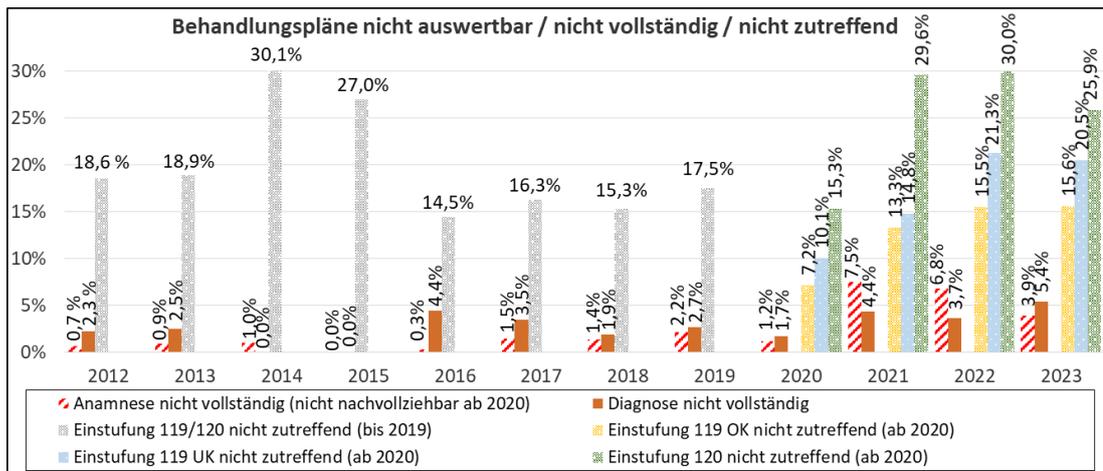


Der Anteil nicht vollständiger Anamnesen lag von 2009 bis 2020 konstant bei unter 3 %. 2021 lag dieser Wert erstmalig bei über 7 %. Seit 2022 sinkt der Wert der nicht vollständigen Anamnesen wieder. Genau wie der Durchschnittswert nicht vollständiger Diagnosen der letzten zehn Jahre (3,25 %).

Unterkiefers zweimal abgerechnet wird, muss auch die Zuordnung in den Schwierigkeitsgrad getrennt für Ober- und Unterkiefer vorgenommen werden. Die Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss lösen die Abrechnung von einmal Nr. 120 aus; die Schwierigkeitsgrad-Ermittlung ist somit einmal vorzunehmen.

Nachdem für 2014 Handlungsbedarf hinsichtlich der vergleichsweise hohen Werte für nicht zutreffende Einstufungen nach 119 / 120 festgestellt wurde, konnte durch entsprechende Informationen an die kieferorthopädisch tätigen Behandler eine deutliche Verbesserung erzielt werden. Hierbei handelt es sich jedoch ausschließlich um eine abrechnungstechnische Einstufung, die für die zahnmedizinischen Aspekte einer kieferorthopädischen Behandlungen ohne Belang ist.

Im Zuge der Überarbeitung der „Tübinger Modell“-Formulare wurde die Abfrage bezüglich der Einstufung „119/120 nicht zutreffend“ weiter differenziert. So wird ab dem Jahr 2020 unterschieden zwischen den Abfragepunkten 119 Unterkiefer („UK“), 119 Oberkiefer („OK“) und der Bema-Position 120:



Die nächste „Tübinger Modell“-Auswertung erfolgt Mitte 2025.

5. Qualitätsmanagement, -sicherung, -prüfung und -beurteilung

Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung und -beurteilung im vertragszahnärztlichen Bereich sind in §§ 135a, 135b, 136, 136a, 136d, 137 SGB V definiert und somit durch die KZV zwingend umzusetzen. Gemäß § 135a SGB V ist zu unterscheiden zwischen

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

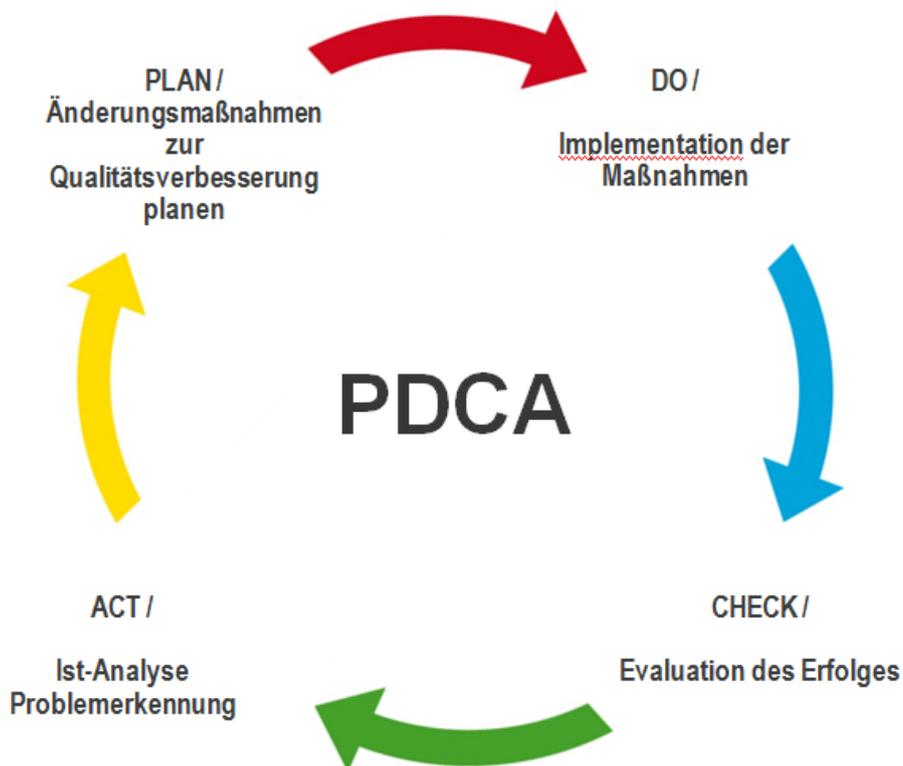
Der Gesetzgeber strebt mit diesen Vorgaben vorrangig eine Kontrolle von Ergebnissen an („Ergebnisqualität“).

In der Qualitätssicherung werden gemäß § 135b Abs. 2 SGB V als weitere Maßnahmen die sektorspezifische Qualitätsprüfung und die Qualitätsbeurteilung durchgeführt (→ 6.3).

5.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie

Grundlage für eine wirksame Qualitätsförderung und Qualitätssicherung ist ein effektives einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM). Dieses dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Das QM muss dazu individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen und für sie nützlich hilfreich sowie unbürokratisch sein. Dann trägt es wesentlich dazu bei, die Zufriedenheit der am Prozess beteiligten – insbesondere der Patienten – zu erhöhen.

Die Ziele des QM werden erreicht, indem der IST-Zustand analysiert wird, ggf. Änderungen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen beim zahnärztlichen QM jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als „Qualitätskreislauf“ (Plan-Do-Check-Act – „PDCA“-Zyklus) beschrieben:



Grundelemente eines einrichtungsinternen QM sind:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit,
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit,
- Prozessorientierung,
- Kommunikation und Kooperation,
- Informationssicherheit und Datenschutz,
- Verantwortung und Führung

Die vom 16.11.2016 beschlossene Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement gemäß §§ 135a Abs. 2 Ziffer 2 und § 136 SGB V wurde mit in Kraft treten am 20.04.2024 geändert.

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

5.1.1 QM-Grundsätze

Grundsätzlich müssen die Zielsetzungen und Instrumente des QM auch künftig regelmäßig auf ihre Effektivität hin überprüft und ggf. weiterentwickelt werden. So werden weiterhin in unregelmäßigen Abständen Kriterien überarbeitet, umgestaltet oder ersetzt.

Eine ständige Prozessreflektion ist unentbehrlich, um den Anforderungen des „PDCA“-Zyklus gerecht zu werden. Die Zahnärzteschaft stellt sich damit der Herausforderung, das eigene Wissen zu erweitern und in die Versorgung einzubringen.

5.1.2 QM-Instrumente

Gemäß der QM-Richtlinie des G-BAs § 4 Abs. 1 vom 20.04.2024 sind folgende Methoden und Instrumente etablierte und praxisbezogene Bestandteile, des Qualitätsmanagements, in der Regel anzuwenden:

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen
- Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung
- Regelungen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Patienteninformationen und –aufklärung
- Risikomanagement

- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme
- Notfallmanagement
- Hygienemanagement
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Schmerzmanagement
- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen
- Präventionen von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Darüber hinaus können weitere QM-Methoden und –Instrumente in der Praxis eingesetzt werden.

5.1.3 QM im Bereich der KZV Bremen

Die KZV Bremen hat umgehend nach dem erstmaligen Beschluss der Richtlinie mit den Planungen für Schulungsmaßnahmen zur praktischen Umsetzung begonnen. Bis September 2009 wurden in Kooperation mit der Firma Kock & Voeste in insgesamt 29 Kursen in Bremen und Bremerhaven knapp 300 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte geschult. 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-Niederlassene QM-Schulungsbedarf bestand bzw. besteht, bietet die Zahnärztekammer entsprechende Basis-Kurse an.

In 2015 erfolgte eine erneute Schulungs-Veranstaltung der KZV Bremen zu den geänderten Kriterien der QM-Richtlinie. In Folge dieser Änderungen bietet die KZV Bremen ein Update zu dem QM-Handbuch von Kock & Voeste und der KZV Berlin an. 52 Bremer Vertragszahnarztpraxen (Stand 30.10.2020) haben das Update bestellt.

Gemäß § 6 der QM-Richtlinie wird die Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig von den KZVen erhoben und zwecks ausführlicher Darlegung über die KZBV an den G-BA weitergeleitet. In 2021 wurde für die QM-Abfrage erstmals eine Stichprobe in Höhe von 4% erhoben statt zuvor in Höhe von 2%. Zum Ausgleich der erhöhten Stichprobe erfolgen diese nicht mehr jährlich, sondern nur noch alle zwei Jahre.

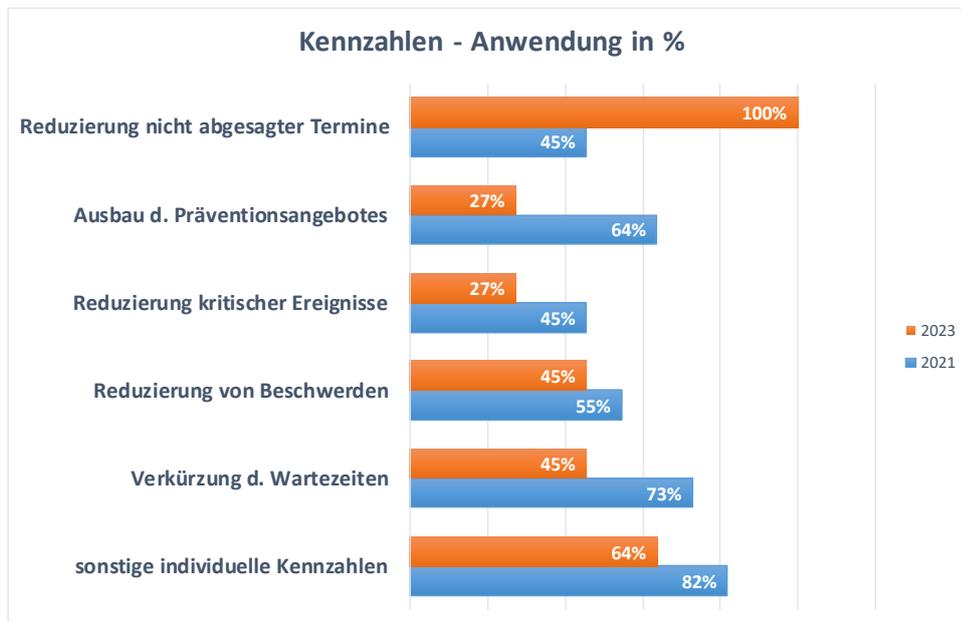
Die Ergebnisse der bisherigen Berichterstattungen im Land Bremen ließen darauf schließen, dass die meisten der befragten Praxen alle QM-Instrumente der QM-Richtlinie anwenden, auswerten oder fortentwickeln. Die Befragungen aus 2023 mit dem neuen Berichtsbogen, der 2021 zum ersten Mal zum Einsatz kam, bestätigten diese Annahme und konkretisieren die Anwendung einzelner QM-Instrumente. Mit 28 Fragestellungen ist die QM-Abfrage deutlich aussagekräftiger.

Unverändert wird in der statistischen Erhebung eine Differenzierung zwischen Praxen, die seit weniger als 3 Jahren bestehen, und länger bestehenden Praxen vorgenommen. Auf diese Differenzierung wird in der nachfolgenden Auswertung verzichtet, da die Ergebnisse weitgehend identisch sind.

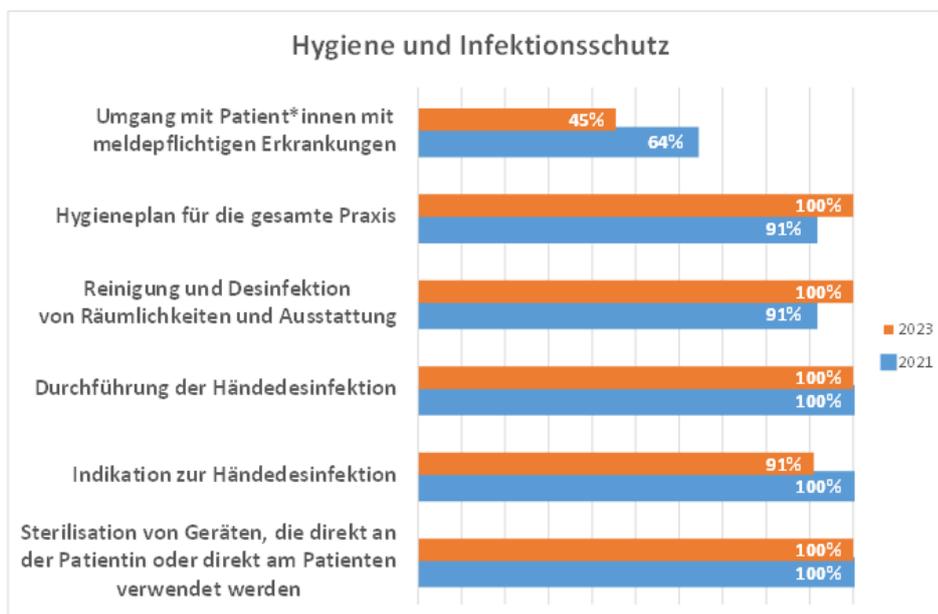
Die meisten der zufällig ausgewählten Vertragszahnärzte im Lande Bremen gaben an, dass sich vor allem die QM-Instrumente „Teambesprechungen“, das „Festlegen von Qualitätszielen“ und „Definieren von Arbeitsprozessen und Verantwortlichkeiten“ als hilfreich im Praxisalltag erwiesen haben.

Ebenso berichteten 8 von 11 Praxen, dass sie in der Vergangenheit aus den Ergebnissen der Selbstbewertungen im Rahmen des QM Konsequenzen für Ihre Praxis gezogen haben (z.B. Veränderungen von Prozessen oder Strukturen).

Die in dem Berichtsbogen abgefragten Kennzahlen wurden von den befragten Praxen erfasst. Zusätzlich haben 7 von 11 der befragten Praxen weitere Kennzahlen angegeben, die sie in Ihrer Praxis anwenden:

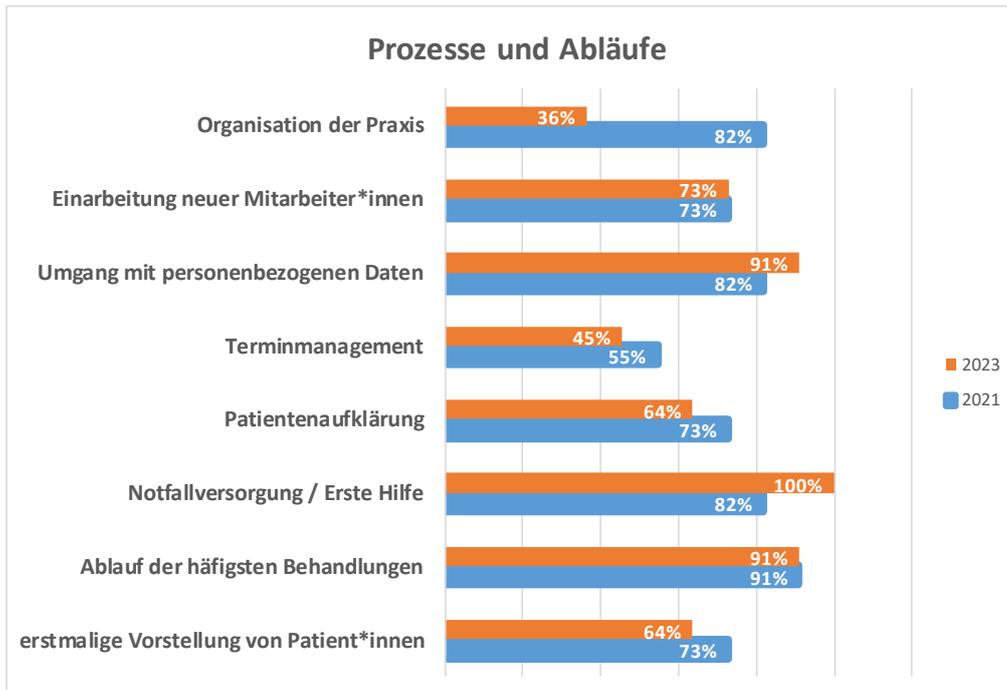


Die Abfragen aus den vergangenen Jahren (2018 - 2020) zeigten bereits, dass alle im entsprechenden Zeitraum befragten Praxen u.a. „Hygienemanagement“, „Prozessmanagement“ und „Checklisten“ anwendeten und/oder fortentwickelten. Die Umfrage nach dem neuen Fragebogen aus 2021 ermöglicht zu diesen und weiteren Themen eine detailliertere Auswertung, die nicht nur zeigt, dass das jeweilige QM-Instrument angewendet wird, sondern auch welche Unterkategorien und speziellen Ziele häufig von den Praxen verfolgt werden:



Hygienestandards werden in den Praxen sehr ernst genommen. So wurden der Abfrage zufolge in allen befragten Praxen im Land Bremen Regelungen zu der „Durchführung der Händedesinfektion“ und zur „Sterilisation von Geräten“ getroffen, die direkt an den Patienten verwendet werden. Die Abfragewerte für die „Reinigung und Desinfektion von Räumlichkeiten und Ausstattung“ sowie für einen „Hygieneplan für die gesamte Praxis“ belaufen sich auf 10 von 11 Praxen. Regelungen zum „Umgang mit Patienten mit meldepflichtigen Erkrankungen“ wurden von 5 der zufällig ausgewählten Praxen getroffen.

Zusätzlich hielten alle elf der befragten Praxen in 2023 wesentliche Prozesse/Abläufe schriftlich fest:



Ebenso wie das Festlegen von Prozessen und Abläufen gehört das Nutzen von Checklisten zum Alltag der meisten Zahnarztpraxen. Checklisten können Behandler und Angestellte im Alltag unterstützen, aber auch beim Anwenden weiterer QM-Instrumente (wie z.B. „Hygienemanagement“ oder „Notfallmanagement“) von Nutzen sein. Die befragten Praxen nutzen zu folgenden im Berichtsbogen abgefragten Themen Checklisten:

- „Patientenanamnesebogen“ (9 von 11 Praxen)
- „Kontrolle der Notfallausstattung“ (7 von 11 Praxen)
- „Übergabe von Informationen an Schnittstellen der Versorgung“ (3 von 11 Praxen)
- „Vorbereitung von Eingriffen (z.B. Zahnextraktionen)“ (8 von 11 Praxen)
- „Hygienemanagement“ (11 von 11 Praxen)
- „Sonstige Tätigkeiten ohne unmittelbaren Patientenbezug“ (z.B. Reinigung der Praxis, Dosierung von Reinigungsmitteln) (10 von 11 Praxen)

Zu bedenken ist jedoch, dass es sich bei den oben genannten Ergebnissen um die Umfragewerte aus lediglich einem Jahr handelt. Mit den Umfragewerten aus den kommenden Jahren und im bundesweiten Vergleich wird sich ein präziseres Bild über die Anwendung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Vertragszahnärzteswesen ergeben.

Die nächste Abfrage gemäß § 6 der QM-Richtlinie wird im Jahr 2025 erfolgen.

5.2 Richtlinie zur datengeschützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Nach mehrjährigen Verhandlungen verabschiedete der G-BA am 19.04. bzw. 20.05.2010 die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13, § 135a Abs. 2 Ziffer 1 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Mit Inkrafttreten am 01.01.2019 wurde die Qesü-RL von der Richtlinie zur datengeschützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) abgelöst. Mit Wirkung zum 01.01.2023 die Richtlinie vom 01.01.2019 angepasst bzw. aktualisiert.

Die DeQS-RL sieht stark vereinfacht dargestellt ein themenbezogenes „Praxis-Benchmarking“ auf Grundlage von Abrechnungsdaten vor (einschließlich der Daten für Privatleistungen). Jede Praxis erhält dann einen Bericht, in dem ihr mitgeteilt wird, wie sie bei dem Benchmarking abgeschnitten hat.

Die Regelung des organisatorischen Ablaufes sowie die Prüfung der Benchmarking-Ergebnisse erfolgt durch eine sog. „Landesarbeitsgemeinschaft“ (LAG). Träger und damit auch stimmberechtigte Mitglieder der LAG sind (paritätisch) die Verbände der Krankenkassen, die Landeskrankenhausesellschaft, die KV und die KZV. Stellt die LAG Auffälligkeiten in den erhobenen Daten fest, dann fordert sie die betroffene Praxis zur Stellungnahme auf.

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

Die Aufgaben der LAG bzw. der ihr untergeordneten Stellen sind gemäß der Richtlinie u.a. folgende:

- fachliche Auswertung der erhobenen Daten.
- Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
- Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten.
- Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.
- Durchführung der Datenvalidierung.
- Förderung des Austausches der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander über qualitätsverbessernde Maßnahmen.
- 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 DeQS-RL 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 Landeskrankenhausesellschaft/LKG) andererseits.“
- „Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt.“

Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landeszahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind.“

- „Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.“

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

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

haben die Verhandlungen über einen „Vertrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Bundesland Bremen“ fristgerecht abgeschlossen. Ungeachtet der Ablösung der Qesü-RL durch die DeQS-RL haben die auf Landesebene geschlossenen LAG-Verträge weiterhin Bestand.

Die KZV Bremen nimmt zu der Tätigkeit der LAG eine vorrangig beobachtende Position ein, da der G-BA bisher noch keine themenspezifischen Bestimmungen zu vertragszahnärztlichen Leistungen beschlossen hat. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass im vertragszahnärztlichen Bereich Leistungen nur im seltenen Ausnahmefall sektorenübergreifend 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.

5.3 Qualitätsprüfung (QP) und Qualitätsbeurteilung (QB)

Gemäß § 135b SGB V haben die KZVen „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“. Hierzu prüfen die KZVen „die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben (...). Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien (...) Kriterien zur Qualitätsbeurteilung (...) sowie (...) Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen (...)“.

Die Rahmen-Richtlinie (QP-RL-Z) vom 01.04.2018 wurde am 03.12.2020 durch den G-BA neu beschlossen und trat am 01.12.2020 in Kraft. Diese Richtlinie regelt die Auswahl, den Umfang und das Verfahren der Durchführung aller Qualitätsprüfungen gemäß § 135b Abs. 2 SGB V.

QP und QB umfassen folgende Merkmale:

- Qualitätsprüfung im Einzelfall
- zufällige Auswahl von einzelnen Praxen (Stichprobe)
- Überprüfung der Dokumentationen von ausgewählten Fällen
- Überprüfung des Einzelfalls mit abstrakten Vorgaben
- Bewertung (durch das Qualitätsgremium)
- ggf. Beratung / Maßnahmen
- sektorbezogen.

Die Vorbereitung und Organisation der Prüfungen und Beurteilungen erfolgt durch eine bei der KZV angesiedelte Geschäftsstelle, die praktische Durchführung durch ein bzw. mehrere Prüfungsgremien.

Anders als in der ähnlich strukturierten – paritätischen – Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V sind die Kosten der Durchführung der Qualitäts-Prüfungen und -Beurteilungen alleine von den KZVen zu tragen. Eine paritätische Finanzierung ist nicht vorgesehen. Im Gegenzug sind jedoch auch keine Honorarrückzahlungen an die Krankenkassen vorgegeben.

Die Festlegung der konkreten Prüfungsinhalte erfolgt mit den Themen-spezifischen QB-Richtlinien. Mit der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung Überkappung (QBÜ-RL-Z) hat der G-BA das erste Thema festgelegt. Die QBÜ-RL-Z ist am 01.07.2019 in Kraft getreten und beinhaltet als wesentliches Ziel die indikationsgerechte Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahnes.

Um ein stimmiges und möglichst bundeseinheitliches Verfahren zu erreichen und um die Vorgehensweisen in den KZVen gegebenenfalls weiter zu optimieren, organisiert die KZBV regelmäßig Veranstaltungen zum Austausch mit den KZVen.

Im November 2019 erfolgte die erste Stichprobenziehung zum Thema der QBÜ-RL-Z. Die erstmalige Durchführung der Qualitätsprüfung und –Beurteilung galt als „Testlauf“, der für die betroffenen Praxen keine Sanktionen zur Folge hatte.

5.4 Qualitätsprüfung im Einzelfall 2024

Der QBÜ-RL-Z entsprechend hat die KZV Bremen seit 2019 jährlich jeweils zehn Einzelfälle aus insgesamt 3 % der Vertragszahnarztpraxen im Lande Bremen nach folgenden Kriterien ausgelost: Praxen, die innerhalb eines Abrechnungsjahres bei mindestens 10 Patienten nach den folgenden BEMA-Leistungen am selben bleibenden Zahn als Indikatorleistung BEMA-Nrn. 25 (indirekte Überkappung) oder 26 (direkte Überkappung) in Verbindung mit mindestens einer der nachstehenden Folgeleistungen;

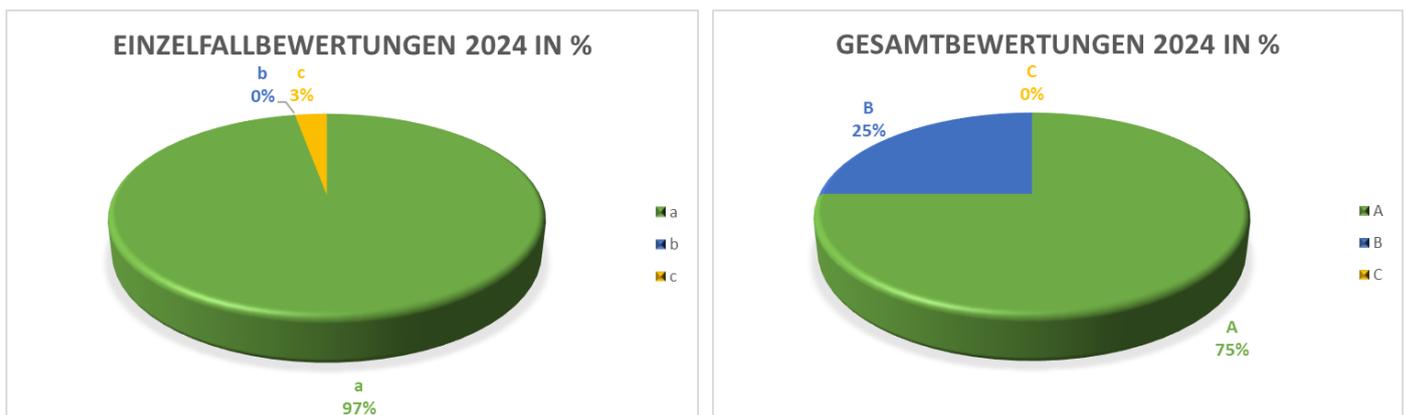
- BEMA-Nr. 28 VitE (Exstirpation der vitalen Pulpa) oder
- BEMA-Nr. 31 Trep1 (Trepanation eines pulpatoten Zahnes) oder
- BEMA-Nr. 32 WK (Aufbereiten des Wurzelkanalsystems) oder
- BEMA-Nr. 34 Med (Medikamentöse Einlage) oder
- BEMA-Nr. 35 WF (Wurzelkanalfüllung) oder
- BEMA-Nr. 43 X1 (Entfernen eines einwurzeligen Zahnes) oder

- BEMA-Nr. 44 X2 (Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes) oder
- BEMA-Nr. 45 X3 (Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes) abgerechnet haben.

In dem Berichtsjahr 2024 haben 69 Praxen die vorgenannten Aufgreifkriterien bei mindestens zehn Patienten abgerechnet. Im Ergebnis handelte es sich um drei Praxen mit insgesamt 30 Behandlungsfällen. Es ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der geringen Datenmenge kein statistisch signifikanter Rückschluss gezogen werden kann.

Die anschließende Prüfung und Beurteilung der Fälle erfolgt durch ein Qualitätsgremium. Die Einzelbewertungen der bisherigen Prüfungen durch das Gremium gehen mit einem hohen Anteil von Einzelfällen in der Kategorie a einher. Da jedoch gemäß der bundeseinheitlichen und verbindlichen Vorgaben bereits ein Fall der Kategorie c eine Gesamtbewertung mit Kategorie B zur Folge hat, fallen die Gesamtbewertungen entsprechend häufig in die Kategorien B und C.

Die Ergebnisse aus den unten abgebildeten Grafiken ergeben sich aus insgesamt vier zu prüfenden Praxen, eine davon wurde wiederholt geprüft. Drei von vier Praxen wurden mit „keiner Auffälligkeit“ bewertet und bei einer Praxis wurde nur eine „geringe Auffälligkeit“ festgestellt. Hierbei ist beachten, dass gemäß der bundeseinheitlichen und verbindlichen Vorgaben bereits ein Fall der Kategorie c eine Gesamtbewertung mit Kategorie B zur Folge hat.



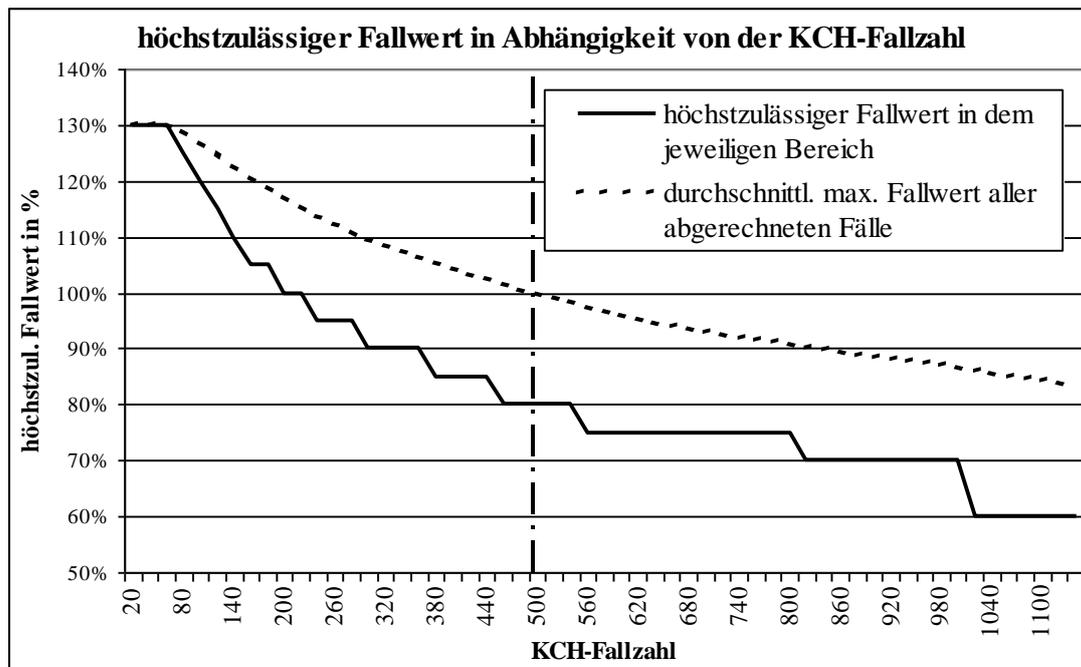
Alle KZVen haben die – anonymisierten – Ergebnisse der KZBV mitzuteilen, die die Daten aufbereitet und dem G-BA zu Evaluierungszwecken weiterleitet.

5.5 Ausblick auf das Jahr 2025

Im Jahr 2025 finden die Wiederholungsprüfungen der Vertragszahnarztpraxen statt, die im Jahr 2023 die Bewertung C erhalten haben.

6. 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.²⁸ 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.

²⁸ Seit 2011 sind „Fall-Überschneidungen“ in Praxisgemeinschaften ein Prüfkriterium in der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d SGB V.

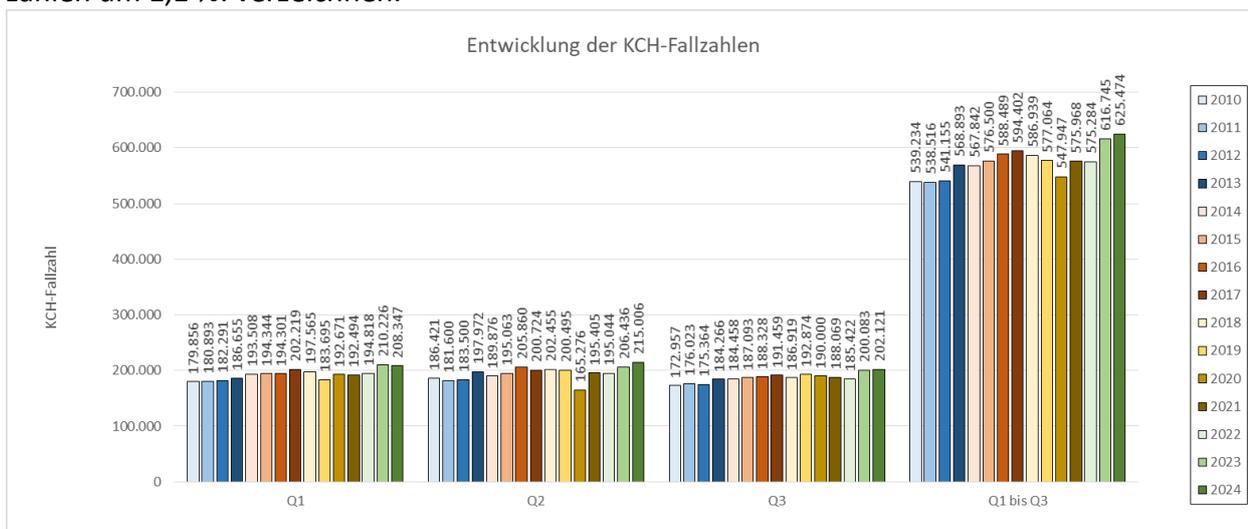
Nach mittlerweile 16 Jahren ohne grundsätzliche Änderungen hat der HVM der KZV Bremen eine Kontinuität gewonnen, die den Praxen die Möglichkeit gegeben hat, ihre Behandlungsausrichtungen an die o.g. Vorgaben aus dem HVM anzupassen.

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 1.) 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.“

Mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.05.2019 werden HVM-Honorareinbehalte seit 2019 vorläufig ausgesetzt, da in den letzten Jahren die Überschreitungen der Gesamtvergütungen der Krankenkassen im Lande Bremen soweit reduziert werden konnten, dass sich seit 2016 die sog. „HVM-Restvergütung“ für vorläufige Einbehalte durchgängig auf 100 % belief. Auswirkungen dieser Maßnahme auf das Abrechnungsverhalten der Praxen im Lande Bremen sind bisher nicht feststellbar.

Ausschließlich durch gesetzliche Eingriffe wie die Einführung der Praxisgebühr in 2004 und deren Wegfall ab 2013 sowie die Einführung der ZE-Festzuschüsse in 2005 ist es zu wesentlichen, nachhaltigen Veränderungen in den Fallzahlen gekommen. So stieg mit Abschaffung der Praxisgebühr zum 01.01.2013 die KCH-Fallzahl in 2013 um knapp 5 % an, um im Folgejahr wieder leicht zurückzugehen. Seit 2015 normalisierte sich die Fallzahlentwicklung wieder mit einem Fallzahlzuwachs zwischen knapp 1 % bis 2 %.

Mit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 ergab sich ein starker Rückgang der KCH-Fallzahlen in bis dato nie dagewesenen Umfang (II/20 zu II/19: -17,7 %). Ab dem dritten Quartal 2020 normalisierte sich die Situation allmählich wieder, wobei festzustellen bleibt, dass die KCH-Fallzahlen Ende 2020 noch immer geringer sind als vor Beginn der Corona-Pandemie. So lässt sich im dritten Quartal 2020 im Vergleich zum dritten Quartal 2019 noch ein Rückgang der Fallzahlen um 1,1 %: verzeichnen.³⁰



³⁰ Endgültige Werte für das Jahr 2024 liegen erst nach Abschluss des Quartals IV/2024 Anfang April 2025 vor.

Mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 01.11.2023 tritt ab dem 01.01.2024 ein HVM in Kraft, dessen Systematik den Auswirkungen der neuen PAR-Behandlungsstrecke angepasst wurde. Im bisherigen praxisindividuellen HVM-Volumen war keine besondere Berücksichtigung des PAR-Abrechnungsvolumens auf die Gesamtzahl der Fälle vorgesehen. Mit der neuen HVM-Systematik wurde für alle allgemein Zahnärztlich zugelassenen Praxen ein separates Budget für PAR-Leistungen geschaffen.

7. ergänzende Maßnahmen

7.1 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 seit über 15 Jahren werden u.a. PAR- und KBR-„Hitlisten“ erstellt. Grund für die damalige Einführung dieser Listen war ein kontinuierlich stark ansteigender Anteil der PAR- und KBR-Umsätze an der Gesamtvergütung. Mit diesen Listen wird ausgewertet, welche Praxen einen überdurchschnittlich hohen Anteil ihres KZV-Umsatzes durch PAR- und/oder KBR-Leistungen erzielen. Dabei wird 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 ist 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.

Insbesondere hinsichtlich der PAR-Behandlungen steht die KZV in einem Spannungsfeld. Einerseits ist der stark gestiegene Bedarf an PAR-Behandlungen zahnmedizinisch völlig unumstritten und durch die DMS V aktuell nochmals empirisch belegt (→ Kapitel 1.3). Andererseits ist die KZV mit § 85 Abs. 4 SGB V auch künftig verpflichtet, mittels des Honorarverteilungsmaßstabes „eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes“ zu verhindern (→ Kapitel 6). Einmal mehr wird hier durch gesetzliche Vorgaben monetären Aspekten ein Vorrang gegenüber dem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf der Patienten 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 einhergehen könnten.

Eine der wesentlichen Erkenntnisse aus diesen „HVM-Hitlisten“ war, 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.

Seit 2010 erfolgt die quartalsweise Prüfung der Entwicklung der KCH-Fallzahl je Praxis im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V.

7.2 Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V

Am 01.07.2008 trat die Bundes-Richtlinie zu Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V (seit 01.01.2017: § 106d SGB V) in Kraft. Wesentliche Prüfinhalte der Vereinbarung über die Plausibilitätsprüfung sind gemäß der Bundesrichtlinie:

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

Der Abschluss der regionalen „Vereinbarung über die Durchführung der sachlich/rechnerischen Prüfung der Abrechnung und der Plausibilitätsprüfung nach § 106d SGB V“ zwischen der KZV Bremen und den Krankenkassen im Lande Bremen erfolgte am 20.06.2011. Die Vereinbarung trat mit Wirkung ab 01.07.2011 in Kraft und fand erstmals Anwendung für die Abrechnungen aus dem Quartal III/2011.

Die im Berichtsjahr 2024 durchgeführte Plausibilitätsprüfung führte zusammengefasst zu folgenden Ergebnissen, die jeweils vereinbarungsgemäß in anonymisierter Form den Verbänden der Krankenkassen quartalsweise zur Verfügung gestellt werden:

I. Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen

Eine ungewöhnliche Fallzahlsteigerung kann gegeben sein bei einem Fallzahlenanstieg von mehr als 20 % im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal. Dieses Prüfkriterium gilt nicht für Vertragszahnärzte:

- deren Praxis einschl. des geprüften Quartals erst seit weniger als 5 Quartalen besteht
- für die innerhalb der letzten fünf Quartale einschl. des geprüften Quartals eine Beschränkung der Zulassung auf den hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Abs. (2) der Zulassungsvorordnung für Vertragszahnärzte aufgehoben wurde.
- deren KCH-Fallzahl im Durchschnitt der letzten 4 Quartale einschließlich des geprüften Quartals bei weniger als 20 % des Fachgruppendurchschnittes bzw. bei unter 100 KCH-Fällen lag.
- für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie Kieferorthopäden oder ausschließlich kieferorthopädisch abrechnende Allgemein-Zahnärzte.
- für Praxen, die im geprüften Zeitraum einen zusätzlichen Behandler aufgenommen haben (angestellter Zahnarzt, Assistent).

In einem Zeitraum von vier Quartalen wurden insgesamt bei 10 Praxen ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen festgestellt. Die Fallzahlsteigerungen waren durchgängig plausibel. Es besteht kein Handlungsbedarf.

II. Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren

Ein ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren kann gegeben sein, wenn sich der Anteil der auf diese Weise abgerechneten KCH-Fälle einschließlich des geprüften Quartals in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen auf mehr als 6 % beläuft.

In einem Zeitraum von vier Quartalen haben 5 Praxen ungewöhnlich häufig über das Ersatzverfahren abgerechnet und wurden um Stellungnahme gebeten, diese waren durchgängig nachvollziehbar waren.

Die Plausibilitätsprüfungen gemäß III. und IV. in einem Zeitraum von vier Quartalen ergaben keine Auffälligkeiten.

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. 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 (ab 2017: § 106d) SGB V überhaupt vorgegeben hatte.

7.3 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 grundsätzlich durch eine „Zufälligkeitsprüfung“ gemäß der Bundes-Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V abgelöst.

Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Mai 2019 entfiel die gesetzliche Grundlage für die Zufälligkeitsprüfung. Stattdessen sieht § 106a Abs. 2 SGB V die Durchführung einer sog. Antragsprüfung vor. § 106a Abs. 3 SGB V sieht vor, dass die KZBV und der GKV-Spitzenverband hierzu Rahmenempfehlungen zu vereinbaren haben, die von den Vertragspartnern auf Landesebene zu berücksichtigen sind.

Die KZV Bremen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen im Lande Bremen haben deshalb zunächst die Durchführung der Zufälligkeitsprüfung ausgesetzt. Die Auffälligkeitsprüfung wurde unverändert weiter fortgesetzt.

Zum 01.01.2022 ist die neue Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in Kraft getreten. Die repräsentative Einzelfallprüfung wird durch die arithmetische Durchschnittsprüfung abgelöst.

8. Zahnärztliche Versorgung von alten und behinderten Patienten

Schon bevor von Seiten der Politik die zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Heimen für alte und behinderte Menschen 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 erste Analyse vorgenommen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die zahnärztliche Versorgung von Bewohnern von Alten- und Behindertenheimen nachhaltig zu verbessern.

Mit der Untersuchung von Dr. med. Thomas Hilbert (Gesundheitsamt Bremen) und Dr. med. dent. Dirk Mittermeier (KZV Bremen) erfolgte auf Basis einer Ende 2011 durchgeführten Erhebung des IST-Zustandes der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte unter Einbeziehung der zahnärztlichen Praxen im Lande Bremen eine vertiefende Betrachtung dieser Problematik.³³

Die im Rahmen dieser Analysen erfolgte Ursachenforschung ergab u.a., 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.

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.

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.

Die Initiative der Bremischen Zahnärzteschaft zur Verbesserung der Versorgung von Heim-Bewohnern 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.

Viele Inhalte des damaligen Konzepts der KZV Bremen finden sich wieder in den gesetzlichen Neuregelungen nach § 87 Abs. 2i / 2j SGB V und § 22a SGB V.

8.1 Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V

Die Initiativen der Zahnärzteschaft unter Federführung 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.

³³ „Die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Land Bremen aus Sicht der Einrichtungen und der Zahnärzte – Ergebnisse zweier Befragungen“; Quelle: „Monitor Versorgungsforschung“ Ausgabe Nr. 05/13, S. 45-51

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.

Die KZV Bremen fördert die aufsuchende Betreuung von Versicherten u.a. dadurch, dass nicht nur die Zuschläge nach 171 a/b, sondern auch die im Rahmen der Besuche erbrachten Leistungen vollständig außerhalb der Begrenzungen durch den Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 6.) vergütet werden, obwohl diese „Begleitleistungen“ den Gesamtvergütungen unterliegen.

8.2 Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V

Zum 01.04.2014 wurden neue BEMA-Positionen für die vertragszahnärztliche Betreuung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen eingeführt:

- Für das Aufsuchen eines pflegebedürftig Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung wurde als Zuschlag die BEMA-Nr. 172a eingeführt.
- Für das Aufsuchen von weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben Einrichtung im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang wurde als Zuschlag die BEMA-Nr. 172b eingeführt.
- Des Weiteren wurde die BEMA-Nr. 172c für die Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustandes der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, das Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschl. Dokumentationen anhand eines Formblattes aufgenommen.
- Die BEMA-Nr. 172d wurde für die Unterstützung und ggf. praktischen Anleitung des Pflegepersonals zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit aufgenommen.

Die BEMA-Nrn. 172 c und d wurden mit Wirkung ab dem 01.07.2018 durch die neuen BEMA-Nrn. 174 a/b ersetzt (→ Kapitel 8.4).

Ebenfalls wurden die BEMA-Nrn.

154: Besuch eines pflegebedürftig Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung und

155: Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung

neu aufgenommen.

Während mit den Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V lediglich Zuschlagspositionen für die aufsuchende Betreuung geschaffen wurden, beinhalten die BEMA-Nrn. nach § 87 Abs. 2j SGB V erstmals auch konkrete vertragszahnärztliche Leistungen speziell für Heimbewohner.

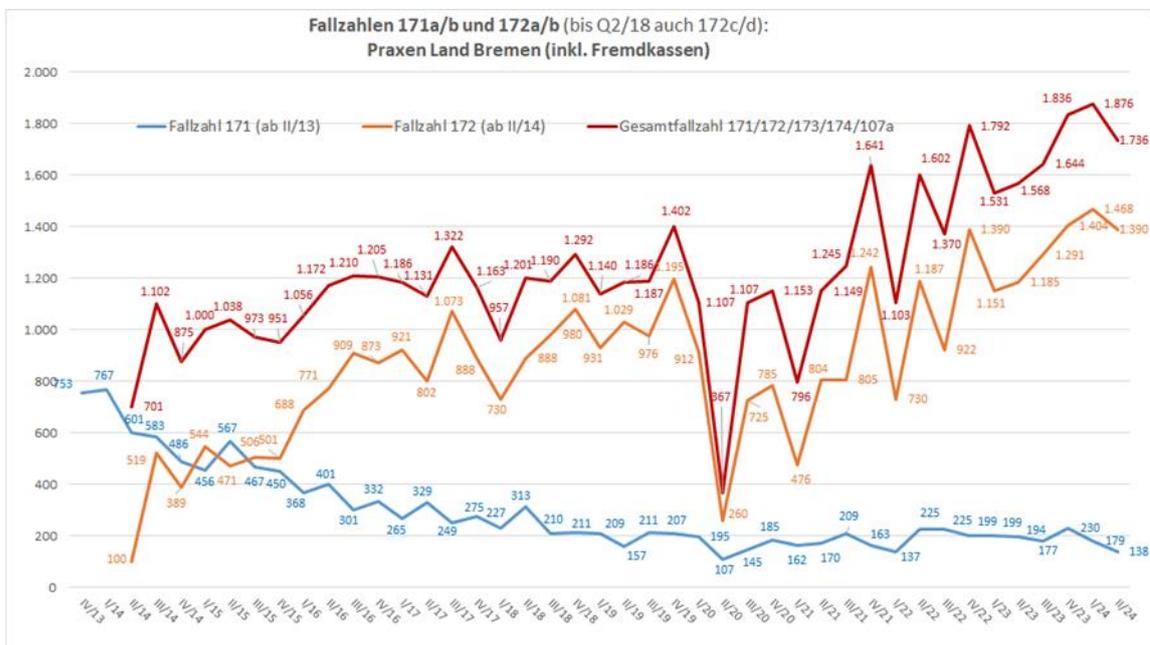
Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V zwischen Vertragszahnarzt und stationärer Pflegeeinrichtung. Die abgeschlossenen Verträge sind der zuständigen KZV vorzulegen.

Ebenso wie die Zuschläge nach 171 a/b vergütet die KZV Bremen auch die Leistungen nach 172 a-d (ab 01.07.2018; 172 a/b) einschließlich sämtlicher im Rahmen von Heimbesuchen erbrachter Leistungen außerhalb der Honorar-Begrenzungen durch den Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 6.).

8.3 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V

Mit Stand 30.09.2024 lagen der KZV Bremen 97 Kooperationsverträge nach §119b SGB V von 27 Praxen mit 95 stationären Pflegeeinrichtungen (davon 73 mit Einrichtungen im Lande Bremen und 22 Verträge mit niedersächsischen Einrichtungen) vor. Von den 90 Standorten der Pflegeeinrichtungen im Lande Bremen (bereinigt um Doppelnennungen aufgrund verschiedener Institutskennezeichen pro Standort) werden mehr als 3/4 nach § 119b SGB V kooperativ von Zahnärzten im Lande Bremen versorgt. Kooperationsverträge von Einrichtungen im Lande Bremen mit niedersächsischen Zahnärzten werden der KZV Bremen nicht angezeigt. Mit diesem „Versorgungsgrad“ der Pflegeeinrichtungen im Lande Bremen liegt die KZV Bremen nach aktuellem Kenntnisstand im Bundesvergleich an vorderer Stelle.

Mit Einführung der Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V zum 01.04.2014 wurden durch Verträge nach § 119b SGB V zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Kooperations-Zahnärzten zum Teil die Fälle mit Zuschlägen für die aufsuchende zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen nach § 87 Abs. 2i SGB V substituiert:



Insbesondere seit dem ersten Quartal 2016 geht mit der steigenden Zahl der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V auch ein Anstieg der Fallzahlen mit Leistungen in Verbindung mit den BEMA-Nrn. 171 a/b oder 172 a-d einher. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass von den Einrichtungen geschlossene Verträge zunächst gegenüber den Bewohnern dieser Einrichtungen kommuniziert werden mussten, bevor sie „mit Leben erfüllt“ wurden. Leider kam es im Nachgang auch zur Beendigung einzelner Kooperationsverträge. Rückfragen bei den entsprechenden Kooperations-Zahnärzten ergaben, dass den Vertrags-Beendigungen zumeist eine mangelnde Mitwirkungsbereitschaft der stationären Einrichtung zugrunde lag.

Der starke Abfall der Fallzahlen im Quartal II/2020 ist ausschließlich auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen. Die Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen gehören zu den Risikogruppen, die besonders vor dem Virus geschützt werden müssen. Daher waren die Pflegeeinrichtungen während der akuten Phase der Pandemie für Außenstehende unzugänglich. Selbst die regelhafte zahnmedizinische Behandlung war nur eingeschränkt möglich und musste auf ein Minimum reduziert werden.

Die darauf folgenden Quartale verdeutlichen, dass die Fallzahlen mit der Entwicklung der Corona-Inzidenzwerte und den entsprechenden Bestimmungen im Lande Bremen (z.B. Zutrittsbeschränkungen in Pflegeeinrichtungen) fallen und steigen.

Seit 2023 steigen die Fallzahlen entsprechend der Quartale stetig. Die Anzahl der Praxen sinkt, während die Anzahl der Behandler konstant bleibt.

Langfristig bleibt das Ziel der KZV Bremen, eine möglichst vollständige Abdeckung der 90 stationären Pflegeeinrichtungen im Lande Bremen mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu erreichen.

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

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

8.4 Leistungen nach § 22a SGB V

Zum 01.07.2018 wurden neue BEMA-Nrn. für die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten mit Pflegegrad oder Eingliederungshilfe eingeführt. Der Anspruch dieser Versicherten auf zusätzliche zahnärztliche Vorsorgemaßnahmen umfasst die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, einen Mundgesundheitsplan, Mundgesundheitsaufklärung sowie die zusätzliche Entfernung harter Zahnbeläge. Pflege- oder Unterstützungspersonen werden in die Aufklärung und die Erstellung des Pflegeplans einbezogen.

Folgende BEMA-Nrn. wurden modifiziert bzw. neu aufgenommen:

- Die Besuchspositionen 151 bis 155 erhielten eine leichte Differenzierung in der Bewertung und den Inhalten, um dem höheren Aufwand von Besuchen im privaten, häuslichen Umfeld gegenüber den Besuchen mehrerer Versicherter in Einrichtungen Rechnung zu tragen.
- Die Zuschläge zu den Besuchspositionen erhielten ebenfalls eine Differenzierung nach den Kriterien "Besuch in der derselben häuslichen Gemeinschaft" oder "Besuch in derselben Einrichtung"
- Bei der Besuchsposition nach 153 wurden die Begriffe "pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung" durch "Versicherte in einer Einrichtung" ersetzt. Damit wird verdeutlicht, dass diese Leistungen auch bei Versicherten abrechenbar sind, die in einer Einrichtung untergebracht sind, in der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund stehen.
- Die Leistungsnummern 172c (Mundgesundheitsstatus) und 172d (Anleitung des Pflegepersonals) wurden ersetzt durch die Nrn. 174a (Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan) und 174b (Mundgesundheitsaufklärung). Bislang waren die Leistungen nach den Nrn. 172c und 172d nur pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrages zugänglich. Die neuen Leistungen 174a und 174b

stehen jetzt allen Anspruchsberechtigten zu, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

- Die BEMA-Nr. 107 (Entfernen harter Zahnbeläge) wird ergänzt durch die Nr. 107a (Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten).

Ebenso wie die Zuschläge nach 171 a/b und die Leistungen nach 172 a/b vergütet die KZV Bremen auch die Leistungen nach 107a und 174 a/d (ab 01.07.2018) einschließlich sämtlicher sog. „Begleitleistungen“ außerhalb der Honorar-Begrenzungen durch den Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 6.).

Aus zahnärztlicher Sicht hat der Gesetzgeber mit der Einführung der Leistungen nach §§ 87 Abs. 2i und 2j sowie 22a SGB V erste Grundlagen geschaffen, mit denen mit vergleichsweise geringem finanziellen Aufwand der Krankenkassen eine ebenso notwendige wie sinnvolle Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Im Gegensatz zu den bereits bestehenden gesetzlichen Qualitätsanforderungen z.B. zur Hygiene, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung steht hier die zahnärztliche Betreuung im Vordergrund.

Nunmehr wurden der Zahnärzteschaft erste Instrumente in die Hand gegeben, mit denen die häufig geforderte Verbesserung der Qualität der Versorgung zumindest in einem Teilbereich wirksam praktisch umgesetzt werden kann.

An dieser Stelle ist nochmals zu betonen, dass die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen auf Initiative der Zahnärzteschaft in das SGB V aufgenommen wurden.

Angesichts der demografischen Entwicklung besteht jedoch noch weiterer – von der Zahnärzteschaft unvermindert eingeforderter – Handlungsbedarf des Gesetzgebers.

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

Mit der Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V mussten alle Vertragszahnärzte innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes – erstmals zum 30.06.2009 – 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, Fähigkeiten und Fertigkeiten 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“ (§ 95d Abs. 1 SGB V).

Gemäß § 95d 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“ (§ 95d 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 kurz darauf beendeten, so dass es für zwei Mitglieder nur für ein bzw. zwei Quartale zu Kürzungen 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 nacherfüllt bzw. ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit kurz nach dem Fristablauf beendet.

Zum Ende des 2. Fünf-Jahres-Zeitraumes am 30.06.2014 hatten 5 Mitglieder der KZV Bremen (= 1,1 %) ihre Fortbildungspflicht nicht bzw. nicht vollständig erfüllt. Zwei dieser Mitglieder beendeten kurz darauf ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit, die übrigen drei Mitglieder erfüllten ihre Fortbildungspflicht bis zum 30.09.2014 nach.

Ähnliches spiegelte sich zum Ablauf des 3. Fünf-Jahres-Zeitraumes wieder. Zum Stichtag 30.06.2019 hatten 7 Mitglieder der KZV Bremen (= 1,3 %) ihre Fortbildungspflicht nicht vollständig erfüllt. Vier Praxen erfüllten ihre Fortbildungspflicht bereits nach und zwei Praxisinhaber beendeten ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit kurz nach Fristablauf bzw. Ende 2020. Damit muss derzeit für ein Mitglied der KZV Bremen noch weiter eine Honorarkürzung vorgenommen werden, bis die Fortbildungspflicht nacherfüllt wird.

Zum Stichtag 30.06.2024, des 4. Fünf-Jahres-Zeitraumes, sind 2 Mitglieder der KZV Bremen (= 0,35 %) ihrer Fortbildungspflicht nicht bzw. nicht vollständig nachgekommen. Ein Mitglied erfüllte

seine Fortbildungspflicht zum 30.09.2024 und für ein Mitglied wird derzeit eine 10%ige Honorarkürzung vorgenommen.

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 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.

Zum Beispiel seien hier die Hygienebestimmungen / RKI-Richtlinien genannt, denen besonders seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie eine noch höhere Bedeutung zukommt. Weiterhin seien lediglich exemplarisch die Bereiche

- Patientenschutz,
- Arbeitsschutz,
- Strahlenschutz
- Datenschutz- und Datensicherheit

genannt.

Neben der medizinischen Versorgung und den gesetzlichen Pflichten gehört auch die Verantwortung, das Gesundheitssystem für alle verständlich und leicht zugänglich zu machen zum Berufsstand der Zahnärzteschaft. Als unterstützende Funktion zu der Beratungssituation in der Praxis bietet die zahnärztliche Patientenberatung der BZÄK und der KZBV eine Möglichkeit, Ratsuchende mit hohem Informationsbedarf besser gerecht zu werden. In dem Jahr 2023 haben sich rund 33.000 Patienten an die zahnärztliche Patientenberatungsstellen in Deutschland gewandt. Bei mehr als der Hälfte der Beratungsanliegen (56 %) handelt es sich um Kosten- bzw. Rechtsthemen. 26 % der Beratungen sind Anfragen zu Adressen und Verbraucherinformationen. In 12 % der Fälle wandten sich die Patientinnen und Patienten mit Anliegen zum Thema Bonusheft an die Beratungsstellen, wobei es sich im engeren Sinne nicht mehr um Beratungen handelt. Weitere 10 % der Beratungen drehen sich um Auskünfte zu Adressen von Zahnärzten und Gesundheitsdienstleistern.

Dies zeigt einerseits, wie hoch der Informationsbedarf in diesem komplexen Gesundheitssystem nach wie vor ist. Gleichzeitig unterstreichen diese Zahlen aber auch das fortwährende Vertrauen und die große Wertschätzung, die Ratsuchende der kostenfreien Beratung der Zahnärzteschaft entgegenbringen.³⁵

³⁵ Quelle: Zahnärztliche Patientenberatung – Jahresbericht 2022/2023