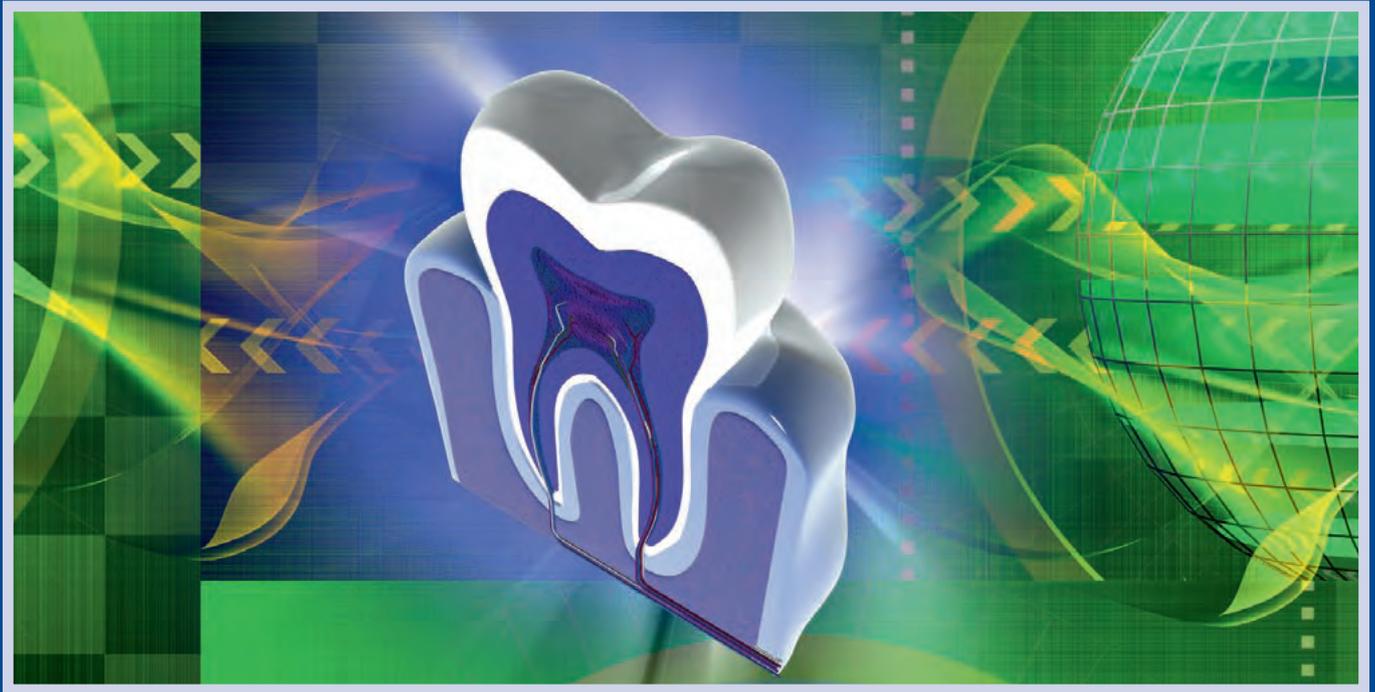


# IGZ

21. Jahrgang  
VKZ 17248

DIE ALTERNATIVE

1  
2016



## Qualität in der Zahnmedizin

### **Editorial:**

Qualitätssicherung ist keine Kochbuchmedizin. .... 3

**Prof. Dr. Franz Porzolt:** Limitationen und Perspektiven der Evidenz-basierten Medizin (EbM). .... 4

### **Prof. Dr. Christoph Benz:**

Agieren statt Reagieren - Die gemeinsame Agenda  
Qualitätsförderung von BZÄK und KZBV. .... 8

### **Dr. Jürgen Fedderwitz:**

Wunsch! Wahn? Wirklichkeit. .... 12

### **Dr. Christoph Kaiser:**

Der Arbeitskreis Zahnärztliche Therapie (AZT) ..... 16

### **Dr. Bernd Reiss:**

18 Jahre Ceramic Success Analysis ..... 19

### **Dr. Holger Weißig:**

Sinn oder Unsinn einer sektorübergreifenden  
Qualitätssicherung ..... 22

### **Christian Nobmann:**

Medizinische Leitlinien, ärztlicher Standard und Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ..... 25

### **Maria Michalk:**

Zahnmedizinische Versorgung - Fortschreibung einer  
Erfolgsgeschichte in die Zukunft ..... 28

### **Dr. Michael Sonntag:**

Qualitätssicherung beim zahnärztlichen Röntgen.  
Führt Erfolg zu mehr Aufwand? ..... 30

**Petra Corvin, Sven Tschoepe:** Das Berichts- und  
Lernsystem „CIRS dent - Jeder Zahn zählt!“ ..... 32

**Karl-Josef Laumann:** Aus Erfahrungen lernen:  
Der beste Weg, um Fehler zu vermeiden ..... 34

**Dr. Nele Kettler, Dr. Regine Chenot, PD. Dr. A. Rainer Jordan:** Qualitätsempfinden und Nutzen von Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Praxis. .... 35

### **Dr. Rolf Müller:**

Möglichkeiten der Forschung mit Kassendaten..... 38

**Prof. Dr. Roland Linder, Andreas Herforth:**  
Qualitätssicherung mit GKV-Abrechnungsdaten..... 40

**Oliver Damm, Prof. Dr. Wolfgang Greiner:**  
Health Technology Assessment (HTA) ..... 42

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände  
in Deutschland IGZ e.V.

# Muss ich mit 80 noch Milchzähne retten?

Antworten auf Ihre Fragen.  
Das apoPur-Gespräch.

Jetzt Termin vereinbaren unter  
[www.apobank.de/apopur](http://www.apobank.de/apopur)

Weil uns mehr verbindet.



Mike Knochenmuss,  
Mitglied der apoBank



Benn Roolf

# Qualitätssicherung ist keine Kochbuchmedizin.

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn in der gesundheitspolitischen Debatte über die Qualitätssicherung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen gesprochen wird, fällt beinahe reflexartig das Schlagwort von der „Evidenzbasierung“. Gemeint ist damit, dass Entscheidungen heute auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse getroffen werden sollen. Folgerichtig erwartet man von einer zeitgemäßen Gesundheitspolitik ebenfalls wissenschaftlich fundierte Maßnahmen. Man möchte Diagnostiken, Therapien, Behandlungspfade fördern, die sich evidenzbasiert als wirksam und möglichst auch als wirtschaftlich erwiesen haben. Die Wissenschaft soll diese „Gesundheitstechnologien“ finden und den praktischen Ärzten eine möglichst präzise Bedienungsanleitung für die Patientenbehandlung liefern. Damit die beste verfügbare Evidenz reibungslos kommuniziert werden kann, wird ein umfangreiches Regelwerk an Richtlinien, Normen, Vorschriften erschaffen. In diesem gut gemeinten Weltbild wird der evidenzbasierten Medizin (EbM) eine normative Funktion im Gesundheitswesen zugeschrieben. „Dem Arzt bliebe die Funktion, als technischer Handwerker die Vorgaben von Leitlinien am Patienten umzusetzen.“ schreibt Prof. Dr. Franz Porzsolt von der Universität Ulm in seinem Beitrag für unser Schwerpunktthema und resümiert: „Das ist nun das Gegenteil dessen, was uns die Erfahrung mit der EbM in den letzten Jahrzehnten gelehrt hat.“

Schon David Sackett, Pionier der EbM, hatte die Gefahren einer Missdeutung des Konzeptes gesehen und fühlte sich Ende der 90er Jahre genötigt, deutlich zu machen, was EbM sei und was nicht: EbM verbinde externe Evidenz mit der klinischen Expertise und den Patientenpräferenzen. Das geschehe „Bottom-up“, weil gerade die ärztliche Expertise darüber entscheide, „ob die externe Evidenz überhaupt auf den einzelnen Patienten anwendbar ist.“ Das Konzept sei „nicht mit dem sklavischen Befolgen eines ‚Kochrezeptes‘ zur Patientenbehandlung vereinbar.“ „EbM ist keine Kochbuchmedizin.“, so Sackett.<sup>1</sup>

Trotz der Warnungen des EbM-Pioniers hat sich in der öffentlichen Debatte die skizzierte mechanische

Vorstellung von zeitgemäßer Gesundheitspolitik festgesetzt. Die Gleichung „Wissenschaftliche Evidenz plus rechtliches Regelwerk zur Anwendung derselben am Patienten = optimale Gesundheitsversorgung“ vergisst den Kliniker, der aber in der Versorgungsrealität nach wie vor das wichtigste Element ist. Im Subtext dieser Gleichung wird den Einwänden der Kliniker vorgehalten, sie klammerten sich an tradierte Rollenbilder und sträubten sich gegen den Fortschritt. Ein fatales Missverständnis.

Eine wirklich moderne Gesundheitspolitik sollte den Kliniker stärken, anstatt ihn einzuengen in ein immer umfangreicher werdendes Regelwerk von Vorschriften. „Die Notwendigkeit zu kritischem Denken, selbstverantwortlichem Abwägen von Handlungsmöglichkeiten - auch angesichts des immer individuell bleibenden Patientenfalles - hat mit der EbM nicht abgenommen, sondern ist im Gegenteil noch ausgeweitet geworden. Hatte der Arzt im Zeitalter der erfahrungsbasierten Heilkunst ‚nur‘ seine eigene interne Evidenz stetig zu überprüfen, strömt heute dank internetbasierter Datenbanken ein ganzes Universum an Information auf ihn ein, das wahrgenommen, kritisch gewürdigt und in den klinischen Alltag übernommen werden will.“ stellt Prof. Dr. Franz Porzsolt in seinem Beitrag fest.

Aus diesem Grund betont die Zahnärzteschaft immer wieder, dass in der freiberuflichen Ausübung ihrer Tätigkeit, in der fachlichen Weisungsunabhängigkeit und professionellen Autonomie der Schlüssel für die bestmögliche Patientenversorgung liegt. Die aktuelle Tendenz, Qualität und Qualitätssicherung „Top-down“ zu definieren und zu verordnen, steht dem diametral entgegen. Hinzu kommt, dass die Qualitätsdebatte nicht selten zum Spielball der Politik wird. Populistische Wahlkampfparolen oder der Versuch, Qualitätssicherung als Kostendämpfungsinstrument zu missbrauchen, haben nichts mit einer besseren zahnmedizinischen Versorgung zu tun. Kein Zahn wird dadurch länger erhalten, kein Zahnersatz ästhetischer und langlebiger, keine Parodontitis besser behandelt und kein Mundhöhlenkrebs früher erkannt. Und das ist es doch, was die Patienten wollen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.  
Benn Roolf



Benn Roolf  
Chefredakteur

<sup>1</sup> Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: „Was ist Evidenzbasierte Medizin und was nicht?“ *Munch Med Wochenschr* 1997;139(44):644-5.

Franz Porzsolt

# Limitationen und Perspektiven der Evidenz-basierten Medizin (EbM)



**Prof. Dr. med. Franz Porzsolt**  
Leiter des Bereiches Klinische Ökonomik am Zentrum Medizin und Gesellschaft der Universität Ulm

Eine kontinuierliche Diskussion unserer eigenen Lehr- und Glaubenssätze sollte selbstverständlich sein, weil niemand davon ausgehen kann, dass sich das, was wir wissen und glauben nicht weiterentwickelt. David Sackett hat zusammen mit seinem Team im Jahr 1997 das heute noch gültige Wissen in seinem Lehrbuch Evidence-based Medicine zusammengetragen (1). Jetzt, 20 Jahre später, ist es an der Zeit, über neue Erkenntnisse nachzudenken, die möglicherweise eine Aktualisierung unserer Sichtweisen erfordern.

## **EbM - Unsere „wissenschaftliche Evidenz“ enthält mehr Information, als wir vermuten**

Mit dieser kurzen Darstellung können wir kein umfassendes Bild neuer Informationen im Bereich der EbM beschreiben aber wenigstens anhand einiger Beispiele die Notwendigkeit einer kritischen Diskussion begründen.

### **Informationsabhängige Effekte**

In den Nachrichten der letzten Monate ist „Sicherheit“ eines der häufigsten Themen. Wir haben uns dieses Themas in der Medizin angenommen, weil es auch hier eine tragende Rolle spielt. Mehr noch ist „Sicherheit“ zum einen äußerst empfindlich gegenüber Informationseffekten und zudem die bedeutendste Stellschraube für unsere Entscheidungen. Unser Konzept zur Bedeutung der „Sicherheit“ (Abb. 1) lässt sich in wenigen Worten zusammenfassen. Ausgehend von einem Gesundheitsrisiko werden für dieses mit Vertrauten Lösungen diskutiert. Die-

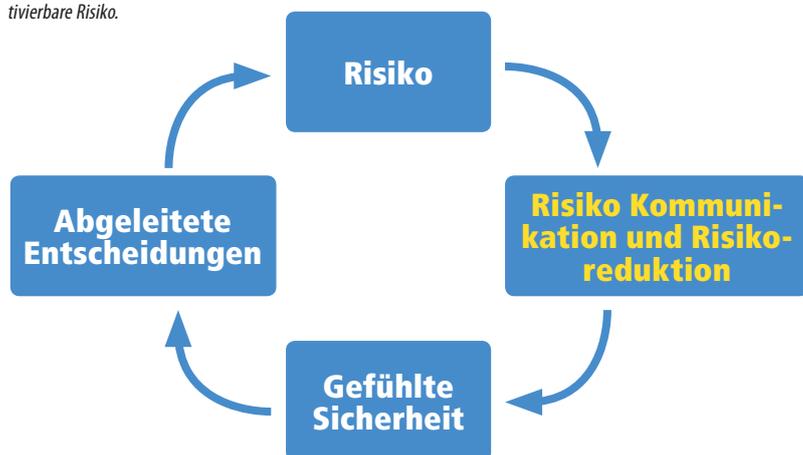
se Lösungen werden als mögliche Reduktionen des Problems, sprich als „Sicherheit“ wahrgenommen. Demnach unterscheiden wir zwischen einem objektivierbaren Risiko, das als Produkt der Schadenshöhe und der Eintrittswahrscheinlichkeit des Schadens definiert werden kann und der nur schwer definierbaren Sicherheit, die aber von jedem von uns wahrgenommen wird. Deshalb sprechen wir auch von „gefühlter Sicherheit“ und bezeichnen damit die subjektive Wahrnehmung eines objektivierbaren Risikos.

Die in Abb. 1 dargestellte Sicherheitschleife zeigt, dass die „gefühlte Sicherheit“, nicht das objektivierbare Risiko, als Basis für unsere Entscheidungen verwendet wird. Da die „gefühlte Sicherheit“ im Gegensatz zum Risiko durch Informationen leicht beeinflusst werden kann, lässt sich das hohe Risiko der „gefühlten Sicherheit“ erahnen. Zudem ergibt sich der unangenehme Zusammenhang, dass die von der „gefühlten Sicherheit“ abgeleiteten Konsequenzen das tatsächliche Risiko wiederum beeinflussen (2).

Wie notwendig eine extrem sorgfältige Prüfung der Validität wissenschaftlicher Daten ist, bevor sie zur Begründung von Handlungsempfehlungen im Gesundheitssystem verwendet werden können, lässt sich an verschiedenen Beispielen zeigen. Obwohl beispielsweise Placebo-Effekte auch den Laien nicht unbekannt sind, werden die Konsequenzen dieser Effekte, die selbstverständlich auch bei der Durchführung von Studien auftreten können, von den Experten nicht hinreichend beachtet. Einmal akzeptierte Informationen (z.B. die Ergebnisse klinischer Studien) werden nicht selten ungeprüft über Dekaden hinweg in Form unzutreffender Annahmen als gesichertes Wissen übernommen und beeinflussen die Handlungsempfehlungen im Gesundheitswesen.

So enthalten die initialen Studien zum Nachweis der Wirksamkeit einer auch heute noch angewandten Standardtherapie bei gastrointestinalen Tumoren (5-Fluoro-Uracil), die in einer Meta-Analyse zusammengefasst wurden (3) nach unseren aktuellen Untersuchungen gravierende Mängel. In der Konsequenz bedeutet das, dass die Wirksamkeit dieser Standardtherapie nicht als belegt gelten kann. Die zu unkritische Prüfung dieser wissenschaftlichen Studien hatte erhebliche Konsequenzen - sie führte dazu, dass die mit gravierenden Mängeln behafteten Studienergeb-

Abb. 1: Sicherheits-Schleife. Zusammenhang zwischen „Realem Risiko“, Risikokommunikation und Risikoreduktion, „Gefühlter Sicherheit“, davon abgeleiteten Entscheidungen und deren Effekt auf das objektivierbare Risiko.



## Eine kontinuierliche Diskussion unserer eigenen Lehr- und Glaubenssätze sollte selbstverständlich sein, weil niemand davon ausgehen kann, dass sich das, was wir wissen und glauben nicht weiterentwickelt. Heute ist es an der Zeit, über eine Aktualisierung unserer Sichtweise der EbM nachzudenken.

nisse zur Begründung von Handlungsempfehlungen und Leitlinien verwendet werden.

Ein weiteres Beispiel ist die MAGIC Studie, mit deren Ergebnissen international die postoperative Chemotherapie des Magenkarzinoms begründet wird. Eine sorgfältige Analyse dieser Studie zeigte erhebliche Mängel in sechs Bereichen (4). Konsequenz: Die Empfehlung zur postoperativen Chemotherapie lässt sich mit den Studienergebnissen der MAGIC Studie nicht mehr rechtfertigen. Unsere Kritik wurde in einer persönlichen Mitteilung von einem Mitglied der internationalen Studiengruppe bestätigt.

Mit diesen Beispielen wollen wir nicht willkürlich eine zufällig ausgewählte Gruppe treffen, aber auf die Tatsache hinweisen, dass Medizinforschung und Gesundheitsversorgung keine dem normalen Leben entrückten Paradiese reinster Wissenschaftlichkeit sind, sondern ebenso wie andere Bereiche der Gesellschaft intellektuelle Höhen und Tiefen kennen und diversen Eigen- und Fremdinteressen folgen.

### Effekte der Präferenzen auf die Ergebnisse randomisierter Studien

In unseren Köpfen ist verankert, dass verlässliche wissenschaftliche Daten nur in Randomized Controlled Trials (RCTs) gewonnen werden können. Dieses einfache Dogma lässt sich leicht in Frage stellen, wenn man bedenkt, dass die Mehrzahl der Ärzte und Patienten nicht unvoreingenommen ist: Wenn es sich um den Vergleich einer neuen Therapie „N“ gegenüber keiner „K“ oder einer traditionellen Therapie „T“ handelt, zeigt die Erfahrung, dass ein erheblicher Teil der Ärzte und Patienten nicht bereit ist, an einem RCT teilzunehmen, in dem sie selbst nicht mitentscheiden können, welche Therapie angewandt wird. Die überwiegende Mehrzahl der Ärzte und Patienten hat eine stark ausgeprägte Präferenz für die neue Therapie „N“, weil mit Recht angenommen wird, dass die neue Therapie den Alternativen „K“ oder „T“ überlegen sein könnte. Diese „Inaussichtstellung“ einer überlegenen Therapie reicht in vielen Fällen bereits aus, um die Präferenzen vieler Ärzte und Patienten zu beeinflussen.

Verschiedene Arbeiten haben gezeigt, dass Patienten, die ihre bevorzugte Therapie erhalten, bessere Ergebnisse zeigen als Patienten, die eine nicht bevorzugte Therapie akzeptieren müssen (5). Selbst wenn in nahezu allen RCTs nur Patienten eingeschlossen wer-

den, die keine stark ausgeprägte Präferenz für eine der Therapien haben, wird sich das Problem nicht gänzlich eliminieren lassen, denn Ärzte und Patienten ohne jegliche Präferenz gibt es kaum.

Einem ähnlichen „Präferenz-Problem“ begegnet man in vielen Studien zur Früherkennung. Nahezu alle diese Studien zum Brust-, Darm-, Prostata- und Schwarzen Hautkrebs haben bestätigt, dass die Durchführung einer Früherkennungsmethode (Screening) zu besseren Ergebnissen führt als der Verzicht auf das Screening. Ein publiziertes Beispiel zur flexiblen Darmspiegelung ist in Tabelle 1 verkürzt dargestellt. Aus der Tabelle ist zu erkennen, dass die Teilnehmer, die eine Einladung zur Darmspiegelung angenommen haben, nicht nur seltener an Darmkrebs, sondern auch seltener an anderen Krebserkrankungen versterben. Diese Zahlen legen den generellen Verdacht nahe, dass die Teilnehmer an Früherkennungsprogrammen generell gesünder sind als die Nicht-Teilnehmer. Eine ausführliche Diskussion dieser Effekte ist an anderer Stelle beschrieben (6, 7).

### Limitationen der Meta-Analyse

Meta-Analysen gelten wie RCTs als höchster Grad wissenschaftlicher Evidenz. Wir haben in zahlreichen Dissertationsprojekten und in internationalen Studien (8, 9) die Validität von RCTs geprüft, welche das Ergebnis von Meta-Analysen am stärksten unterstützen. Dabei fanden wir erstaunlicherweise heraus, dass gerade diese Studien häufig erhebliche Mängel aufweisen.

Ein weiteres Problem betrifft die thematische Auswahl der Studien, die in eine Meta-Analyse eingeschlossen werden. Systematische Analysen von 27 konsekutiven Meta-Analysen der Cochrane Database zeigten, dass

### Literatur:

1. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. First Edition, 1997, Churchill Livingstone, New York
2. Porzolt F. Evidence-based Risk Management: Safety Means "Perception of Risk". 4th World Congress of Clinical Safety, Vienna, Austria, 2015
3. Diaz-Nieto R, Orti-Rodríguez R, Winslet M. Post-surgical chemotherapy versus surgery alone for resectable gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 2;9:CD008415. doi: 10.1002/14651858.CD008415.pub2.
4. Bauer K, Porzolt F, Henne-Bruns D. Validity of the MAGIC study: Sufficient for Recommendations? *Hepato-gastroenterology* 2013;60: 1822-1824
5. Porzolt F, Rocha NG, Toledo-Arruda AC, Thomaz TG, Moraes C, Bessa-Guerra TR, Leão M, Migowski A, Araujo de Silva AR, Weiss C. Efficacy and Effectiveness Trials Have Different Goals, Use Different Tools, and Generate Different Messages. *Pragmatic and Observational Research* 2015;6:47-54. DOI <http://dx.doi.org/10.2147/POR.589946>

Tabelle 1: Beispiel zum Health Screenee Bias. Effekte der Flexiblen Sigmoidoskopie

### Sterblichkeitsrate per 100.000 Personen-Jahre

	Kontrollgruppe Total (N=112.939)	Interventionsgruppe		
		Total (N=57.099)	Keine Früherkennung (N=16.478)	Früherkennung (N=40.621)
Alle	1124	1093	1566	909
Darmkrebs	44	30	45	25
Andere Krebsarten	1080	1062	1521	884

Atkin WS et al: *Lancet* 2010; 375: 1624-33. Flexible sigmoidoscopy is a safe and practical test and, when offered only once between ages 55 and 64 years, confers a substantial and longlasting benefit.

6. Wöckel A, Janni W, Porzolt F, Schmutzler R. Benefits and risks of breast cancer screening. *Oncol Res Treat.* 2014;37 Suppl 3:21-28. doi: 10.1159/000363595. Epub 2014 Aug 29.

7. Porzolt F. Präventionsgesetz: Vor allem Glaube und Hoffnung, zu wenig Liebe. *Welt der Krankenversicherung* 2015;5:121-122

8. Rosati P, Ciampalini P, Grossi A, Giovannelli L, Giustini F, Inglese R, Fiscarelli E, Castellano C, Mazziotta MRM, Gentile S, Giampaolo R, Porzolt F. An alternate evaluation of evidence: results from a CASP workshop. In Sharek PJ, Bergman D, Ducharme FM. *Beclomethasone for asthma in children: effects on linear growth.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD001282. DOI: 10.1002/14651858.CD001282. Issue 9, 2011, pag 21-22.

9. Rosati P, Porzolt F. A practical educational tool for teaching child-care hospital professionals attending evidence-based practice courses for continuing medical education to appraise internal validity in systematic reviews. *J Eval Clin Pract.* 2013; 4:648-652. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01889.x. Epub 2012 Jul 29.

10. Smith R. *The trouble with Medical Journals.* 2006 Royal Society of Medicine Ltd., London. ISBN 1 - 85315 - 673 - 6

in einer einzelnen Meta-Analyse bis zu 205 Variablen zusammengefasst wurden. Da nur ein Teil dieser Variablen positive Ergebnisse zeigt, die aber nicht auf Hypothesen, sondern auf Beobachtungen beruhen, die von der Art der eingeschlossenen Studien abhängen, sollte die wissenschaftliche Bedeutung, die wir den Meta-Analysen zuerkennen, nicht nur von deren Befürwortern diskutiert werden.

### Healthy Screener Bias und Endpunkte in Screening Programmen

Leider wird bisher in kaum einem Präventionsprogramm der Healthy Screener Bias ausgeschlossen (7). Dieser systematische Fehler besagt, dass Personen, die sich gesund fühlen, immer häufiger an Präventionsprogrammen teilnehmen als jene, die sich krank fühlen. Wenn anschließend die Teilnehmer mit den Nicht-Teilnehmern verglichen werden, ist nicht verwunderlich, dass sich bei den Teilnehmern an einem dieser Programme immer gesundheitliche Vorteile nachweisen lassen.

Dieser systematische Fehler könnte vermieden werden, wenn zwei Effekte beachtet würden: Zum einen sind valide Endpunkte zu wählen. Der in den meisten Präventionsprogrammen verwendete Endpunkt „krankheitsspezifische Mortalität“ ist ausgesprochen fehleranfällig, weil nur bei einem sehr geringen Teil der Teilnehmer tatsächlich konkrete Hinweise vorliegen, dass der eingetretene Todesfall auf eine vor vielen Jahren frühentdeckte Erkrankung zurückzuführen ist. Sinnvoller ist, an Stelle der „krankheitsspezifischen Mortalität“ in den Gruppen mit bzw. ohne Früherkennung die Anzahl der Fälle zu zählen, die an einer fortgeschrittenen (und einfach nachweisbaren) Form einer Erkrankung leiden. Als zweiter Effekt sollten nicht nur die aufgetretenen Spätstadien gezählt werden, zu deren Verringerung ein Screening durchgeführt wurde (z.B. Brustkrebs), sondern auch Spätstadien einer Erkrankung, für die kein Screening durchgeführt wurde (z.B. Darmkrebs). Nur wenn die Screening-Teilnehmer seltener als die Nicht-Teilnehmer an den Spätstadien der Erkrankung mit Screening (hier Brustkrebs) erkranken, nicht aber auch seltener an den Erkrankungen ohne Screening (hier Darmkrebs), lässt sich der spezifische Effekt des Screenings nachweisen (7). Leider lassen unsere derzeitigen Datenschutzbestimmungen die Erfassung dieser sinnvollen Daten nicht zu.

### Variation internationaler Leitlinien

Ebenso sollten die erheblichen Unterschiede, die wir beim Vergleich internationaler Leitlinien aus acht Ländern zur Behandlung von Speiseröhren-, Magen-, Pankreas- und Darmkrebs beobachtet haben, Anlass zur Diskussion geben. Die Empfehlungen zu den Absetzungsrandern beim Magenkarzinom variierten zwischen 3cm und 10cm und enthalten nicht erklärbare Unterschiede beim Thema Chemotherapie. Identische Studien wurden in einem Land zur Unterstützung ei-

ner Maßnahme und in einem anderen Land zur Ablehnung derselben Maßnahme verwendet. In keiner der Leitlinien wurden Ergebnisse berichtet, so dass Vergleiche der Effizienz nicht möglich sind.

Die praktisch tätigen Kollegen, welche die Patienten versorgen, die Gutachter, die vor Gericht juristische Entscheidungen unterstützen und die Patienten, um deren Gesundheit es geht, müssen den Empfehlungen der Wissenschaftler vertrauen können. Unsere einleitenden Bemerkungen besagen, dass diese Vertrauensbasis verloren gegangen ist und mit der Publikation in einer international renommierten Zeitschrift keine Garantie für die Validität der Aussagen übernommen werden kann. Der frühere Herausgeber des *British Medical Journal* hat dieses Problem ausführlich beschrieben (5).

### EbM - Was kommt danach?

Die Erkenntnis, dass idealtypische Studien systematische Fehler (Bias) enthalten und deren Ergebnisse deshalb als Entscheidungsgrundlage unzureichend sind, stellt neue Herausforderungen an die Wissenschaft. Wir benötigen neue Verfahren, mit welchen geprüft werden kann, ob die Vorteile neuer Methoden, die unter Idealbedingungen nachgewiesen wurden, auch unter Alltagsbedingungen noch anwendbar sind, wenn verschiedenste Faktoren (Begleiterkrankungen, Begleittherapien, Lifestyle) wirksam werden.

Diese als Pragmatic Controlled Trials (PCT) bezeichneten Studien sollten unter verschiedenen Alltagsbedingungen zum Nachweis der Wirksamkeit (effectiveness) durchgeführt werden, sobald die prinzipielle Wirkung (efficacy) eines neuen Verfahrens in wenigen RCTs nachgewiesen ist. Die nicht erwarteten Probleme, die in idealtypischen Studien (RCTs) aufgetreten waren, unterstreichen die Annahme dass efficacy ≠ effectiveness ist. Deshalb scheint es unumgänglich, RCTs und PCTs jeweils mit unterschiedlichen Zielen, aber letztlich zum Nachweis des Nutzens anzuwenden. Die 13 Punkte, in welchen sich RCTs und PCTs unterscheiden, sind gesondert dargestellt (5). Dieser Nachweis des Patientennutzens unter Alltagsbedingungen muss geführt werden, um das verlorengegangene Vertrauen in die EbM wieder herzustellen.

### Die Konsequenzen für die Gesundheitspolitik

Der Begriff der Evidenzbasierung – verbunden mit der Durchführung von RCTs – wird gelegentlich als kryptonormative Forderung benutzt. Kryptonormativ bedeutet, dass eine Forderung erhoben wird, deren rationale Begründung fehlt. Wer EbM professionell anwendet, weiß, dass sie ein Werkzeug zur rationalen Begründung ärztlicher Entscheidungen ist, aber selbst keine normative Kraft besitzt.

In der Gesundheitspolitik gibt es die Neigung, der EbM eine kryptonormative Funktion zuzuschreiben. Im Hintergrund solcher Überlegungen steht möglicherweise die Hoffnung, eines Tages zu einer „evidenzbasierten“ Leitlinienmedizin zu kommen, in der

## In der Gesundheitspolitik gibt es die Neigung, der EbM eine kryptonormative Funktion zuzuschreiben. [...] Dem Arzt bliebe die Funktion, als technischer Handwerker die Vorgaben von Leitlinien am Patienten umzusetzen. Das ist nun das Gegenteil dessen, was uns die Erfahrung mit der EbM in den letzten Jahrzehnten gelehrt hat.

Krankheiten standardisiert behandelt werden. Dem Arzt bliebe die Funktion, als technischer Handwerker die Vorgaben der Leitlinien am Patienten umzusetzen. Das ist nun das Gegenteil dessen, was uns die Erfahrung mit der EbM in den letzten Jahrzehnten gelehrt hat. Die Notwendigkeit zu kritischem Denken, selbstverantwortlichem Abwägen von Handlungsmöglichkeiten - auch angesichts des immer individuell bleibenden Patientenfalles - hat mit der EbM nicht abgenommen, sondern ist im Gegenteil noch ausgeweitet geworden. Hatte der Arzt im Zeitalter der erfahrungsbasierten Heilkunst „nur“ seine eigene interne Evidenz stetig zu überprüfen, strömt heute dank internetbasierter Datenbanken ein ganzes Universum an Information auf ihn ein, das wahrgenommen, kritisch gewürdigt und in den klinischen Alltag übernommen werden will. Das muss sich vor allem in der ärztlichen Ausbildung widerspiegeln - es darf nicht mehr nur um das Erlernen von Fakten gehen, es muss auch das kritische Denken und das ethisch verantwortbare Abwägen verschiedener Handlungsmöglichkeiten eingeübt werden.

Die EbM besteht aus den Komponenten der externen wissenschaftlichen Evidenz, der internen Evidenz des Arztes und den Wertvorstellungen des Patienten. Wir haben daraus die neue Disziplin „Klinische Ökonomik“ entwickelt - in 25 Jahren sind etwa 300 Publikationen dazu erschienen. Zu deren grundlegenden Auffassungen gehört, dass das RCT als zentrale Methode nicht ausreicht, um neben der wissenschaftlichen Evidenz auch die interne Evidenz und die Wertvorstellungen der Patienten abzubilden. RCTs müssen durch PCTs (5) ergänzt werden, welche die Ergebnisse unter Alltagsbedingungen valide und vergleichbar abbilden. *Unsere primäre ärztliche Aufgabe besteht in der Lösung der Probleme unserer Patienten; sekundär haben wir die Probleme unserer Gesundheitssysteme zu lösen.* Nicht jeder Patient wird denselben Lösungsansatz bevorzugen und die Gesellschaft kann nicht jeden aller möglichen Lösungsansätze finanzieren. Die eingangs erwähnte „gefühlte Sicherheit“, die nicht identisch ist mit den „realen Risiken“, zeigt beispielhaft, wie Wahl- und Grundleistungen eines Gesundheitssystems unterschieden werden könnten.

### **EbM und Zahnheilkunde**

Als „gelernter Internist und Hämato-Onkologe“ kann ich anhand meines Fachs die Versorgungsmängel

aufzeigen, die entstehen, wenn nur einzelne Aspekte, aber nicht alle Komponenten der EbM in meinem Fach umgesetzt werden. Die beschriebenen Limitationen der EbM und die Notwendigkeit eines kritisch-produktiven, am Patientennutzen orientierten Umgangs damit dürften sich jedoch auch in der Zahnheilkunde aufzeigen lassen. Wenn die Konsequenzen für die Zahnheilkunde beschrieben werden sollen, sollte das ein Zahnmediziner tun, der die Wertigkeit unterschiedlicher Aspekte seines Fachs abwägen kann. Fachfremde Experten mögen als Kritiker neuer Konzepte ideal sein; um die Validität neuer fachspezifischer Versorgungskonzepte zu bestätigen. Wenn fachfremde Experten Versorgungskonzepte gestalten sollen, wird deren Expertise dazu wahrscheinlich nicht ausreichen.

### **Zusammenfassung**

Die Daten zur mangelhaften Validität randomisierter Studien, die Hinweise auf unvermeidbare Interessenkonflikte bei der Durchführung randomisierter Studien, die verborgenen systematischen Fehler in randomisierten Studien und Meta-Analysen, die unkritischen und leicht falsifizierbaren Annahmen in Studien zur Früherkennung und Vermeidung von Spätfolgen sowie die unerklärlichen und intransparenten Unterschiede in internationalen Leitlinien sollten hinreichend Anlass sein, um über die Grenzen der bisherigen Praxis und über neue Methoden der EbM zu diskutieren.

Die Kluft zwischen Ideal- und Alltagsbedingungen (efficacy – effectiveness – gap) ist längst bekannt und sollte viel stärker als bisher in den Fokus wissenschaftlicher Forschung gestellt werden. Ein wichtiges Instrument dafür sind die Pragmatic Controlled Trials (PCTs), welche die Wirksamkeit von Therapien unter Alltagsbedingungen darstellen können.

Das Vorantreiben der Forschung liegt nicht zuletzt im genuinen Interesse der Gesundheitspolitik, die angesichts der absehbaren finanziellen Belastungen durch die demografische Entwicklung wissen sollte, welche Therapien im klinischen Alltag welchen Nutzen für den Patienten stiften. Jede ökonomische Analyse des medizinischen Geschehens muss seriöserweise erst einmal den Nutzen möglichst fair ermitteln, ehe dieser den Kosten gegenübergestellt werden kann. Die Zeit ist reif, um die Effizienz der Gesundheitsleistungen und damit deren Nutzen für die Patienten zu steigern.

*Bestätigung unserer Kritik an der MAGIC-Studie durch einen beteiligten Autor:*

*Febr. 13, 2015*

*Dear Dr Porzso*

*I came across your 2013 article on the MAGIC trial quite by accident today. I just wanted to congratulate you on having the courage to point out the poor quality of the Emperor's clothes in public. I expect by now you have been adequately punished for it, but I entirely agree with you. I was a participant in the trial, and raised concerns at several meetings, but was always silenced by the ultra-aggressive responses of the study by the chief investigator, and his strong support by an established group of surgeons and MRC functionaries. As you must be aware, he has always refused to release detailed subgroup analyses which might allow us to pursue some important hypotheses, particularly whether the post-operative chemotherapy which nearly half the patients could not tolerate added anything. The addition of lower oesophageal cancer patients and patients from South American centres about which we knew nothing to boost recruitment also concerned me greatly. The success of MAGIC in becoming an international standard of care has, in my view, much more to do with the successful use of aggression, showmanship and political influence than it does with science.*

*Best Wishes to you*

Christoph Benz

# Agieren statt Reagieren

## Die gemeinsame Agenda Qualitätsförderung von BZÄK und KZBV



**Prof. Dr. Christoph Benz**  
Vizepräsident der Bundeszahn-  
ärztekammer

Qualität ist der Megatrend der letzten Jahre in der Gesundheitspolitik. Die Einrichtung eines eigenen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz (IQ-TIG) beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) darf als jüngster Ausdruck dafür gelten, welch hoher Stellenwert der „Qualität“ mittlerweile im Gesundheitsbereich beigemessen wird. Da bildet auch der zahnärztliche Sektor keine Ausnahme.

Denn Gesundheit und Sicherheit der Patienten stehen im Mittelpunkt zahnärztlichen Handelns: Die Qualität ihrer erbrachten Leistungen ist für die knapp 70.000 aktiven Zahnärzte in Deutschland ein zentrales Anliegen. Ihr Ziel ist es, gemeinsam mit jeder Patientin sowie jedem Patienten das individuell bestmögliche Versorgungsergebnis zu erreichen und die Mundgesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Um die hohe Qualität in der Zahnmedizin zu fördern, hat die Zahnärzteschaft umfangreiche Initiativen, Leitlinien und Standards etabliert. Wissenschaftliche Institutionen und Gremien unterstützen dabei, Diagnostik und Therapie in der täglichen Praxis ständig zu optimieren. Mehr als 90 Millionen Behandlungen führen Zahnärzte in Deutschland allein bei gesetzlich versicherten Patienten jährlich durch – sie sind damit die mit am häufigsten aufgesuchten Ärzte. Um die Qualität dieser Leistungen immer weiter zu verbessern, ist der Schulterschluss untereinander unverzichtbar. In über 500 Qualitätszirkeln tauschen sich zum Beispiel 6.000 Zahnärzte bundesweit regelmäßig über ihre Arbeit aus. Die Gesprächsrunden werden von einem Moderator geleitet und dienen dazu, die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und weiterzuentwickeln.

Das Ergebnis dieser vor allem präventionsorientierten Arbeit kann sich sehen lassen: Deutschland belegt in der zahnmedizinischen Versorgung einen Spitzenplatz weltweit: So haben 12-jährige Kinder in Deutschland hierzulande im Durchschnitt nur 0,7 kariöse, gefüllte oder fehlende Zähne. Und auch bei Erwachsenen und Senioren ist eine deutliche Verbesserung des Versorgungsniveaus und ein zunehmender Zahnerhalt zu verzeichnen.

### Historie

Die Erkenntnis, dass sich durch Qualitätsförderung die zahnmedizinische Versorgung und in der Folge auch die Mundgesundheit der Bevölkerung verbessern lässt, hat sich in der Zahnärzteschaft schon länger durchgesetzt. BZÄK und KZBV haben bereits 1988 das erste Grundsatzpapier zur Qualitätsförderung vorgelegt. Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Leitlinien sind zu festen Bestandteilen in den Abläufen der zahnärztlichen Praxis geworden. Auf den einzelnen Patienten übertragen bedeutet Qualitätsförderung nämlich eine gesteigerte Lebensqualität durch den Erhalt der natürlichen Zähne bis ins hohe Alter.

Dazu hat die zahnärztliche Selbstverwaltung ein inzwischen bewährtes System der Qualitätskontrolle aufgebaut, das die Aktivitäten dokumentiert, konzipiert und fördert, die die Qualität zahnärztlichen Handelns erhalten und ausbauen sollen. Wie unser zahnmedizinisches Qualitätssystem funktioniert und welche Ziele wir damit erreichen wollen, wird in der gemeinsamen „Agenda Qualitätsförderung“ von BZÄK und KZBV dargelegt.

### Besonderheiten der Zahnmedizin beachten

Bei allen - aus Sicht der politisch Verantwortlichen - verständlichen Wünschen nach einer möglichst sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist es wichtig, auf die Besonderheiten der Zahnmedizin einzugehen. Diese Besonderheiten sind dadurch gekennzeichnet, dass für eine Befundsituation in der zahnmedizinischen Versorgung oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen vorliegen. Es gibt also nicht die eine objektiv richtige Therapie, sondern in jedem Einzelfall verständigen sich Patient und Zahnarzt im Dialog über die individuell zahnmedizinisch geeignete und vom Patienten bevorzugte Therapie. Daher ist auch die Qualität einer zahnmedizinischen Versorgung immer auf das erreichbare individuelle Optimum für den jeweiligen Patienten bezogen. In der Zahnmedizin gibt es also keine „Standardqualität“, keine reine Ergebnisqualität, sondern die erreichbare Qualität der zahnmedizinischen Versorgung hängt immer von der individuellen Situation des einzelnen Patienten und seiner

Erwartungshaltung ab. Eine „one fits all“-Lösung mit der Allgemeinmedizin halten wir deshalb für den falschen Weg. Denn es gibt nur wenige Schnittmengen zwischen der zahnärztlichen und der ambulanten ärztlichen oder der stationären Versorgung. Daher muss die zahnärztliche Qualitätsförderung in erster Linie sektorenbezogen erfolgen.

#### **Prävention ist die beste Qualitätsförderung**

Insbesondere die präventive Ausrichtung der Zahnmedizin ist ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsförderung. Prävention heißt aber auch Eigenverantwor-

lichen Kriterien elektronisch erfasst und durch das Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) wissenschaftlich ausgewertet werden. Ziel ist es unter anderem, die Erfahrungen aus der Beratung in die zahnmedizinische Qualitätsförderung einfließen zu lassen und Verbesserungspotenziale zu nutzen.

Bundesweit sind 730 Zahnärzte und Mitarbeiter in der Patientenberatung tätig, davon 296 im Auftrag der (Landes-)Zahnärztekammern. Ein Leitfaden, der von den Beratern gemeinsam mit dem Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Otto-von-Gueri-

**Die beste Garantie für eine professionelle und qualitativ hochwertige Versorgung ist aus Sicht von BZÄK und KZBV die freiberufliche Ausübung unserer zahnärztlichen Tätigkeit. Fachliche Weisungsunabhängigkeit und professionelle Autonomie gewährleisten die bestmögliche Versorgung unserer Patienten. Dazu gehört auch, bei der Qualitätsförderung nicht nur auf gesetzliche Verpflichtungen zu setzen, sondern vor allem freiwilligen Initiativen des Berufsstands den Vorzug zu geben.**

tung, also aktive Mitarbeit des Patienten am Erfolg. Qualitätsförderung in der Zahnmedizin kann ohne Mitarbeit des Patienten nicht gelingen.

Die gemeinsame Zielsetzung ist die Verbesserung der individuellen Mundgesundheit und der Erhalt der eigenen Zähne über den gesamten Lebensbogen hinweg. Der Berufsstand setzt sich für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung ein, die jedem Patienten in seinem unmittelbaren Umfeld zur Verfügung steht.

#### **Zusammenarbeit mit den Patienten fördern**

Es entspricht unserem Verständnis der zahnärztlichen Berufsausübung, unseren Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten. Oberster Maßstab unserer Arbeit ist der einzelne Patient mit seinen Wünschen und Bedürfnissen. Eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patienten-Beziehung ist die Basis, ohne die zahnmedizinische Qualität langfristig nicht bestehen kann. Das beinhaltet auch, den Patienten aktiv am Erhalt seiner Mundgesundheit zu beteiligen und zur Übernahme von Verantwortung zu bewegen – Stichwort Compliance. Mit diesem Prinzip hat die Zahnärzteschaft in Deutschland überaus beachtliche Präventionserfolge erzielt.

Zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Patientenberatung haben BZÄK und KZBV ein Projekt gestartet, in dem die Leistungen der Patientenberater in den zahnärztlichen Körperschaften nach einheit-

cke-Universität Magdeburg entwickelt wurde, dient als fachlicher Rahmen: Als „systematisierter Anforderungskatalog“ bietet er eine Übersicht über die Abläufe im Beratungsgeschehen.

#### **Therapiefreiheit und Freiberuflichkeit stärken**

Ein weiterer wesentlicher Schlüssel zum Therapieerfolg ist die Therapiefreiheit. Nur ein patientenbezogener Ansatz gewährleistet die Individualität der Behandlungsplanung und letztlich den Erfolg der Behandlung.

Die beste Garantie für eine professionelle und qualitativ hochwertige Versorgung ist aus Sicht von BZÄK und KZBV die freiberufliche Ausübung unserer zahnärztlichen Tätigkeit. Fachliche Weisungsunabhängigkeit und professionelle Autonomie gewährleisten die bestmögliche Versorgung unserer Patienten. Dazu gehört auch, bei der Qualitätsförderung nicht nur auf gesetzliche Verpflichtungen zu setzen, sondern vor allem freiwilligen Initiativen des Berufsstands den Vorzug zu geben. Die Zahnärzteschaft hat bewiesen, dass sie als Freier Beruf durchaus in der Lage ist, eigenständig Konzepte zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu entwickeln und umzusetzen. Das inzwischen gemeinsam von BZÄK und KZBV betriebene Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ ist ein Beleg dafür, dass die Patientensicherheit für unsere Zahnärztinnen und Zahnärzte ein besonders wichtiges Anliegen ist. Qualität und ethisches Anliegen der eingereichten

Berichte über unerwünschte Ereignisse in den Praxen – freiwillig und anonym – haben alle Erwartungen übertroffen.

Der Gedanke, Zwang und Kontrolle würden zu besserer Qualität in der Versorgung führen, darf auch auf Grund von Forschungsergebnissen bezweifelt werden. Vielmehr sorgen Überregulierung und Bürokratisierung des Gesundheitswesens dafür, dass Zahnärzte immer weniger Zeit für ihre Patienten haben. Eine freiberufliche Tätigkeit und ihr Streben nach Unabhängigkeit sind kein Privatvergnügen, sondern sie

Endodontologie wissenschaftlich und praktisch zu vertiefen. Die Fortbildungsangebote der Kammern entsprechen dem aktuellen Stand der Forschung und sind praxisrelevant. Sie garantieren die Neutralität der Wissensvermittlung, sind wirtschaftlich unabhängig und werden von qualifizierten und erfahrenen Referenten durchgeführt. Gut zwei Drittel der (Landes-) Zahnärztekammern führen die Fortbildungsveranstaltungen zum Teil auch in gemeinsamer Trägerschaft mit anderen Organisationen durch – und sichern damit den Wissenstransfer. Künftig wollen die Zahnärztekammern noch mehr praktische Fortbildungen

**Medizinisches Wissen und Handeln bedarf einer fortwährenden Überprüfung. [...] Die Anwendung der evidenzbasierten Medizin in dem von David Sackett beschriebenen Sinn ist heute ein „MUSS“ für alle Bereiche des Gesundheitswesens. Sie darf jedoch nicht zu einer Wissenschaftsbürokratie verkommen, die Innovationen und gesundheitspolitische Entscheidungen eher behindert als fördert.**

gehen mit der Verpflichtung zu einer freiberuflichen ärztlichen Verantwortung und Ethik einher. Die Freien Berufe nehmen diese Verantwortung wahr, gerade bei dem so elementaren Gut Gesundheit.

**Tue Gutes und rede darüber**

Dabei reicht es längst nicht mehr, pauschal zu behaupten, die Qualität in der Zahnmedizin sei gut. Aus diesem Grund hat die BZÄK im vergangenen Jahr erstmalig einen Qualitätsreport veröffentlicht, in dem die vielfältigen Qualitätsaufgaben und -initiativen der (Landes-)Zahnärztekammern und der BZÄK faktenbasiert für die Öffentlichkeit dargestellt werden. Der erste Qualitätsreport widmet sich dem Schwerpunktthema zahnärztliche Fortbildung und bietet beeindruckendes Zahlenmaterial: Allein 2014 wurden mehr als 2.400 Fortbildungsveranstaltungen der (Landes-)Zahnärztekammern von über 85.000 zahnärztlichen Teilnehmern besucht. Die Zahnärzte haben damit circa 670.000 Fortbildungsstunden bei den Kammern wahrgenommen, ein Beleg für die hohe Attraktivität und Qualität zahnärztlicher Fortbildungsangebote auf der Ebene der Kammern.

Die Bandbreite möglicher Fortbildungen ist groß: Sie reicht von Veranstaltungen wie Seminaren oder wissenschaftlichen Kongressen bis hin zu Visiten oder Hospitationen. Kollegen können sich in Qualitätszirkeln austauschen. E-Learning-Module ermöglichen die Fortbildung im Eigenstudium. Curriculare Fortbildungen über mehrere Wochen und Monate erlauben es zudem, spezielle Themenbereiche wie Alterszahnmedizin, Implantologie, Parodontologie oder

sowie E-Learning-Module anbieten. Besondere Angebote für unterschiedliche Zielgruppen werden gegenwärtig vorbereitet:

- Zahnärzte und Mitarbeiter: Fortbildungsmethoden wie Hospitationen, Supervisionen und sogenanntes „Continuing Professional Development“ sollen gefördert werden. Darüber hinaus wird das Angebot dezentraler Schulungen für ausbildungsinteressierte Zahnärzte zur Auswahl, Einstellung und Ausbildung von Auszubildenden ausgebaut.
- Zahnärztlicher Nachwuchs: Postgraduale Fortbildungsangebote und Kurzcurricula für den zahnärztlichen Nachwuchs werden intensiviert, um die Niederlassung in freier Praxis vorzubereiten (Assistenten-Seminare). Ferner wird auch ein Zukunftskongress zentral für den zahnärztlichen Nachwuchs organisiert.
- Zahnmedizin in der Pflege: Zusätzlich zur spezifischen zahnärztlichen Fortbildung bei der Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen werden verstärkt Schulungen für das Pflegepersonal in Altersheimen und sonstigen Pflegeeinrichtungen und für pflegende Angehörige angeboten. Wichtiges Anliegen ist dabei die weitere Förderung der zahnmedizinischen Prävention.

**Entwicklung geeigneter zahnärztlicher Qualitätsindikatoren**

Die zahnärztlichen Spitzenorganisationen verfolgen die Entwicklung der Qualitätssicherung für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im G-BA sehr genau. Als oberstes Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung hat er den

Auftrag, die Qualitätssicherung möglichst sektorenübergreifend weiterzuentwickeln. Hierbei wird er von dem neu gegründeten IQTIG unterstützt, dessen Mitarbeiterstab inzwischen auf ca. 100 Mitarbeiter angewachsen ist. Ein Schwerpunkt der Arbeiten liegt derzeit in der Umsetzung des im letzten Jahr verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetzes, das den Weg zur Entwicklung und Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sowie von Verfahren zur Koppelung der Vergütung an die Qualität der erbrachten Leistungen (pay for performance) bereiten soll. Die Agenda Qualitätsförderung erteilt die-

szenen und insbesondere die Versorgungsforschung, auch in der Zahnmedizin, mit diesen Entwicklungen intensiv beschäftigt und ihre Kräfte bündelt. Die Anwendung der evidenzbasierten Medizin in dem von David Sackett beschriebenen Sinn ist heute ein „MUSS“ für alle Bereiche des Gesundheitswesens. Sie darf jedoch nicht zu einer Wissenschafts-Bürokratie verkommen, die Innovationen und gesundheitspolitische Entscheidungen eher behindert als fördert. Krankheit und Gesundheit kann nicht ausschließlich in der Perspektive einer vorherrschenden Erkenntnismethodik gesehen werden.

**Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte ist die Selbstverpflichtung zur Qualität eine immanente, aus ihrem intrinsischen, freiberuflichen Denken heraus entwickelte Aufgabe. [...] Mit der gemeinsamen „Agenda Qualitätsförderung“ haben sich BZÄK und KZBV nicht nur selbst eine Leitschnur für die kommenden Jahre gegeben, sondern bringen sich aktiv und konstruktiv in die politische Diskussion ein.**

sen Ansätzen eine klare Absage, mahnt aber auch dazu, die Zeit, in der sich der Fokus auf den stationären Sektor richtet, dazu zu nutzen, eigene Konzepte und Ideen zu entwickeln, um einer drohenden Fremdbestimmung zu begegnen. Zusammen mit der DGZMK haben BZÄK und KZBV hierzu eine interne Arbeitsgruppe zur Erarbeitung zahnärztlicher Qualitätsindikatoren ins Leben gerufen, die ihre Arbeit demnächst aufnehmen wird.

#### **Wissenschaftliche Begründung zahnärztlichen Handelns**

Medizinisches Wissen und Handeln bedarf einer fortwährenden Überprüfung. Hierbei ist in erster Linie die Wissenschaft gefragt, die Evidenz zahnärztlichen Handelns durch methodisch hochwertige Studien zu belegen. Nach Auffassung von BZÄK und KZBV spielt hierbei aber auch die individuelle klinische Expertise – die sogenannte interne Evidenz – eine wichtige Rolle. Letztendlich geht es darum, das Gesundheitssystem im Sinne einer besseren Versorgung der Bevölkerung effektiv und effizient zu gestalten. Dies liegt im Interesse der Patienten, der Ärzte und Zahnärzte und auch der Politik. Eine bessere Versorgung muss aber immer wahrnehmbar und einen Nutzen für den Patienten unter Versorgungsbedingungen besitzen. Mit diesem Fokus muss es die Aufgabe der zahnärztlichen Qualitätsförderung und der Versorgungsforschung in der Zahnmedizin sein, sowohl im Rahmen der Methodendiskussion als auch der Ergebnisdiskussion ihren kritischen Beitrag zu leisten.

Daher ist es notwendig, dass sich die Forschungs-

#### **Fazit**

Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte ist die Selbstverpflichtung zur Qualität eine immanente, aus ihrem intrinsischen, freiberuflichen Denken heraus entwickelte Aufgabe. Hierfür hat die Zahnärzteschaft ein bewährtes System der Qualitätsförderung geschaffen und setzt sich für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung ein. Mit der gemeinsamen „Agenda Qualitätsförderung“ haben sich BZÄK und KZBV nicht nur selbst eine Leitschnur für die kommenden Jahre gegeben, sondern bringen sich aktiv und konstruktiv in die politische Diskussion ein. Der Grundgedanke muss lauten: Nichts nützt der Behandlungsqualität und Patientensicherheit mehr als engagierte und motivierte freiberuflich-tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Jürgen Fedderwitz

# Wunsch! Wahn? Wirklichkeit.



**Dr. Jürgen Fedderwitz,**  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes der Kassenzahn-  
ärztlichen Bundesvereinigung  
(KZBV)

Vielen von uns Zahnärztinnen und Zahnärzten geht es sicher so:

Angesichts immer neuer Richtlinien und anderer Reglementierungen fragen Sie sich, ob Sie überhaupt noch Herr im eigenen Haus sind. Angesichts einer zunehmenden Zahl von Leitlinien, die sich vom Heilslehren-Götzen „Evidenzbasiertheit“ ableiten, fühlen sie sich mehr und mehr fachlich entmündigt.

## **Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung**

Wer will es Ihnen auch verdenken. Beispiele für Ihren Frust und Ärger gibt es zuhauf: Wer an seinem Expertenschreibtisch nicht versteht, warum in der wissenschaftlichen Zahnheilkunde andere Evidenzparameter gelten müssen als in der Medizin oder gar in der Arzneimitteltherapie, der sollte bei seinem Leisten bleiben. Wer an seinem Arbeitsmediziner- oder Hygieniker-Schreibtisch sitzt, sollte vielleicht einmal Praxisabläufe vor Ort erfahren haben, bevor er neue ausufernde Vorschläge verfasst.

Und auch die Politik entlarvt sich selbst. Wer ihr vorhalten will, dass sie mehr und mehr originär zahnärztliche Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen von der Praxis auf politische Gremien verlagert, der findet schnell den Beleg: Im neuesten SGB-V-Druckwerk des KKF-Verlages, der diesmal sonnen gelben, nach letztjährig himmelblauen SGB-V-Bibel (die auf allen GKV-Selbstverwaltungsschreibtischen liegt), braucht man nur die Seiten zu zählen. Schon immer war der 9. Abschnitt des SGB V mit „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ überschrieben: Im Jahr 1989, dem Geburtsjahr des Gesundheitsreformgesetzes (GRG), reichten noch zwei Seiten; im Jahr 2000 brauchte man schon 14 Seiten, um Gesetzestexte und Begründungen unterzubringen; heute in 2016 reichen für die §§ 135 bis 139 kaum 39 Seiten aus! Hinzu kommen Begleitgesetze wie das Patientenrechtegesetz, um das Maß an Verpflichtungen noch voller zu machen.

Mit Speck fängt man Mäuse – mit dem Stichwort „Qualität“ den Wähler. Welcher Wähler ist nicht auch Patient? Und wer möchte einem Politiker Unlauteres unterstellen, wenn er sich mit dem Ruf nach Förderung der Qualität im Gesundheitswesen in den aktiven Dienst des Patientenschutzes stellen will? Diesem Politiker kommen die gesellschaftspoliti-

schen Veränderungen seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland gerade recht. Der Arzt oder Zahnarzt mit seiner individuellen fachlichen Autorität, die über allem steht, ist längst passé! Die Einbeziehung des Patienten im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung erweist sich heute als - je nach Sichtweise lästiger oder willkommener - Zwischenschritt auf dem Weg zu einer fachlich und qualitativ zunehmend fremdbestimmten Gesundheitsversorgung.

## **Leitlinien machen Sinn**

Doch diese Fremdbestimmung ist nicht von vornherein schädlich! (Zahn-)Medizinische Leitlinien machen Sinn. Sie definieren einen Korridor therapeutischer Maßnahmen und geben dem Behandler die Möglichkeit, von einer vermeintlich einzig gültigen Therapieform abweichen zu können. Allerdings sollten der eigene fachliche Anspruch und die selbst angestrebte fachliche Kompetenz dieses Vorgehen begründen können. Wer heute noch in der Endo mit Silberstiften als Wurzelkanalfüller arbeitet, weil er „seit 30 Jahren nur beste Erfahrungen und zufriedene Patienten hat“, hat also kaum Chancen. Wer bei jeder Weisheitszahnentfernung eine begleitende Antibiotikatherapie, womöglich noch mit dem unseligen Clindamycin vornimmt, hat nichts dazu gelernt.

Auch in der Zahnmedizin gilt: Für bestimmte Krankheitsbilder, Befunde und Diagnosen gibt es vorgegebene, hinsichtlich ihres Nutzens anerkannte Therapieformen. Sie alle unterliegen einem Wandel, den wissenschaftliche Forschung und neue Erkenntnisse bereiten. Es ist unser aller Anspruch, unsere Patienten daran teilhaben zu lassen. Auch das ist „Qualität der Versorgung“!

## **Klinische Expertise hat in der Zahnmedizin einen besonderen Stellenwert**

KZBV und BZÄK haben 2014 in ihrer Agenda Qualitätsförderung deshalb die Möglichkeiten, die Grenzen, aber auch die Chancen dieser Dynamik aufgearbeitet (s. Kasten rechts). Dort wird betont, dass das medizinische Wissen einer fortwährenden Überprüfung bedarf, viele der grundsätzlichen Annahmen, auf deren Basis heute die „beste externe Evidenz“ ermittelt werde, jedoch „für zahnmedizinische Behandlungsfälle in aller Regel“ nicht zutreffen würden. Deshalb komme der individuellen klinischen Expertise in der

Zahnmedizin ein besonderer Stellenwert zu.

In der Agenda Qualitätsförderung wird deutlich, wie stark Evidenz und (Behandlungs-)Qualität zusammenhängen. Und da heute externe Experten sich mit diesen Zusammenhängen beschäftigen und Behandlungsnormen zumindest auslösen, ist der besondere zahnmedizinische Blickwinkel von ihnen zu fordern. Doch daran mangelt es oft. Dazu fehlen die zahnmedizinischen Grundkompetenzen der Experten, die immer noch glauben, mit den tradierten medizinischen Evidenzkriterien auch die Zahnmedizin bedienen zu können. Die Experten füttern den Normsetzungshunger des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem vermeintlichen Paradeferd der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der G-BA mutiert allmählich - politisch bestärkt - zu einem Politbüro des Gesundheitswesens, der mit einem Regierungsstil des „Top-down“ Schritt für Schritt die ursprünglich von Freiheit und Subsidiarität geprägten Selbstverwaltungsideen unterläuft. Ein Mehr an Verrechtlichung führt zu einem Weniger an gemeinsamer Selbstverwaltung.

#### **Der Berufsstand muss selbst aktiv werden**

Es liegt an uns Zahnärztinnen und Zahnärzten selbst, die fachlich qualitative Expertise zu erarbeiten und seriös in die evidenz- und qualitätsfokussierte Experten- und Politikwelt zu senden. Die Ärzteschaft hat es uns vorgemacht. Schon vor der Gründung des G-BA vor mehr als zehn Jahren hatte sie die ersten Qualitätsprogramme entwickelt und auch bald erste Verträge mit Krankenkassen geschlossen. Diese konzeptionelle Positionierung des Berufsstandes wurde zwar zur Blaupause externer Qualitätsinitiativen, die Kompetenzhoheit behält die Ärzteschaft mit ihrem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und den Initiativen von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) ganz wesentlich bis heute.

Klar, auch unter den Ärzten war und ist bis heute manches umstritten, musste manches tradierte Weltbild geschleift, musste der Kollegenschaft mancher bisherige Tabubereich (z. B. Qualitätsprüfungen) aufgedrückt und manch Neues (z. B. Fehlermeldesysteme) aufgezwungen werden. Doch bis heute geben ÄZQ und KBV die Qualitätsphilosophie in der vertragsärztlichen Versorgung vor. Die Zahnärzteschaft tut sich vergleichsweise schwer, sie verortete lange Jahre die alleinige Qualitätskompetenz in die Verantwortung des einzelnen Zahnarztes. „Über Qualität reden wir nicht. Wir haben die Anerkennung unserer Leistung durch unsere Patienten. Das genügt“, so eine der markigen Ansagen vor 20 Jahren. „Was Qualität ist, bestimme ich! Ich weiß es am besten.“, so die typischen selbstherrlichen Kollegenworte aus jener Zeit.

aus der Agenda Qualitätsförderung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Bundesärztekammer (BÄK):

„Medizinisches Wissen bedarf grundsätzlich der fortwährenden Überprüfung. Die Wissenschaft steht deswegen in der Verantwortung, die Folgen des medizinischen Eingriffs zu analysieren, damit sein potentieller Nutzen abschätzbar und das mit ihm verbundene Risiko bekannt ist. Die hierbei einzusetzenden wissenschaftlichen Methoden sind von der jeweils vorliegenden Problemstellung abhängig. Die auf diese Weise angestrebte Evidenz in Bezug auf das klinische Handeln ist für die Weiterentwicklung jedes wissenschaftlichen Fachgebietes – so auch der Zahnmedizin – unabdingbar.“

Evidenzbasierte Medizin wurde beschrieben als die Integration von individueller klinischer Expertise und bester externer Evidenz aus systematischer Forschung im Hinblick auf die Versorgung individueller Patienten. In Bezug auf die „beste externe Evidenz“ wurde ein System zur Bewertung wissenschaftlicher Aussagen entwickelt, das eine hierarchische Einteilung in Evidenz von guter und minderer Qualität einführt. Hierbei wird die Art der zu bewertenden Studie als Kriterium herangezogen. Dieses „Prinzip der besten Evidenz“ fand Eingang in die Richtlinien offizieller Entscheidungsgremien, ohne dass seine Tauglichkeit in Bezug auf das alltägliche Versorgungsgeschehen geprüft oder diskutiert wurde.

Im gegenwärtigen Diskurs über die klinische Evidenz wird u.a. diskutiert, in welcher Form die beiden Wissensdomänen „individuelle klinische Expertise“ und „beste externe Evidenz“ zusammenwirken sollen. Die Verfechter des Prinzips der besten Evidenz haben dies nicht konkretisiert. „Gute Evidenz“ wird nur solchem Wissen zugeordnet, das in klinischen Studien mit hohem methodischem Anspruch gewonnen wird. Eine entsprechend ausgestattete „Evidenz“ kann sich jedoch nur auf Leistungsbereiche beziehen, in denen die Akquise von Fällen mit gleichen Ausgangsbedingungen möglich ist und in denen die Methodik der Randomisierung und der prospektiven Beobachtung einsetzbar sind. Das Prinzip der „besten verfügbaren Evidenz“ gründet somit auf den Annahmen, dass sich klinische Praxis auf Entscheidungsvorgänge reduzieren lässt, die durch ein statisches Krankheitsmodell und eine zweiwertige Logik darstellbar sind. Ferner wird vorausgesetzt, dass sich die in beobachteten Populationen gewonnene Evidenz auf Entscheidungen im klinischen Einzelfall übertragen lässt. Diese Annahmen gelten für zahnmedizinische Behandlungsfälle in aller Regel nicht. Der Verlauf einer zahnärztlichen Versorgung stellt sich vielmehr als ständiges Interagieren von Patient und Zahnarzt dar. Eine auf Wahrscheinlichkeitsaussagen gründende Nutzen-Risiko-Abwägung bedingt jedoch einen eindeutig definierten und durch eine statische Befundkonstellation ausgewiesenen Entscheidungszeitpunkt. In Versorgungsfällen, die unter diesen Kautelen zu entscheiden sind, bewährt sich dieses Prinzip. In der zahnärztlichen Praxis ist die genannte Bedingung jedoch zumeist nicht erfüllt. Somit sind auch die Voraussetzungen für die Anwendung rein funktional abgeleiteter (parametrisierter) Entscheidungsgründe aus randomisierten Studien nur in wenigen spezifischen Bereichen der zahnmedizinischen Versorgung erfüllt.

Aus diesem Grund kommt der individuellen klinischen Expertise ein besonderer Stellenwert zu. Ihre Darlegung und systematische Betrachtung hat für die zahnärztliche Profession eine besondere Bedeutung.

Die isolierte Anwendung des Prinzips der „besten verfügbaren Evidenz“ führt nicht zur Lösung aller Entscheidungsprobleme der zahnmedizinischen Versorgung. Es ist daher zu fordern, dass klinische Handlungsempfehlungen beispielsweise in Form von Leitlinien der klinischen Expertise des individuellen Behandlers und auch den Präferenzen und Wünschen eines individuellen Patienten ausreichend Raum lassen. Eine Leitlinie beschreibt einen Handlungskorridor, der Zahnarzt und Patient eine Orientierung über diejenigen Therapieoptionen bietet, die im individuellen Fall verantwortbar sind, um für und mit dem Patienten gemeinsam die für seine Lebenssituation richtige und angemessene Therapieform in der Behandlungsplanung zu wählen.“

Gleichwohl haben die zahnärztlichen Körperschaften durch interne Maßnahmen und Regelungen die Qualität in der zahnärztlichen Versorgung vorangebracht, haben beispielsweise mit dem Gutachtersystem und später mit dem Zweitmeinungsmodell richtungsweisende Qualitätselemente eingeführt, die zudem noch Alleinstellungsmerkmale genießen. Und der Kollegenschaft macht kein anderer Berufsstand bei der Fortbildung etwas vor!

Doch der Zug ist mittlerweile in eine andere Richtung abgefahren; der Zugführer ist kein zahnärztlicher Ständevertreter, sondern ein sich (zumindest mit Worten) dem Patientenschutz verpflichtender Politiker; der Lokführer ist kein Zahnarzt, sondern ein extern ausgebildeter, ausgewiesener oder (selbst-)ernannter Qualitätsvertreter. Der Zug selbst gehört nicht mehr dem Berufsstand, sondern einem von der Politik geschaffenen Konglomerat, dem G-BA.

### Das Qualitätsargument als politischer Spielball

Wie bereits ausgeführt, haben die gesellschaftspolitischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte auch ihren Niederschlag in der Gesundheitsversorgung gefunden. Lange Jahre stritten sich Ärzte und Zahnärzte auf der einen Seite, gesetzliche Krankenkassen auf der anderen Seite, wer denn der originäre, wer der bessere Anwalt für die Patienteninteressen sei. Wenn zwei sich streiten, freut sich der Dritte – in diesem Fall die Patientenvertreter im G-BA.

Der Politik ist das nur recht. Sitzen im G-BA doch nun alle Beteiligten, Betroffenen und Bevormundeten des Gesundheitswesens – dem vermeintlichen Interessensausgleich verpflichtet. Denn jetzt kann sie mit dem Wahlvolk-Köder „Qualität“ die eigenen Ziele voranbringen. Qualität als Finanzierungsparameter eines ausgelagerten, nicht zukunftssicheren Gesundheitssystems. Wohlgermerkt: Niemand will die GKV abschaffen. Auch die KZBV nicht! Zudem genießt sie quasi Verfassungsrang. Aber demographische Entwicklung, wissenschaftlicher Fortschritt und ein die abverlangten Leistungen nicht mehr liefernder Generationenvertrag zeigen dem System „GKV“ nun spürbarer die Grenzen auf. Da ist der Parameter „Qualität in der Gesundheitsversorgung“ ein willkommenes, womöglich nutzbares Instrument, die Leistungsfähigkeit des Systems zu erhalten und die dazu nötige Finanzierung zu stemmen.

„Kostendämpfung durch Qualitätssteigerung“ nennen das die Gesundheitsökonom. „Pay-for-Performance (P4P)“ heißt das bei den Qualitätsexperten.

### Pay for Performance

Der Gesetzgeber hat mit dem kürzlich verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) im SGB V einen neuen § 137 verabschiedet, der nicht nur für das Krankenhaus, sondern grundsätzlich auch für ambulant tätige Ärzte und Zahnärzte gilt. Darin heißt es u.a.:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein

1. Vergütungsabschlüsse,
  2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind, ...“
- Damit werden erstmalig ausdrücklich Vergütungsabschlüsse oder gar das Entfallen des Vergütungsanspruchs mit Qualitätsanforderungen verknüpft.

„P4P“ als Synonym für eine qualitätsbezogene Vergütung hat seinen Ursprung in den 1990er Jahren und ist auf Probleme im US-amerikanischen Gesundheitswesen zurückzuführen. Hohe Kosten und vermutete, zum Teil auch nachgewiesene Qualitätsmängel waren der Auslöser. Auf dem Papier entwickelte sich „P4P“ schnell zum Tausendsassa, zum idealen Problemlöser. Die „offizielle“ Definition von P4P:

„Unter Pay-for-Performance versteht man eine spezielle strategische Form der Vergütung. Pay-for-Performance-Verfahren koppeln die Vergütung von Versorgern im Gesundheitswesen an das von diesen erbrachte, durch Kennzahlen dargestellte Leistungsniveau. Durch differenzierende finanzielle Anreize sollen Versorger motiviert werden, ihre Versorgungspraxis im Hinblick auf Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems nachhaltig und umfassend zu optimieren und weiterzuentwickeln.“<sup>4</sup>

Da wurde schon viel Wunschdenken in die Definition hinein geschrieben! Kein Wunder, dass die bisherigen, zumeist wissenschaftlich begleiteten und evaluierten P4P-Projekte entweder den gewünschten Erfolg kaum erzielten oder aber umfassend scheiterten. Es ist bisher nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachzuweisen. Qualität und P4P werden auch zukünftig nicht so zusammen passen, dass die angestrebten Ziele der Politik erreicht werden. Wird schon die Entwicklung der Kennzahlen große Schwierigkeiten bereiten, so wird die anschließende Umsetzung eines Vergütungsabschlusses oder gar das Verweigern einer Vergütung (für wohlgermerkt eine bereits erbrachte Leistung!!) zum Hauen und Stechen der Beteiligten bzw. der Betroffenen. Ähnlich den bestehenden Regressen z. B. in Wirtschaftlichkeitsprüfungen erginge ein solcher Bescheid mit der

<sup>4</sup> Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012, A 17/51

obligaten Rechtsmittelbelehrung: Widerspruch oder gar Klage vor dem Sozialgericht sind möglich. Und ich sage voraus: Die Sozialgerichte in allen Instanzen werden in der Flut der Klagen erstickt.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hat P4P enttarnt: „...Die Entwicklung von Qualitätskriterien ist kein Selbstzweck, sondern dient der Patientenversorgung. Insbesondere darf Qualitätssicherung nicht dazu missbraucht werden, die bestehenden Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern lösen zu wollen. ...“<sup>2</sup>

doch abzuwarten sein, ob die vom Gesetzgeber eingeführten neuen Indikatoren bzw. die Qualitätszu- und -abschläge zielführende Impulse in Richtung einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen setzen. Dies gilt sowohl für die Qualitätszu- und -abschläge, die trotz des hohen Aufwands auf der methodischen und der operativen Ebene für sich alleine keine nachhaltigen Qualitätsverbesserungen auf den Weg bringen können, wie die Erfahrungen mit „Pay for Performance“ aus Großbritannien und den USA zeigen. Außerdem bergen sie die Gefahr einer Risikoselektion, also ausgerechnet einer

**Demographische Entwicklung, wissenschaftlicher Fortschritt und ein die abverlangten Leistungen nicht mehr liefernder Generationenvertrag zeigen dem System „GKV“ nun spürbarer die Grenzen auf. Da ist der Parameter „Qualität in der Gesundheitsversorgung“ ein willkommenes, womöglich nutzbares Instrument, die Leistungsfähigkeit des Systems zu erhalten und die dazu nötige Finanzierung zu stemmen.**

#### **Die Position der zahnärztlichen Landesorganisationen zu Pay for Performance**

Auch die Position von KZBV und BZÄK ist eindeutig. In der gemeinsamen Agenda Qualitätsförderung aus 2014 heißt es dazu:

„Eine qualitäts- und präventionsorientierte Versorgung setzt eine angemessene Vergütung voraus. Konzepte, die eine Verbesserung der Qualität der Versorgung mithilfe finanzieller Anreize ermöglichen, konnten bislang nicht überzeugen. Dazu zählen Modelle einer qualitätsorientierten Vergütung (pay for performance/ P4P). Positive Effekte von P4P-Projekten konnten nicht nachgewiesen werden. Offenkundig sind jedoch negative Auswirkungen wie beispielsweise Patienten- und Risikoselektion sowie Fokussierung auf bestimmte Leistungen. Bestrebungen, mit solchen Anreizmodellen sowohl die Qualität der Versorgung zu steigern als auch gleichzeitig, zumindest mittelfristig, die Kosten dämpfen zu können, gehen ins Leere. Eine Verknüpfung von Vergütungsanreizen und Qualität ist der falsche Weg. Er fördert die Risikovermeidung und erschwert die zahnmedizinische Versorgung von schwerkranken Patienten.“

Selbst im G-BA sieht man die neuen Möglichkeiten aus dem Krankenhausstrukturgesetz skeptisch. Frau Dr. Regina Klakow-Franck, als unparteiisches Mitglied des G-BA eine der drei Spitzen und für Qualität zuständig, schreibt in einem Aufsatz:

„Selbst bei Erfüllung aller Anforderungen wird je-

Verschlechterung der Versorgung für schwer kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten.“<sup>3</sup> Kein Wunder, wenn zunehmend Konzepte entwickelt werden, die nicht mehr vom klassischen P4P-Modell, der Verbindung von Leistungsbezug und dem Erreichen von Qualitätszielen geprägt sind. Bei „Pay-for-Value“ ist z. B. die Anreizwirkung an das Erreichen von Qualitätszielen gebunden. Dazu wird eine Basisvergütung mit einer an Qualitätsindikatoren gebundenen Vergütung verknüpft. Doch auch hier steht die Nagelprobe aus. Mittelfristige, geschweige langfristige „Erfolge“ sind auch hier noch nicht nachgewiesen.

Allen Konzepten gemein ist die notwendige Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die validiert und risikoadjustiert sein müssen. Der Berufsstand darf hier nicht abseits stehen, darf nicht (erneut) Externen das „Qualitätsfeld“ überlassen.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat zusammen mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) eine Arbeitsgruppe installiert, die das Thema „Qualitätsindikatoren“ aus dem Berufsstand heraus angeht und für den Berufsstand annehmbare, aber fachlich solide Indikatoren entwickelt.

Wir sind aufgestellt!

<sup>2</sup> 118. Deutscher Ärztetag, 12.05. - 15.05.2015, Beschlussprotokoll I-29, EntschlieBung „Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität“

<sup>3</sup> Dr. Regina Klakow-Franck: „Rechtssicherheit und Qualitätsindikatoren“, „ARZT und KRANKENHAUS“, 30.11.2015

Christoph Kaiser

# Der Arbeitskreis Zahnärztliche Therapie (AZT)

## Mehr als 20 Jahre im Dienst der Praxisqualität



**Dr. med. dent. Christoph Kaiser (M.A.),**  
Zahnarzt, Heiligenhaus  
Vorsitzender des Arbeitskreises  
zahnärztliche Therapie (AZT)

Wie entsteht Qualität in Praxen? Durch Regelung und Vorschriften? Eher nicht! Qualität muss gelebt und von den Beteiligten nachgefragt werden. Dies schließt eine verordnete Qualität aus. Qualität kann nur aus den Praxen selbst kommen, denn dort werden fast alle Patienten behandelt. Ein Beispiel hierfür ist der im Jahr 1994 gegründete Arbeitskreis Zahnärztliche Therapie, eine aus der Kollegenschaft heraus entstandene Qualitätsinitiative. Ehemalige zahnärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe taten sich zusammen, um ihre Arbeit zu beobachten und zu bewerten. Etwa zur Zeit des Aufkommens der Evidenzbasierten Medizin wollten die Kollegen wissen, was zur Extraktion eines Zahns oder zum Verlust einer Füllung in ihren Praxen führt und haben damit Praxis basierte Forschung betrieben.

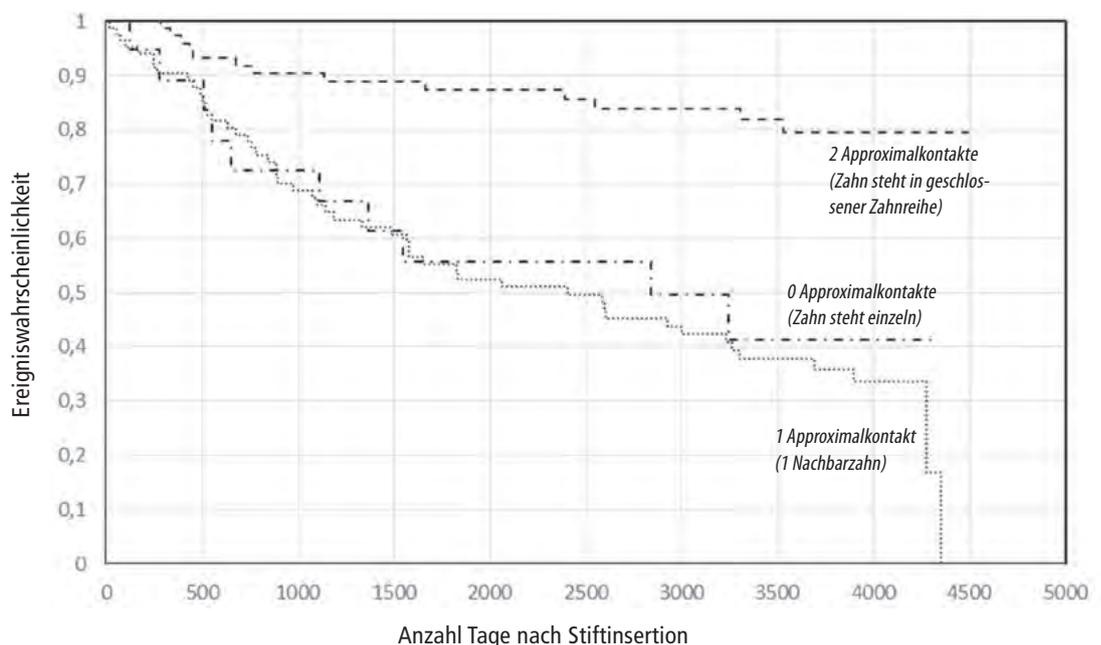
Der Kollegenkreis ist deutschlandweit gestreut und reicht von Ostfriesland im Norden bis nach Deggendorf in Bayern. Diese weite Verteilung der Praxen schließt jeden Konkurrenzdruck aus, macht aber reale Treffen nur zwei Mal jährlich möglich. Der Kontakt innerhalb der Gruppe wird über einen sehr gut frequentierten E-Mail-Verteiler sichergestellt. Mit Hilfe moderner EDV ist eine kontinuierliche Arbeit in vier Bereichen möglich: der klassischen Quali-

tätszirkelarbeit, der Generierung und Durchführung eigener Studien, der Erfassung und Interpretation von Routinedaten aus der Praxissoftware und der gegenseitigen Visitation in den Praxen.

### Qualitätszirkelarbeit

In der Qualitätszirkelarbeit beschäftigt sich die Gruppe mit Fallbesprechungen, dem Austausch von Erfahrungen mit Materialien, Praxisgeräten, der Thematisierung von alltäglichen Praxisproblemen wie Personalfragen oder der Umsetzung politischer Vorgaben - das Spektrum der Themen reicht von geänderten Gebührenpositionen bis zu Forderungen der Hygieneverordnung. Durch ein hohes Maß an gegenseitigem Vertrauen können verschiedenste Themen auf eine sehr offene Art besprochen werden. Es kann eine Fehlerkultur etabliert werden und das Lernen aus Misserfolgen wird möglich. Im Rahmen von Fallbesprechungen kann abstraktes Wissen auf die tatsächliche Praxissituation adaptiert und bewertet werden. Manchmal schwer zu integrierende Informationen aus Publikationen oder Fortbildungsveranstaltungen werden durch den kollegialen Diskurs zu implementierbarem Wissen transformiert. Unsicherheiten können so ausgeräumt werden und die Anwendung von Gelerntem im Praxisalltag wird sicherer.

Abb. 1:  
Stiftkronen in geschlossenen Zahnreihen haben eine signifikant bessere Prognose als Stiftkronen mit einem oder keinem Nachbarzahn. Ereigniswahrscheinlichkeit (Stiftverlust) nach Stiftinsertion in Abhängigkeit von der Anzahl der Approximalkontakte; Daten aus 6 Zahnarztpraxen mit n= 195 Stiftversorgungen, p<0,05



### Eigene Studien

Es werden so aber auch Fragen generiert, die in die Entwicklung und Durchführung eigener Studien münden. Dies sind prospektive Kohortenstudien, in denen die teilnehmenden Praxen eine definierte Behandlung erfassen und über einen bestimmten Zeitraum beobachten. Die Ergebnisse werden dann im Kollegenkreis diskutiert.

Die Probleme, welche die Erfassung von Daten neben dem regulären Praxisbetrieb mit sich bringt, haben in den Jahren dazu geführt, dass der Kreis eine eigene onlinegestützte Datenerfassung entwickelt hat. Aktuell werden Ereignisse nach Wurzelstiftinsertion und Kompositkernaufbau vor einer prothetischen Versorgung nachverfolgt (Abb. 1). Die entwickelte Technik der onlinegestützten dezentralen Dokumentation war die Grundlage der seit 2008 online durchgeführten Ceramic-Success-Analysis-Studie ([www.csa-online.net](http://www.csa-online.net)) der AG Keramik e.V.

### Routinedaten aus der Praxissoftware

Ein weiterer Schritt, Wissen über tägliches zahnärztliches Tun zu erlangen, ist die Auslesung von Daten aus der Praxissoftware. Die mühevoll Doppelersfassung von Daten kann so den Gruppenteilnehmern erspart werden. Kollegiale Statements wie: "Ich habe wenig Probleme mit einer P!" können aus den vorliegenden Daten unmittelbar untermauert oder widerlegt werden. Längerfristig kann die Aussagefähigkeit solcher Routinedaten durch die Vereinbarung von einheitlichen Diagnosen, Befundparametern und Materialbezeichnungen verbessert werden. Suchparameter sind einfacher zu generieren und die Zuordnung eingetretener Ereignisse zu eventuell relevanten Parametern sicherer. Die Bearbeitung dieser Daten ist allerdings hochkomplex. Die Vergleichbarkeit der Daten unterschiedlicher Praxen, unterschiedlicher Software, ja unterschiedlicher KZV-Bereiche erfordert ein ho-

**Wie entsteht Qualität in Praxen? Durch Regelung und Vorschriften? Eher nicht! Qualität muss gelebt und von den Beteiligten nachgefragt werden. Dies schließt eine verordnete Qualität aus. Qualität kann nur aus den Praxen selbst kommen ...**

hes Maß an professioneller Kompetenz und ist nur im geschützten Raum einer vertrauten Gruppe aussagekräftig möglich. (Abb. 2)

### Visitationen

Ebenfalls ein hohes Maß an Vertrauen erfordert der vierte Bereich der Arbeit des AZT. Visitationen, also der Besuch der eigenen Praxis durch einen Kollegen, der die täglichen Abläufe im Detail einen Tag lang beobachtet, sind ohne gegenseitiges Vertrauen nicht möglich. Aber kaum ein Verfahren liefert innerhalb kurzer Zeit eine so große Vielzahl von Eindrücken und Informationen für die teilnehmenden Kollegen und für die Gruppe, in der die Visitationen besprochen werden. Die Visitation steht im Gegensatz zur Hospitation, bei der es sich normalerweise um eine Schulungsmaßnahme handelt - hier agieren ein Experte und ein Novize. Die Visitation ist ein hierarchiefreier Raum. Bei der Visitation vereinbaren zwei Kollegen einen in der Regel gegenseitigen Besuch in der Praxis. Der Visitierte öffnet seine Praxis dem Kollegen und gewährt ihm Einblick in einen regulären Praxistag. Im Anschluss findet eine Besprechung der Eindrücke zwischen den Visitationspartnern statt. Erst nach Freigabe dieser intimen Wahrnehmungen erfolgt die Diskussion im Kollegenkreis der Gruppe.



Abb. 2:  
Gewinnung von Daten aus Praxismanagementsoftware (PMS)

Qualitätszirkelarbeit benötigt für ihren Erfolg den vertrauensvollen kollegialen Austausch. Dies funktioniert nur in einer geschützten Gruppe. Solche Gruppen sind nicht durch Politik oder gesetzliche Vorgaben etablierbar. Rahmenbedingungen und Hilfestellung können „top down“ gestaltet werden, die Initiativen müssen sich aber „bottom up“ zusammenfinden.

Interessant wäre eine Verknüpfung von Bereichen der Qualitätszirkelarbeit in das von der BZÄK und KZBV gestartete System „CIRS dent“. Das im Qualitätszirkel bestehende Vertrauensverhältnis wird in diesem Fall durch die Zusage größtmöglicher Anonymität ersetzt.

Diese Visitationen sind zunächst offen angelegt. Es gibt kein Protokoll, das abzuarbeiten ist. Der Erfolg stellt sich nur ein, wenn die Fragen und Kommentare wertfrei formuliert werden. Die Formulierung darf nicht sein: „Wie kann man das nur so machen?“ sondern: „Ah, so macht der das.“ Neben der reinen Information aus einer Visitation bietet diese Technik ein sehr hohes Motivationspotential. Die eigenen Routinen werden nach einer Visitation hinterfragt und ermöglichen die Öffnung für Neues.

**Potentiale für die Zukunft**

Der Arbeitskreis war im Rahmen des Masterstudiengangs: Integrated Practice in Dentistry das Studienobjekt von Masterarbeiten. So konnte herausgearbeitet werden, dass durch die Integration von Visitationen in die Qualitätszirkelarbeit ein Bereich für den Kreis erschlossen werden kann, der sonst nur schwer zugänglich ist: die Praxis im täglichen Umfeld.

Alle Arbeitsbereiche benötigen für ihren Erfolg den vertrauensvollen kollegialen Austausch. Dies funktioniert nur in einer geschützten Gruppe. Solche Gruppen sind nicht durch Politik oder gesetzliche Vorgaben etablierbar. Rahmenbedingungen und Hilfestellung

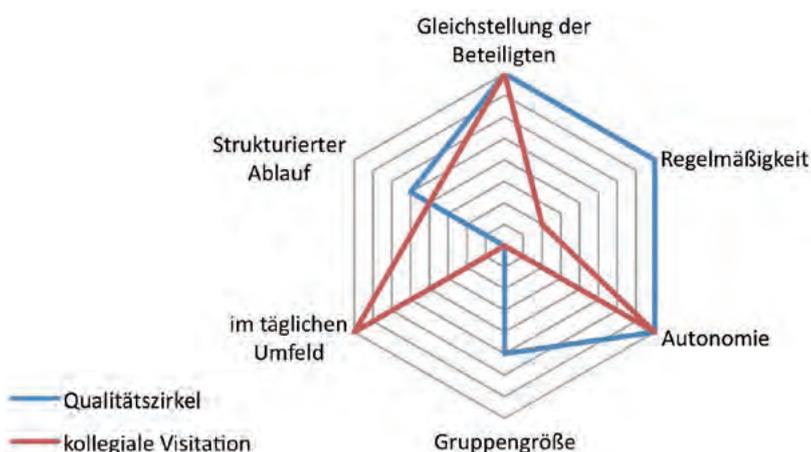
können „top down“ gestaltet werden, die Initiativen müssen sich aber „bottom up“ zusammenfinden.

Die Arbeit eines solchen Kreises stößt aber, trotz des immer wieder erstaunlichen Motivationspotentials der Gruppendynamik, auch an Limitationen. Ein Hauptproblem ist die Weiterverbreitung der Erkenntnisse der Kollegen. Der auf Eigeninitiative gegründeten Gruppe von Kollegen fehlt die Zeit und die Expertise, die Ergebnisse publikationsfähig zu machen. Hier erweisen sich Kooperationen mit einzelnen Universitäten hilfreich. Erste Kontakte mit den Universitäten in Kiel, Aachen und Nijmegen sind vielversprechend und haben zu Veröffentlichungen geführt. Konzepte, welche die Arbeitskreise über das Maß des bloßen Datenlieferanten hinaus integrieren, müssen aber noch entwickelt werden.

Der Bereich Fehlerkultur und Misserfolgslernen könnte mit dem von der BZÄK und der KZBV etablierten Critical Incident Reporting System (CIRS dent) verknüpft werden. Das im Qualitätszirkel bestehende Vertrauensverhältnis wird in diesem Fall durch die Zusage größtmöglicher Anonymität ersetzt. Von Qualitätszirkeln vorgefilterte und im kollegialen Diskurs bewertete Ereignisse könnten hier eine qualitative Verbesserung der zu bildenden Berichtsdatenbank bewirken.

**Fazit**

Qualitätszirkelarbeit über einen langen Zeitraum funktioniert nur durch kollegiale Zusammenarbeit. Sie fördert die eigene Kompetenz und den Respekt vor der Kompetenz des Kollegen. Die Bewertung von Arbeitsprozessen, Fallanalysen, Studien und externem Fachwissen im vertrauensvoll zusammenarbeitenden Kollegenkreis ermöglicht die Hinterfragung von Routinen und die Implementierung neuer Erkenntnisse in die Praxis. Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess für alle Beteiligten zum Vorteil der Patienten und der Praxen ist die Folge.



Bernd Reiss

# 18 Jahre Ceramic Success Analysis (www.csa-online.net)

## Das Keramik-Nachuntersuchungsprojekt ist volljährig

„Sie sagen uns, was Sie tun und wie Sie es tun. Wir vergleichen und evaluieren Ihre Vorgehensweise und Ihre klinischen Ergebnisse mit denen der anderen Teilnehmer. Somit haben Sie Ihre zahnärztliche Standortbestimmung: individuell, objektiv, sofort online abrufbar und von klinischer Relevanz“

Das Qualitätssicherungsprojekt der Arbeitsgemeinschaft Keramik ist eine multizentrische Feldstudie mit mehr als 250 meist niedergelassenen Zahnärzten: anonym, kompetent, individualisiert und kostenfrei – und in dieser Struktur einmalig in der Zahnmedizin. Jeder interessierte Zahnarzt kann mit wenig Aufwand daran teilnehmen.

Der Ablauf dieser Studie ist denkbar einfach:

Die teilnehmenden Praxen übermitteln zunächst die klinischen Ausgangsbefunde wie Zahnvitalität, Papillenblutungsindex, Restaurationsgröße, Lage der Restauration und Zahntyp unter Angabe ihrer klinischen Vorgehensweisen, der verwendeten Materialien sowie Verarbeitungstechniken an die AG Keramik. Daraufhin erhält der Teilnehmer eine grafische Darstellung seiner individuellen Befunddaten und Vorgehensweisen im Vergleich zu den Mittelwerten von mehr als 20.000 Einzelversorgungen aller Studienteilnehmer. Bei besonders auffälligen Unterschieden zwischen Individualdaten und Mittelwert erhält der Teilnehmer zusätzlich zur grafischen Aufbereitung einen Kom-

mentar mit entsprechenden Hinweisen. Jede Praxis kann ihre eigenen Behandlungsdaten mit den Werten der anderen, mehr als 250 Praxen vergleichen, wodurch das Hinterfragen eigener Vorgehensweisen sowie ein anonymer Vergleich mit dem Procedere anderer Zahnärzte möglich wird. (Abb. 1)

In der darauf folgenden Phase untersuchen die CSA-Teilnehmer die von ihnen eingegliederten vollkeramischen Restaurationen in festen Intervallen und übermitteln ihre Nachuntersuchungsbefunde sowie Ereignisse an die AG Keramik. Analog zu den Einsetzungsbefunden erhält der Zahnarzt dann eine grafische Aufbereitung seiner Langzeitergebnisse im Vergleich zu den Mittelwerten aller CSA-Teilnehmer. (Abb. 2)

Dieses Procedere gibt den Teilnehmern die Möglichkeit, ihre eigene Behandlungsweise permanent zu prüfen, geeignete Indikationen für Keramikversorgungen zu erkennen und Risiken vorausschauend einzuschätzen. Damit erfüllen die Studie und ihr Informationswert alle Anforderungen eines klinischen Qualitätszirkels.

### Aus der Praxis für die Praxis

Die klinischen Erfahrungen mit vollkeramischen Restaurationen umfassen mittlerweile - zusammen mit Pilotstudien - einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren. Vor allem über CAD/CAM-gefertigte Restaura-



**Dr. Bernd Reiss,**  
Zahnarzt, Malsch  
Vorsitzender der AG Keramik,  
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde DG CZ

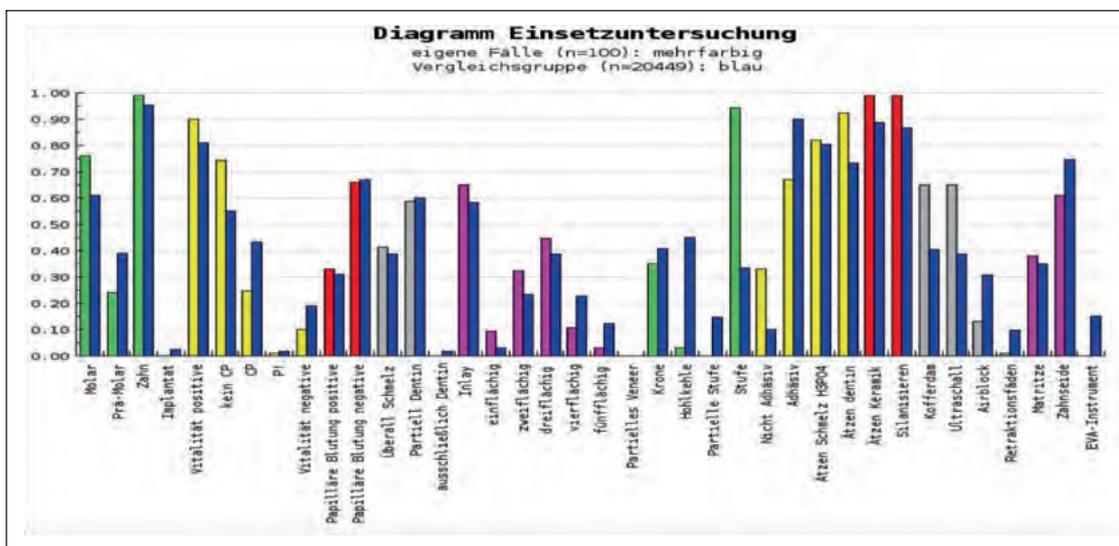


Abb. 1:  
Vergleich der eigenen Indikationen und des klinischen Procedere mit den anderen teilnehmenden Praxen.

onen liegen umfangreiche Daten vor. Gleichwohl ist die individualisierte Einzelanalyse der Praxis deutlich aussagekräftiger und dem direkten Patientenerfolg zuträglicher als der Vergleich mit Publikationen - auf welchem Evidenzlevel auch immer - denn sie bezieht das konkrete praktische Vorgehen des Behandlers direkt mit ein. Es können praktisch alle vollkeramischen Versorgungen erfasst werden.

potentielle Ursachen für die Häufung bestimmter Komplikationen erkannt werden. Hieraus ergeben sich direkte, praktische Konsequenzen für die fundierte Indikation, die optimale Therapie und die individuelle, gesicherte Langzeitprognose bei keramischen Restaurationen.

So lässt sich beispielsweise belegen, dass für den Kronenrand die „Randbegrenzung im Schmelz“ eine

## Die Qualität, also ein optimales Versorgungsergebnis entsteht nicht allein aus der Verwendung des „besten“ Produktes, sondern nur im Zusammenwirken von Produkt, individuellen Verhältnissen am Patienten und Vorgehen des Behandlers.

Während der Pilotphase (im letzten Jahrtausend) waren noch schriftliche Aufzeichnungen vom teilnehmenden Zahnarzt erforderlich, später kam ein selbstentwickeltes Computerprogramm zum Einsatz und seit 2008 ist die Dateneingabe passwortgeschützt und anonymisiert online möglich. Es wird für jeden Teilnehmer eine eigene Datenbank erstellt, Voreinstellungen ermöglichen bei gleichem Standardprocedere eine rationelle Eingabe, die auch an eine Fachkraft delegiert werden kann. Dies ermöglicht auch den Download der aktuellen, individuellen Auswertungen direkt nach Eingabe der Daten.

Neben der tabellarischen Darstellung der Ergebnisse erhält der Teilnehmer auch seine individuelle Kaplan-Meier-Auswertung für einen Zeitraum von 18 Jahren. (Abb. 3)

Kaplan-Meier-Erfolgsanalysen ermöglichen nicht nur die übersichtliche Darstellung des Gesamtergebnisses der Einzelpraxis, sondern auch die Bewertung einzelner Parameter der Gesamtgruppe. Anhand dieser Analysen konnten Risikogruppen identifiziert und

bessere Prognose hat als ein Vorgehen, das den Rand partiell ins Dentin verlegt. Diese Erkenntnis hat Konsequenzen für die Präparation des Zahnes: keine präventive Verlagerung der Präparation in den Dentinbereich, um eine dünne Schmelzwand zu stabilisieren, sondern defektorientiert präparieren. Und für die Indikation bedeutet das: Kronen - wo immer möglich - zugunsten von Teilkronen vermeiden. Dies verbessert die Langzeitprognose.

Insgesamt sind die klinischen Ergebnisse der teilnehmenden Praxen ausgezeichnet: Komplikationen und Misserfolge sind nur selten aufgetreten, es ist aber eine Kumulation in einzelnen Praxen festzustellen. Diese Einzelpraxen werden spezifisch analysiert und es wird mit dem Teilnehmer evaluiert, inwiefern einzelne Arbeitsschritte kritisch zu hinterfragen sind, um eine Verbesserung des Therapieerfolges zu ermöglichen. Eine solche individuelle Auseinandersetzung wird von den Betroffenen fast durchweg gut angenommen und schafft in einer konstruktiven fachlichen Diskussion vielfältige Motivations- und Lerneffekte.

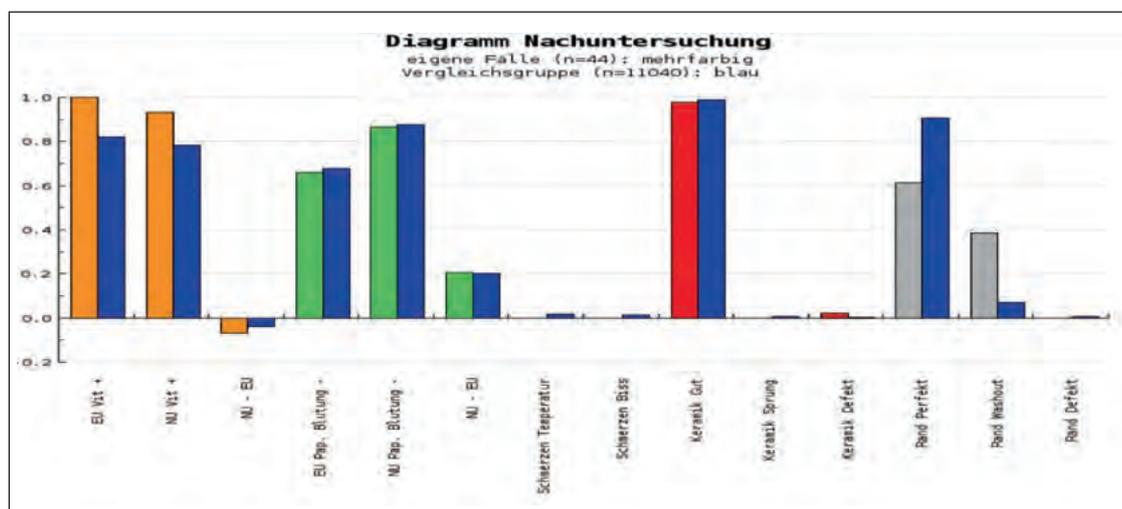


Abb. 2: Vergleich der eigenen Nachuntersuchungsergebnisse mit denen der Gesamtgruppe

Das CSA ermöglicht den Aufbau eines dynamischen Regelkreises, der geänderte Indikationsstellungen, modifizierte klinische Vorgehensweisen oder auch die Verwendung neuer Materialien gesichert analysiert und intern vergleichend bewertet. Einzelne Teilnehmer des CSA haben beispielsweise verschiedene „Kohorten“ in ihren Eingabegruppen gebildet, um einen möglichen Unterschied in der Anwendung des Präparates „A“ im Vergleich mit Präparat „B“ zu

lungen zur Qualität und Langlebigkeit von Versorgungen. Einzelne Ergebnisse dazu wurden bereits in zahnärztlichen Fachmedien veröffentlicht. Doch das CSA-Projekt generiert nicht nur erfahrungsgestütztes Wissen, sondern ermöglicht darüber hinaus den Teilnehmern selbst, wirksame Lerneffekte für die Anwendung in der eigenen Praxis zu erzielen. Insofern ist das CSA-Projekt, das von der freiwilligen Initiative vieler Zahnärztinnen und Zahnärzte getragen wird,

**Die Fülle an erhobenen Daten für die langjährige Nachverfolgung von keramischen Versorgungen, die auch die praxisspezifischen Anwendungen erfasst, ermöglicht eine bislang einmalige, feingliedrige Basis für die Beurteilung verschiedenster Fragestellungen zur Qualität und Langlebigkeit von Versorgungen. Das CSA-Projekt generiert jedoch nicht nur erfahrungsgestütztes Wissen, sondern auch wirksame Lerneffekte für die Teilnehmer.**

untersuchen, und dies in der individuellen praxisspezifischen Anwendung. Letzteres ist besonders wichtig, da viele Produkte heute äußerst techniksensitiv sind, d.h. einen enggesteckten Rahmen von Voraussetzungen benötigen (Vorgehen des Behandlers, klinische Verhältnisse am Patienten). Die Qualität, also ein optimales Versorgungsergebnis entsteht nicht allein aus der Verwendung des „besten“ Produktes, sondern nur im Zusammenwirken von Produkt, individuellen Verhältnissen am Patienten und Vorgehen des Behandlers.

Die Fülle an erhobenen Daten für die langjährige Nachverfolgung von keramischen Versorgungen, die auch die praxisspezifischen Anwendungen erfasst, ermöglicht eine bislang einmalige, feingliedrige Basis für die Beurteilung verschiedenster Fragestel-

ein gutes Beispiel für die Kraft der intrinsischen Motivation zur Qualitätsentwicklung, die letztlich nur in einem freien, selbstverwalteten Berufsstand entfaltet werden kann.

Seit einigen Jahren unterstützt die AG Keramik kleine, regionale Zirkel, in denen u. a. diese individuellen Ergebnisse aufgearbeitet werden.

Als Zukunftsperspektive ist die Ausweitung des Projektes auf andere zahnärztliche Verfahren und auch eine Integration in eine allgemeine Verwaltungssoftware für die Zahnarztpraxis denkbar.

Die Geschäftsstelle der AG Keramik steht allen, die an der Teilnahme am Qualitätssicherungsprojekt „Ceramic Success Analysis“ ([www.csa-online.net](http://www.csa-online.net)) interessiert sind, gerne für Rückfragen jeder Art zur Verfügung: [info@ag-keramik.de](mailto:info@ag-keramik.de), Tel. 0721 / 945 29 29.

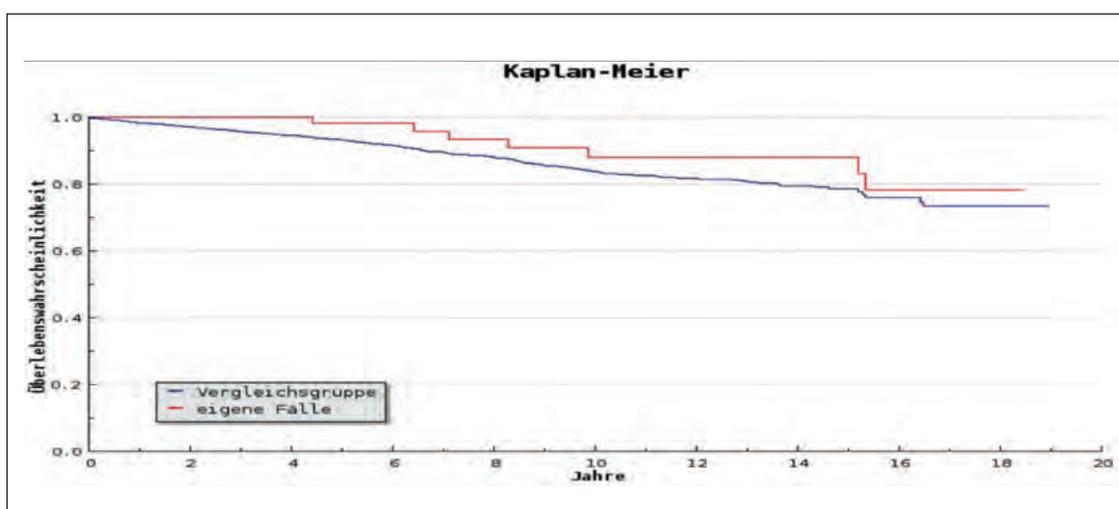


Abb.3:  
Vergleich Kaplan Meier  
Analyse Zahnarzt Z mit der Gesamtanalyse

Holger Weißig

# Sinn oder Unsinn einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung



**Dr. med. Holger Weißig,**  
Niedergelassener Zahnarzt in  
Gaußig,  
Vorstandsvorsitzender der  
KZV Sachsen

Mit dem Begriff „Qualität“ verbinden wir in der Regel eine positive Wahrnehmung. Wir denken dabei vielleicht auch an das typische „Made in Germany“, welches lange Zeit und heute immer noch ein Synonym für Qualität in der ganzen Welt darstellt.

Dass ein gutes Image nicht vor allerlei Irrwegen schützt, sehen wir an der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen. Nun nimmt sich ausgerechnet dieses „Made in Germany“ orientierte Deutschland eine sektorübergreifende Qualitätssicherung zum Ziel; das bedeutet gleichlautende Richtlinien für Krankenhäuser über Arztpraxen bis hin zu den Zahnarztpraxen. Kritikern wird gleich der Wind aus den Segeln genommen, denn sie werden als Gegner der Qualität entlarvt. Also wer könnte wohl noch gegen dieses Vorhaben sein? Lassen Sie uns trotzdem einmal ernsthaft darüber nachdenken, wieviel Sinn in derart guten Absichten steckt.

Hat man das Vergnügen, an einer der vielen Sitzungen der Arbeitsgemeinschaften (AGs) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) teilzunehmen, wird man sehr schnell mit dem PDCA-Zyklus - plan, do, check, act - konfrontiert. In die Alltagssprache übersetzt, stehen P für die Analyse und das Planen, D für die Realisierung, C für die eigene Überprüfung und A für das Handeln aus der Erkenntnis des vorhergehenden Schrittes C. Der PDCA-Zyklus gehörte auch schon vor seiner Entdeckung durch die Wissenschaft zu den intuitiven Selbstverständlichkeiten verantwortungsvollen Handelns in allen Bereichen des Lebens, sei es im Alltag einer jeden Familie, in der Zahnarztpraxis oder in der Gesundheitspolitik.

Problematisch wird es aber, wenn diese zutiefst vernünftige Methode schablonenhaft und losgelöst von den spezifischen Zusammenhängen der Realität beispielsweise auf die Prozesse in der Zahnarztpraxis übertragen werden soll.

Ein altes Sprichwort sagt: „Erwarte von anderen nicht etwas, das du selbst nicht erreichen kannst.“

Folglich muss der PDCA-Zyklus auch auf die Arbeit der AGs im G-BA angewendet werden. In den vielen Sitzungen beim G-BA der letzten Jahre gab es nicht eine einzige wirklich tiefgründige Analyse zu den vermuteten Qualitätsproblemen in der Zahnheilkunde.

Wenn ich aber keine Diagnose gestellt habe, brauche ich auch nicht mit der Therapie beginnen. Da hilft auch nicht der Verweis darauf, dass der theoretische Ansatz richtig ist und sich bei anderen bewährt hat. Eine sektorübergreifende Betrachtung hilft nicht weiter, wenn man die sektorspezifischen Belange nur halbherzig wahrnimmt.

Denn Zahnärzte haben sehr viel Erfahrung mit Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung!

Innerhalb des vertraglichen Gutachterwesens stellen sich Zahnärzte in Deutschland einer flächendeckenden Qualitätsbeurteilung, die jeweils auf Grundlage von Richtlinienvorgaben individuell am klinischen Fall erbracht wird. In kaum einem anderen medizinischen Bereich gibt es für alle größeren und umfangreicheren Therapieinterventionen auch Planungsgutachten. Das Verhindern oder die Korrektur falscher Therapieabläufe ist für den Patienten der viel bessere Weg, als die ausschließlich angestrebte ergebnisorientierte Beurteilung.

Zudem kann die Einschätzung der Ergebnisqualität nie losgelöst vom Ausgangsbefund und der Compliance des Patienten betrachtet werden. Die aktive Mitarbeit des Patienten spielt in der Zahnheilkunde eine beachtliche Rolle, die Zahnärzte fordern diese von ihren Patienten täglich. In den letzten Jahrzehnten ist hier eine hervorragende Aufklärungsarbeit seitens des Berufsstandes geleistet worden. Wir haben in aller Regel den aufgeklärten und interessierten Patienten auf unserem Behandlungsstuhl. Dieser hat natürlich auch ein Recht auf eine qualitativ hochwertige Behandlung. Innovative Techniken in der Zahnheilkunde benötigen jedoch zum Erreichen eines hohen Qualitätsstandards einen beträchtlichen Mitteleinsatz. Nicht selten ist auch der Patient mit einem nicht geringen Eigenanteil an der Therapie beteiligt.

Wenn Krankenkassen und Bürger sehr viel Geld in ihre zahnmedizinische Therapie investieren, ist es verständlich, dass man nach einem Kontrollinstrument sucht. Da jede therapeutische Intervention dem individuellen Patientenwunsch angepasst und den spezifisch anatomischen Gegebenheiten Rechnung tragen muss, ist ein einheitlicher Maßstab für Qualität, der eine überindividuelle Vergleichbarkeit er-

möglichen würde, aber nur schwer definierbar. Für ein solches Unterfangen müssten die individuellen Ausgangsbefunde und die Patientenrisiken (Compliance, Mundhygiene) aufwendig dokumentiert und in ein entsprechendes, standardisiertes System der Risikoadjustierung transferiert werden. Schon hier entsteht die Frage, ob der absehbar große Aufwand auch nur ansatzweise im Verhältnis zum erwartbaren Nutzen steht. Hinzu kommt: Wer Qualität messen möchte, braucht zuverlässige Messinstrumente. Valide Qualitätsindikatoren, die allgemein anerkannt

Der politische Wille, die Qualität medizinischer Leistungen messbar zu machen, ist also meilenweit entfernt von den wissenschaftlichen Möglichkeiten, die die Forschung heute bietet. Wie jedes wissenschaftliche Unterfangen, wird auch die Entwicklung von zuverlässigen Qualitätsindikatoren ein ergebnisoffener Prozess sein, bei dem nicht klar ist, ob das angestrebte Ziel am Ende auch wirklich erreicht werden kann.

Somit steckt man für Entscheidungen, die zukünftig anstehen, in einem Dilemma. Auf der einen Seite stei-

**Wer Qualität messen möchte, braucht zuverlässige Messinstrumente. Valide Qualitätsindikatoren, die allgemein anerkannt sind und eine Reproduzierbarkeit erlauben, gibt es schlichtweg in der Zahnheilkunde derzeit nicht. Wenige, in der eigenen Profession entwickelte Vorschläge wurden durch den G-BA nicht aufgegriffen oder zur Unkenntlichkeit transformiert. Zukünftige Beschlüsse dieser Genese werden mit Sicherheit wenig Akzeptanz im Berufsstand erfahren.**

sind und eine Reproduzierbarkeit erlauben, gibt es schlichtweg in der Zahnheilkunde derzeit nicht. Wenige, in der eigenen Profession entwickelte Vorschläge wurden durch den G-BA nicht aufgegriffen oder zur Unkenntlichkeit transformiert. Zukünftige Beschlüsse dieser Genese werden mit Sicherheit wenig Akzeptanz im Berufsstand erfahren.

Blicken wir über den Bereich der Zahnmedizin hinaus, sieht es mit den Messinstrumenten für die Qualität medizinischer Interventionen nicht viel besser aus. Qualitätsindikatoren (QI) sollten selbstverständlich ebenso wie die zu messende medizinische Leistung evidenzbasiert sein. Da sie die Qualität der Versorgung unter Alltagsbedingungen messen sollen, müssen sie zunächst einmal mindestens die Anforderungen erfüllen, die an die Endpunkte klinischer Studien gestellt werden - ganz zu schweigen von dem Delta, das sich beim Vergleich Klinische Studie versus Praxisalltag auftut. Doch nicht einmal das gelingt in der Breite.

Der Dresdner Versorgungsforscher Prof. Dr. Jochen Schmitt konnte zeigen, dass von den derzeit über 2000 in Deutschland verwendeten Qualitätsindikatoren die wissenschaftliche Evidenz zu deren Güte und Performance bisher weitestgehend fehlt. Da die Güte der vorhandenen Qualitätsindikatoren unklar sei, müsse die Entwicklung der QI zunächst einmal auf eine breite wissenschaftliche Basis gestellt werden, so Schmitt in einem Vortrag auf der 6. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA im Jahre 2014.

gen die Kosten im Gesundheitswesen, auf der anderen Seite hat man kein sicheres Instrument in der Hand, um zu messen: Ist das Geld auch gut eingesetzt?

Auf den völlig falschen Weg gerät man nun, wenn Qualitätssicherung zur Kostendämpfung missbraucht wird. Bekanntlich sind die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung endlich. Am vollumfänglichen Leistungskatalog will man auch festhalten - bei immer höherem Qualitätsanspruch.

Da wird es nicht hilfreich sein, ausschließlich neue Richtlinien zu erlassen. Die Zahnärzteschaft wird neben den Qualitätsmanagement-Richtlinien zukünftig konfrontiert mit Qualitätssicherungs-Richtlinien, Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien und Qualitätsförderungs-Richtlinien. Nach Möglichkeit sollen alle Richtlinien auch noch sektorübergreifend gleichlautend verabschiedet werden. Dieser Ansatz beruht ausschließlich auf der Hypothese: Es würde damit alles besser werden!

Sektorspezifische Vorgaben würden in der Regel mit weniger Aufwand und mit weniger Abstimmungsprozessen verbunden sein sowie im Berufsstand zu höherer Akzeptanz führen - eine Grundvoraussetzung, um die Vorgaben in der Praxis wirklich mit Leben zu erfüllen. Diese Überlegungen finden allerdings wenig Gehör in der Politik und den G-BA-Gremien. Vielmehr geht man in stundenlange Sitzungen, in denen mehr formaljuristisch, als der Sache dienend, Argumente von unzählig vielen Interessengruppierungen vorgebracht werden. Es lässt nicht verwundern, dass nur

## Was in der Qualitätsdiskussion oft übersehen wird: Der niedergelassene Zahnarzt hat nicht nur aus seinem ärztlichen Ethos heraus, sondern auch als Unternehmer ein starkes Interesse an einem funktionierenden Qualitätsmanagement und der Absicherung einer entsprechenden Qualität. Deutschland kann mit seiner hohen Zahnarzt-dichte auf wettbewerbliche Elemente und der damit verbundenen intrinsischen Qualitätssicherung bauen.

minimale Schnittmengen als unbefriedigende Resultate daraus entspringen.

Schon das Konstrukt G-BA mit der typischen Stimmrechtsverteilung - eine Stimme für die Zahnärzte gegen neun Stimmen von den anderen Trägerorganisationen mit unterschiedlichen Partikularinteressen sowie den drei Unparteiischen - macht eine Interessenvertretung schwer umsetzbar. In einem solchen Umfeld ist eine von Akzeptanz im eigenen Berufsstand getragene Entscheidung praktisch nicht erreichbar. Doch Qualitätsthemen kann man nicht verordnen, Qualität muss sich freiwillig entfalten können.

Qualitätsförderung ist auch in der Zahnheilkunde ein intrinsisches, das heißt aus dem eigenen unternehmerischen Bedürfnis heraus wirkendes, Geschehen. Zahnärzte haben deshalb immer auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Wert gelegt, vielleicht zu wenig der Öffentlichkeit davon berichtet oder niedergeschrieben.

Was in diesem Zusammenhang oft übersehen wird: Der niedergelassene Zahnarzt hat nicht nur aus seinem ärztlichen Ethos heraus, sondern auch als Unternehmer ein starkes Interesse an einem funktionierenden Qualitätsmanagement und der Absicherung einer entsprechenden Qualität. Deutschland kann mit seiner hohen Zahnarzt-dichte auf wettbewerbliche Elemente und der damit verbundenen intrinsischen Qualitätssicherung bauen.

Der Berufsstand der deutschen Zahnärzte stellt sich der Qualitätsdiskussion. In seinem Grundsatzpapier „Agenda Qualitätsförderung für die zahnmedizinische Versorgung“ nimmt er dazu klar Stellung. Kon-

kret wird die Qualität in der vertragszahnärztlichen Fortbildung, in Qualitätszirkeln, in dem Projekt CIRS dent und vielen anderen Bausteinen der zahnärztlichen Selbstverwaltung gefördert. Es verweigert sich auch kein standespolitischer zahnärztlicher Vertreter im G-BA einer sinnvollen und zielführenden Qualitätsdiskussion. Doch werfen die nicht selten frustrierenden Erfahrungen mit der Arbeit und den Entscheidungsprozessen im G-BA Fragen nach der Effizienz dieses Gremiums auf: Schließlich werden enorme Ressourcen verbraucht für das Vorhalten des G-BA, des dazugehörigen wissenschaftlichen Instituts, der unüberschaubaren Vielzahl von Ausschüssen, die wiederum enorm viele Dienstreisegelder der Trägerorganisationen verschlingen, sowie einer steigenden personellen Besetzung bei den beteiligten Institutionen. Weiterhin ist geplant, Strukturen zu gründen, die die Datenannahme und Auswertung von Qualitätsparametern durchführen.

Auch dieses große Räderwerk muss sich im Sinne eines PDCA-Zyklus die Frage gefallen lassen: Ist dieser enorme Mitteleinsatz vertretbar, um wirkungsvoll die Qualität in der medizinischen Versorgung zu fördern? Ist der sektorübergreifende Ansatz mit all seinen damit verbundenen Imponderabilien wirklich ökonomisch sinnvoll? Wo wurde nachweislich einzig durch die Maßnahmen des G-BA die Qualität am Patienten verbessert?

Diese Geldmittel könnten auch direkt der Behandlung von Patienten zur Verfügung gestellt werden. Zumindest bei Zahnärzten würden sektorspezifische Regelungen, die durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen kontrolliert werden, einen effizienteren Ressourceneinsatz garantieren!

Christian Nobmann

# Medizinische Leitlinien, ärztlicher Standard und Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Ausgangssituation ist einfach. Der Versicherte kommt in die Praxis. Er schildert dem Arzt sein gesundheitliches Anliegen. Der Arzt erhebt die Anamnese, diagnostiziert und behandelt den Patienten unter Anwendung seiner medizinischen Kenntnisse. Der Versicherte wird (soweit möglich) gesund und die Krankenkasse vergütet den Arzt für sein Tätigwerden.

Dieses in einer Praxis alltägliche Szenario führt jedoch zu Fragen, die den Kern jeglicher medizinischer Tätigkeit berühren: An welchem Standard hat sich eine medizinische Intervention auszurichten? Welche Leistungen darf der Arzt vertragsärztlich erbringen und abrechnen? Und in welchem Verhältnis stehen diese Regelungen zueinander?

## Medizinische Leitlinien und der ärztliche Standard

Für die Beantwortung dieser Fragen finden sich unterschiedliche rechtliche Anknüpfungspunkte. Nach den zivilrechtlichen Regeln über den Behandlungsvertrag hat eine medizinische Behandlung nach dem zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen.<sup>1</sup> Wann eine Leistung dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht worden ist, ergibt sich aus diesen rechtlichen Vorgaben nicht unmittelbar. Jedoch können medizinische Leitlinien wichtige Anhaltspunkte bieten. Diese werden von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften in einem strukturierten Verfahren erstellt und dienen nach der Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als „systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.“<sup>2</sup>

Die vorsichtige Umschreibung als „Hilfen“ zur Entscheidungsfindung zeigt, dass Leitlinien medizinische Erkenntnisse nicht umfänglich und abschließend darstellen können, da sie nicht alle Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigen können. Dazu können sie ihrerseits veralten, da sie neuere wissenschaftliche Erkenntnisse, die nach ihrer Erstellung gewonnen wurden, nicht beinhalten. Aus diesem Grund dürfen Leitlinien nicht unesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden und ihnen kann keine rechtliche Verbindlichkeit zukommen.<sup>3</sup>

Aus der Verpflichtung des Arztes, den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen, ergibt sich vielmehr eine umfängliche Pflicht, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.<sup>4</sup> Die Rechtsprechung legt hier einen hohen Maßstab an, wonach der Arzt gehalten ist, „sich bis an die Grenze des Zumutbaren über die Erkenntnisse und Erfahrungen der Wissenschaft unterrichtet zu halten“.<sup>5</sup> Im Einzelfall kann es so geboten sein, dass der Arzt von den jeweiligen Leitlinien abweicht, weil neuere wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen.

## Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Neben dieser individuellen Verpflichtung des Arztes, die den haftungsrechtlich relevanten Inhalt der Behandlung vorgibt, werden Inhalt und Umfang der Behandlung leistungsrechtlich definiert. Vertragsärzte sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Ihre Leistungen müssen dabei dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.<sup>6</sup> Zugleich unterliegen vertragsärztliche Leistungen dem Gebot, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein zu müssen und das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen.<sup>7</sup>

<sup>3</sup> BGH, Urteil v. 15.04.2014, Az. VI ZR 382/12

<sup>4</sup> § 4 bzw. § 5 der MBO von BÄK bzw. BZÄK

<sup>5</sup> BGH, Urteil v. 15.03.1977, Az. VI ZR 201/75

<sup>6</sup> § 135a Abs. 1 SGB V

<sup>7</sup> § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V



Bild: zm (mg)

**Christian Nobmann,**  
Rechtsanwalt,  
Leiter der Abteilung Koordination  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
der Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung (KZBV)

<sup>1</sup> § 630a Abs. 2 BGB

<sup>2</sup> <http://www.awmf.org/leitlinien.html> (Abruf am 02.05.2016)

Ein klassischer Fall aus dem Bereich der zahnärztlichen Versorgung ist die endodontische Behandlung eines Molaren bei nicht geschlossener Zahnreihe, wenn sich der Zahn aus zahnmedizinischer Sicht mit einer fachgerecht durchgeführten Wurzelkanalbehandlung erhalten lässt. Nach den Vorgaben der Behandlungs-Richtlinie des G-BA ist dieser Zahn nicht erhaltungswürdig und dessen endodontologische Behandlung nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. In dieser Situation kollidieren medizinischer Standard und leistungsrechtliche Vorgaben. [...] Es ist offensichtlich, dass die erreichbare Qualität der Behandlung durch die Richtlinie des G-BA limitiert wird.

Wird ein Arzt im Rahmen einer kassenärztlichen Behandlung tätig, so ist er an Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gebunden, andernfalls ist die Leistung nicht abrechnungsfähig. Der G-BA beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Diese Richtlinien sind für Ärzte, Krankenkassen und Versicherte verbindlich.<sup>8</sup> Im Rahmen ambulanter ärztlicher Behandlung gilt dabei das sogenannte „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der G-BA Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung abgegeben hat. Dazu erlässt der G-BA für einzelne medizinische Verfahren Regelungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Medizinische Leitlinien können bei der Ausgestaltung des Leistungskataloges sowie bei der Erarbeitung von untergesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den G-BA eine Rolle spielen, wenn diese den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse abbilden. Denn Qualität und Wirksamkeit der zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen haben unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.<sup>9</sup> Den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ermittelt der G-BA auf Grundlage der evidenzbasier-

<sup>8</sup> § 91 Abs. 6 SGB V

<sup>9</sup> § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V

ten Medizin. Dabei überprüft der G-BA auch, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und geht begründeten Hinweisen nach, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen. Bei der Konkretisierung der Qualitätsvorgaben transformiert der G-BA in strukturierten Prozessen unter Einbindung externer Expertise die aktuellen medizinischen Erkenntnisse in verbindliche Normvorgaben.

#### **Das Verhältnis von medizinischem Standard und den Vorgaben des G-BA**

Aus der rechtlichen Verbindlichkeit der Richtlinien des G-BA kann für den Arzt und den Versicherten ein Problem erwachsen, wenn sich zwischen den leistungsrechtlichen Vorgaben des G-BA und dem medizinischen Standard Unterschiede ergeben. Es lassen sich zahlreiche Beispiele finden, in denen leistungsrechtliche Vorgaben des SGB V und des G-BA in Ausprägung einer wirtschaftlichen kassen(zahn)ärztlichen Versorgung Behandlungsmöglichkeiten limitieren. Ein klassischer Fall aus dem Bereich der zahnärztlichen Versorgung ist die endodontische Behandlung eines Molaren bei nicht geschlossener Zahnreihe, wenn sich der Zahn aus zahnmedizinischer Sicht mit einer fachgerecht durchgeführten Wurzelkanalbehandlung erhalten lässt. Nach den Vorgaben der Behandlungs-Richtlinie des G-BA ist dieser Zahn nicht erhaltungswürdig und dessen endodontologische Behandlung nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.<sup>10</sup> In dieser Situation kollidieren medizinischer Standard und leistungsrechtliche Vorgaben. Der Arzt wird im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in seiner Therapiefreiheit beschränkt und dem gesetzlich krankenversicherten Patienten steht nicht die Bandbreite medizinisch möglicher und sinnvoller

<sup>10</sup> B. III. 9 und 10 Behandlungs-RL

Optionen zur Verfügung. Es ist offensichtlich, dass die erreichbare Qualität der Behandlung durch die Richtlinie des G-BA limitiert wird.

Die Rechtsfrage, in welchem Verhältnis die Maßstäbe des medizinischen Standards und sozialleistungsrechtliche Vorgaben stehen, ist bislang nicht abschließend

kenversicherung aus diesem Grundrecht ableiten. Jedoch hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass der Versicherte Anspruch auf eine kostenlose Folgebehandlung hat, wenn ein Arzt nach leistungsrechtlichen Vorgaben nur eine bestimmte Behandlung erbringen darf, die sich im Nachgang als schädigend erweist.<sup>13</sup>

## Die Rechtsfrage, in welchem Verhältnis die Maßstäbe des medizinischen Standards und sozialleistungsrechtliche Vorgaben stehen, ist bislang nicht abschließend geklärt und wird zuweilen überaus kontrovers diskutiert. Die Rechtsprechung hält überwiegend daran fest, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot medizinische Standards nicht limitieren kann.

geklärt und wird zuweilen überaus kontrovers diskutiert. Die Rechtsprechung hält überwiegend daran fest, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot medizinische Standards nicht limitieren kann.<sup>11</sup> Das Landgericht Memmingen hat 2015 in einem Fall der Extraktion eines an sich erhaltungsfähigen, aber nicht abrechenbaren Zahnes 1.7. ausgeführt, dass die Behandlung eines Patienten nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat, wobei die Pflicht zur Einhaltung dieser Facharzt-Standards auch gegenüber gesetzlich versicherten Patienten besteht. Auch das sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot oder Probleme der Budgetierung stellen keinen Grund dar, von diesem Maßstab abzuweichen.<sup>12</sup> Allerdings hat das Gericht die Haftung des Arztes verneint, da dieser den Versicherten über die privat zu bezahlende Behandlungsalternative der Wurzelkanalbehandlung rechtzeitig aufgeklärt hatte und dieser die Extraktion wählte. Ein solcher Lösungsansatz ist als sachgerecht anzusehen, da er sowohl den Interessen des Arztes, der Solidargemeinschaft und des Patienten gerecht wird, dem die alternative Behandlungsmöglichkeit nicht grundsätzlich verschlossen bleibt.

Hiervon abzugrenzen sind Fälle, in denen Entscheidungen des G-BA den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht mehr abbilden und es bei Durchführung einer vom Leistungskatalog vorgegebenen Leistung zu Schädigungen kommt. Der grundrechtlich verankerte Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit beinhaltet ein deutliches Vorzeichen, unter dem diese Diskussion zu führen ist. Zwar können Versicherte nicht grundsätzlich einen subjektiven Anspruch auf bestimmte medizinische Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Kran-

Erweitert werden muss die Betrachtung für Fälle, in denen eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung überhaupt nicht zur Verfügung steht. In seiner als „Nikolausbeschluss“ bekannt gewordenen Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass gesetzlich Krankenversicherten, für deren lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung keine dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung steht, Alternativen gleichwohl von der Krankenkasse zu bezahlen sind, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.<sup>14</sup> Diese Entscheidung zeigt, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot dort endet, wo übergeordnete Rechtsgüter des Versicherten betroffen sind.

<sup>13</sup> BVerfG, Beschluss v. 14.08.1998, Az. 1 BvR 897/98

<sup>14</sup> BVerfG, Beschluss v. 6.12.2005, Az. 1 BvR 347/98

<sup>11</sup> siehe bei Berg/Ulsenheimer (2006) S. 75.

<sup>12</sup> LG Memmingen, Urteil. v. 24.02.2015, Az. 21 O 1336/13

Maria Michalk

# Zahnmedizinische Versorgung - Fortschreibung einer Erfolgsgeschichte in die Zukunft



**Maria Michalk,**  
Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag

## Solidarität und Eigenverantwortung

Gesundheit ist ein hohes Gut. Es steht weit über allen anderen Bedürfnissen. Die Zahngesundheit gehört dazu. Trotz dieser allgemeinen Feststellung empfindet jeder seine ganz persönliche Gesundheit sehr individuell. Hieraus erwächst die Diskussion, was einerseits der Staat und die Solidargemeinschaft für eine optimale Gesundheit der Bevölkerung und jeden einzelnen Bürger zu leisten hat und worin andererseits die Eigenverantwortung des Einzelnen liegt.

In der Zahngesundheit ist für jeden sofort offenbar, dass das ordentliche, regelmäßige Zähneputzen vom Kindesalter an ausschlaggebend und ein grundsätzliches Element der Eigenverantwortung ist. Alle möchten schöne Zähne haben. Schöne Zähne haben sehr viel mit Pflege zu tun. Die Qualität der Zahnsubstanz, die Funktionalität der Zahnreihen, auch die Gebissstellung – das alles gehört in die zahnmedizinische Vorsorge und eine professionelle Behandlung. Nicht von ungefähr legen die Krankenkassen Wert auf den Nachweis einer regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung und stimulieren dies mit Bonus-/Malusregelungen.

Jeder kennt den Zahnschmerz. Er kann unerträglich werden. Niemand muss in einer modernen Gesellschaft unter Zahnschmerz leiden. Im Zweifel wird man von diesem schmerzenden Zahn getrennt. Bedeutet der Verlust von Zähnen weniger Gesundheit? Nirgendwo in der europäischen Rechtstradition ist ein Recht auf Gesundheit niedergelegt, auch nicht auf ein vollständiges Gebiss. Gleichwohl besteht für alle Menschen ein Recht auf medizinische Versorgung. Ein funktionierendes Gebiss hat großen Einfluss auf die Lebensqualität. Deshalb ist an dieser Stelle zu betonen: Wo es Rechte gibt, gibt es auch Pflichten.

In den letzten Jahren ist sehr deutlich geworden, dass unser Gesundheitssystem nur dann dauerhaft funktionstüchtig bleiben kann, wenn der Einzelne nicht allein den Schutz der Gemeinschaft einfordert, sondern ebenso seine Eigenverantwortung wahrnimmt. Dieser Aspekt muss stärker als bisher in den Blick genommen werden, wenn u.a. die Grenzen unseres Gesundheitssystems abgesteckt werden. In diesem Duktus ist auch die Umsetzung des Präventionsge-

setzes zu forcieren. Aber auch die akute zahnmedizinische Versorgung wächst in ihrer Bedeutung. Das zeigen nicht nur die flächendeckenden Angebote im zahnmedizinischen ärztlichen Bereitschaftsdienst, sondern auch deren Inanspruchnahme. Deutschland ist hier sehr vorbildlich.

## Der ethische Wert in der Versorgung wächst

Je besser die Diagnostik und der therapeutische Kenntnisstand, desto optimaler kann die zahnmedizinische Versorgung sein. Aber auch das Ethos des Arztes ist wichtig. Medizinische Forschung und dadurch bewirkte medizinische Fortschritte sind sehr segensreich. Sie sind eng verbunden mit der Menschenwürde. Die Grenzen sind nämlich dort erkennbar, wo nach dem Festbetragsprinzip im zahnmedizinischen Versorgungsangebot nicht mehr nur die notwendige und wirtschaftliche Versorgungsform angeboten wird, sondern sich der Leistungserbringer von optimalen Einkommensmöglichkeiten leiten lässt. Hier ist eine sachgerechte Beratung unverzichtbar. Sie hat sogar einen eigenen ethischen Wert.

## Verteilungsmaßstäbe

Wenn wir alle wissen, dass in unserem Gesundheitswesen nicht jeder zu jedem Zeitpunkt die gleiche Leistung entgegennehmen kann, wird zu Recht nach dem Verteilungsmaßstab und nach dem Verteilungsverfahren gefragt. Die Auswahl sollte für jeden möglich sein. In der sozialen Marktwirtschaft gibt es den Anbieter, der sich seinen Nachfrager sucht. Und der Nachfrager muss die Auswahl unter den Anbietern haben. Das ist die eine Seite der Verteilung. Die andere kann der Staat ausfüllen, der nicht nach Gegenleistung fragt, sondern sich vom Bedarf leiten lässt. Beide Verteilungslinien gibt es im deutschen Gesundheitswesen. Die erstgenannte wird im zahnmedizinischen Bereich praktiziert, denn es gibt hier keine Bedarfsplanung mit Blick auf die Niederlassung der Zahnmediziner. Die zweitgenannte umschreibt die Philosophie der allgemeinen medizinischen Versorgung in unserem Land. Sie ist besonders auf die Solidarität in der Gesellschaft ausgerichtet. Verbindend zwischen beiden Verteilungsprinzipien ist der Generationenvertrag. Da dieser sich permanent in seiner Struktur verändert, ist und bleibt die Optimierung

der ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung ein ständiges gesellschaftspolitisches Thema. Dank der Leistungen der Medizin auf allen Gebieten wird der Mensch immer älter, nimmt damit die Gesundheitsleistungen aber auch länger in Anspruch. Uns fehlen Beitragszahler. Deshalb war die Einführung der „kleinen Gesundheitsprämie“ in der zahnmedizinischen Versorgung ein Meilenstein.

#### **Qualität der Zahnmedizin wird immer besser**

Der Begriff „Qualität“ umfasst eine ausreichende und zweckmäßige, d.h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte sowie wirtschaftliche medizinische Versorgung. Deshalb unterscheiden wir nach Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Dass, wenn diese drei Betrachtungsgrundsätze zusammenfließen, höchste Ergebnisse erzielbar sind, können wir sehr schön an der Entwicklung der Karies sehen. Bei Kindern und Jugendlichen haben die aufgebauten Strukturen zur Aufklärung, Anleitung, Vorsorge, Betreuung und Kontrolle zu einem erheblichen Rückgang dieser gefährlichen Erkrankung geführt. Auch bei Erwachsenen und Senioren gibt es einen klaren Trend zum Zahnerhalt. Hier haben wir im internationalen Vergleich große Erfolge zu verzeichnen. Besondere Versorgungsbedarfe haben wir allerdings noch bei besonderen zahnmedizinischen Risikogruppen, wie Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen. Hier unterstützt die Politik die Bemühungen um mehr Qualität, z.B. durch finanzielle Unterstützung der aufsuchenden zahnmedizinischen Versorgung.

Die Qualität der Mundgesundheit hat direkten Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden des Menschen. Sie unterstützt die Vermeidung anderer schwerer Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gerade im biologischen System des menschlichen Körpers gibt es keine abgeschotteten Bereiche und so erhöht eine bessere Mundgesundheit auch die Allgemeingesundheit - so kann Versorgungsqualität zum Nulltarif gesteigert werden. Das muss von den Beteiligten noch stärker verinnerlicht werden.

#### **Versorgungsalltag mit noch besserer Qualität**

Die Dimension der Versorgungsqualität wird trotz aller Fortschritte immer noch unterschätzt. Keine Über-, keine Unter- und keine Fehlversorgung – das muss der Leitgedanke in der weiteren Optimierung der gesundheitlichen Versorgung im Allgemeinen, und der zahnmedizinischen Versorgung im Speziellen bleiben. Dazu gehört die Versorgung in der Fläche, als auch in Versorgungszentren.

Immer wieder werden weltweit Modelle zur Vermeidung von Qualitätsmängeln gestartet. Auch in Deutschland steht die Qualitätsverbesserung im Versorgungsalltag ganz oben auf der Aufgabenliste.

**Die Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Kriterien für das Messen von Qualität zu entwickeln, steht im Raum. Hier ist die Fachdiskussion nützlich, ganz nach dem Motto: Der Weg ist das Ziel. Wann es justiziable Kriterien geben wird, ist aktuell nicht erkennbar. Doch das Herantasten an diese Fragestellungen gehört zur fortschrittlichen Medizin.**

Wie Ergebnisqualität zu messen ist, wird seit langem diskutiert. Ebenso, ob die Vergütung daran zu knüpfen ist. Das ist legitim. Das Messen dieser Ergebnisqualität ist offensichtlich nicht allein durch Patientenbefragung möglich. Ob Krankenkassen für planbare Eingriffe Einzelverträge abschließen sollten, kann man diskutieren. Aber die Befürchtung von zusätzlicher Bürokratie ist nicht ohne weiteres zu negieren.

Die Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Kriterien für das Messen von Qualität zu entwickeln, steht im Raum. Hier ist die Fachdiskussion nützlich, ganz nach dem Motto: Der Weg ist das Ziel. Wann es justiziable Kriterien geben wird, ist aktuell nicht erkennbar. Doch das Herantasten an diese Fragestellungen gehört zur fortschrittlichen Medizin.

Patientinnen und Patienten beantworten diese Fragen auch nach ihrer subjektiven Wahrnehmung. Sie sind mit der Versorgung bei ihrem Zahnarzt zufrieden oder nicht. Deshalb bleiben sie bei ihm oder suchen sich einen anderen. Da, wie gesagt, dieser Bereich nicht beplant ist, ist die Auswahl- und Ausweichmöglichkeit sogar in der Fläche unseres Landes eher sehr hoch. Das sieht in der hausärztlichen Versorgung ganz anders aus. Trotzdem halten wir politisch am Wahlrecht der Versicherten fest.

Dass zur Qualitätsmessung zwischenzeitlich gutachterliche Stellungnahmen vorliegen, ist eine Bereicherung der Diskussion. Auch Modellprojekte tragen in der Regel dazu bei, zu evidenzbasierten Aussagen zu kommen. Ob dies allerdings auch zur allgemeinen Akzeptanz der möglichen Verfahren beiträgt, ist offen, vor allem, weil Steuerungseingriffe in das jetzige gewohnte System eher abgelehnt werden. Es bleibt eine spannende Diskussion.

Michael Sonntag

# Qualitätssicherung beim zahnärztlichen Röntgen. Führt Erfolg zu mehr Aufwand?



**Dr. Michael Sonntag,**  
Zahnarzt, Bochum,  
Vorsitzender der zahnärztlichen  
Stelle Nordrhein-Westfalen,  
Vorsitzender des WZW,  
Beisitzer im Vorstand der IGZ

In keinem Teilgebiet der Zahnheilkunde ist eine standardisierte Qualitätssicherung bereits so lange und so tief verwurzelt wie im zahnärztlichen Röntgen.

Seit der Entwicklung von ersten Röntgenverfahren zur Anwendung am Menschen am Beginn des vergangenen Jahrhunderts ist das Röntgen fester Bestandteil zahnärztlicher Diagnostik und Therapieevaluation. Gleichzeitig sind archivierte Röntgenaufnahmen ein wesentliches und (bislang) unfälschbares (!) Element zahnärztlicher Behandlungsdokumentation. Sie gehören zu den Dokumenten, die am häufigsten zur qualifizierten Weiterbehandlung – oder zur Begutachtung – zwischen einzelnen Zahnarztpraxen ausgetauscht werden. Die Verpflichtung zur Weitergabe von Röntgendokumentationen auf Anforderung übt naturgemäß auch einen gewissen Druck zur Selbstoptimierung, also Qualitätssicherung, beim einzelnen Anwender aus. Hinzu kommt, dass für das medizinische Röntgen bereits vor 20 Jahren (und vor anderen Bereichen der zahnärztlichen und ärztlichen Berufsausübung) typische Elemente eines Qualitätsmanagements, wie individualisierte Arbeitsanweisungen, rechtlich verbindlich eingeführt wurden. Gerade im Bereich des Röntgens kommt einer das Verfahren immer aufs Neue optimierenden Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung zu, da es sich bei der Anwendung dieser Techniken am Patienten immer um potentiell schädigende Prozesse handelt.

Verankert in der Röntgen- und der Strahlenschutzverordnung, die die bundesrechtliche Grundlage der Anwendung medizinischer Röntgenverfahren darstellen, üben die ärztlichen und zahnärztlichen Stellen eine von den Berufskörperschaften unabhängige Prüf- und Beratungstätigkeit aus, deren explizite Kernaufgabe die Qualitätssicherung der medizinischen Strahlenanwendung ist. Gemäß der bislang und derzeit geltenden Qualitätssicherungs-Richtlinien für das Röntgen werden hierbei im 3-Jahres-Turnus für jedes Gerät bzw. Verfahren die Aufnahmen eines standardisierten Prüfkörpers aus der gültigen Abnahmeprüfung mit denen aktueller Konstanzprüfungen verglichen sowie aktuelle Patientenaufnahmen durch fachkundige (zahnärztliche) Prüfer beurteilt. Vor 2013 waren die zum qualifizierenden Prüfergebnis führenden Be-

wertungskriterien in der Obliegenheit der einzelnen (landes-)zahnärztlichen Stellen, seitdem wurden verpflichtende bundeseinheitliche Bewertungskriterien und Mängelkategorien eingeführt.

Dahingehend betreut allein die zahnärztliche Stelle NRW derzeit annähernd 10.000 Praxen mit ca. 20.000 zahnärztlichen Röntgeneinrichtungen. Diese Tätigkeit wird von aktuell vier Vollzeit- und zwei Teilzeitmitarbeitern geleistet, die auch weitere administrative Aufgaben wie die Registrierung von Geräten, Sachverständigenprüfberichten und Fachkundenachweisen sowie die Organisation und Durchführung von Fortbildungen zur Aktualisierung der Fachkunde (für jeden radiologisch Tätigen oder Assistierenden alle fünf Jahre verpflichtend) übernehmen. Hinzu kommen sechs ehrenamtliche zahnärztliche Experten für die Beurteilung der eingereichten Patientenaufnahmen.

Die Ergebnisse der dreijährig stattfindenden Geräte- bzw. Verfahrensprüfungen werden in Prüfberichten zusammengefasst und der jeweiligen Praxis mit entsprechenden Hinweisen und gegebenenfalls Verbesserungsvorschlägen zur Verfügung gestellt. Bei festgestellten erheblichen oder schwerwiegenden Mängeln erfolgt eine erneute Anforderung von Aufnahmen der beanstandeten Kategorie.

In den letzten Jahren konnten festgestellte Mängel auf diese Weise in NRW fast ausnahmslos durch die Zusammenarbeit von zahnärztlicher Stelle und jeweiliger Praxis zufriedenstellend beseitigt werden. Lediglich in sehr wenigen Fällen und ausschließlich wegen hartnäckig mangelnder Compliance beim Einreichen der Prüfunterlagen musste die zuständige Aufsichtsbehörde hinzugezogen werden.

Allgemein ist festzustellen, dass trotz der steigenden Anzahl in Betrieb befindlicher Röntgeneinrichtungen und der seit 2013 feingliedrigeren Bewertungskriterien die absolute Anzahl festgestellter erheblicher und schwerwiegender Mängel abnimmt. Das ist vor allem dem – wenn auch in letzter Zeit langsamer – steigenden Anteil an digital betriebenen bzw. verarbeitenden Röntgengeräten geschuldet. Die Quote erheb-

licher und schwerwiegender Mängel war in diesem Zeitraum bei digitalen (Speicherfolien- oder Sensortechnik) mit 2,3% erheblich niedriger als bei analogen Geräten (fotochemischer Film) mit 7% (natürlich soll diese Erklärung nicht die individuellen Bemühungen der Kollegenschaft und auch nicht einen möglichen Erfolg der Beratungstätigkeit der zahnärztlichen Stelle schmälern!). Die Zeit und die modernen Methoden arbeiten also für die Qualität, eine Tendenz, wie wir sie z.B. aus der Instrumentenaufbereitung mit ihren

Ursächlich für diese Änderungen in der neuen Qualitätssicherungs-Richtlinie scheint hier das Bestreben zur Angleichung an die Anforderungen im ärztlichen Bereich zu sein. Einerseits entspricht das zwar dem Anspruch der Zahnmedizin, als gleichwertiges Teilgebiet der Medizin anerkannt zu sein, sowie den Anforderungen, die von den radiologisch tätigen Humanmedizinern an ihr gesamtes Fachgebiet gestellt werden, ignoriert aber die sehr eingegengten und auch entsprechend technisch gelösten Fragestellungen, mit

**Vor dem Hintergrund fallender Fehlerquoten ist es nun völlig unverständlich, warum die Neufassung der Qualitätssicherungs-Richtlinie eine Verdopplung der zu prüfenden Aufnahmen verlangt. Das sektorenübergreifende Angleichen von Prüfverfahren ignoriert die Spezifika des Röntgens in der Zahnmedizin und erzeugt höhere Kosten ohne Aussicht auf einen adäquaten Nutzen.**

sich ebenfalls selbst kontrollierenden und selbstoptimierenden Geräten kennen.

Vor dem Hintergrund fallender Fehlerquoten ist es nun völlig unverständlich, warum die Neufassung der Qualitätssicherungs-Richtlinie statt bislang mindestens zwei beispielhaften Patientenaufnahmen pro Gerät bzw. Verfahren nun vier (für die dentale Volumetomographie – DVT – sogar acht Patienteneruntersuchungen!) Aufnahmen verlangt.

Die Verdopplung der einzureichenden Patientenaufnahmen bedeutet bei mehr als 6500 jährlich zu prüfenden Geräten einen erheblich gestiegenen Aufwand, dessen Mehrwert fraglich ist. Technische Fehler und Abweichungen werden durch die Konstanzprüfung aufgedeckt. Die in Patientenaufnahmen ersichtlichen Fehler sind erfahrungsgemäß entweder systematische Einstellungsfehler durch falsches oder mangelndes Verständnis oder Flüchtigkeitsfehler. Erstere sind grundsätzlich und wiederholt in der selben Anwender-Geräte-Konstellation zu finden und sind nach entsprechender Hinweisgebung der zahnärztlichen Stelle meistens bereits im ersten Wiederholungsprüfverfahren, spätestens jedoch im direkten Dialog mit den Praxen, korrigiert. Flüchtigkeitsfehler sind eher zufälliger Genese, wofür auch eine Stichprobe von vier Aufnahmen keine Relevanz hat.

Der insbesondere durch den Wechsel zu digitalen Röntgenverfahren bedingten aktuellen Abnahme von Beanstandungen durch die zahnärztlichen Stelle NRW steht also ein zukünftig wesentlich erhöhter Prüfaufwand gegenüber.

denen sich die allgemeine zahnärztliche Radiologie befasst. Die absolute Mehrzahl der in Deutschland betriebenen Röntgengeräte dient der zahnärztlichen Diagnostik, das heißt vor allem der Darstellung hartgewebiger Strukturen. Es herrschen hier ganz andere Anforderungen als beispielsweise bei der Mammographie oder bei Untersuchungen des Bewegungsapparates sowie wegen der um Größenordnungen kleineren Expositionswerte wesentlich geringere biologische Risiken. Es erscheint fraglich, ob der jetzt erhöhte Aufwand für die bereits bislang erfolgreiche Qualitätssicherung einen adäquat erhöhten Nutzen bringen kann. Sektorenübergreifendes Herangehen bürdet jedoch in diesem Fall dem System erhöhte Kosten auf und bindet Mittel, die an anderer Stelle fehlen werden. Das ist insbesondere auch unter dem Aspekt zu betrachten, dass die Röntgendiagnostik zwar ein unabdingbarer Teil der zahnmedizinischen Leistung, aber eben kein betriebswirtschaftlicher Kernprozess in der zahnärztlichen Praxis ist.

Die einfache und vordergründig moderate Erhöhung von zur Qualitätssicherung beim zahnärztlichen Röntgen zu prüfenden Aufnahmen steht offensichtlich im Kanon mit allgemeinen gesellschaftlichen Reflexen zum Sammeln von Daten (Nutzen der Möglichkeiten der IT) und mehr gegenseitiger Kontrolle (sinkendes Vertrauen in das Individuum). Dass das in vielen Fällen (erheblich) höhere Kosten und keinen oder nur wenig Nutzen bringt, spielt keine Rolle. Dabei würde eine Umleitung der dafür zusätzlich eingesetzten Ressourcen in die Qualifizierung und in die Stärkung der Selbstverantwortung des Einzelnen erheblich mehr an Qualitäts-Sicherung bewirken.

Petra Corvin, Sven Tschoepe

# Das Berichts- und Lernsystem „CIRS dent - Jeder Zahn zählt!“

## Qualitätsförderung und Erhöhung der Patientensicherheit durch den zahnärztlichen Berufsstand



Ass. jur. Petra Corvin,  
Leiterin der Abteilung Qualitätsförderung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung



Ass. jur. Sven Tschoepe, LL.M.  
Leiter der Abteilung Versorgung und Qualität der Bundeszahnärztekammer

Ziel von Fehlermanagement und den in diesem Zusammenhang als wichtiges Hilfsmittel genutzten Fehlermeldesystemen ist der systemorientierte Umgang mit unerwünschten Ereignissen in der Medizin, denn in vielen Fällen sind unsystematische Abläufe ursächlich für unerwünschte Ereignisse. Analysen aus Hausarztpraxen haben gezeigt, dass Prozessfehler rund 80%, hingegen Wissens- oder Fertigungsfehler nur 20% aller Fehler ausmachen. Damit liegt der Fokus auf systembedingten Faktoren und gerade nicht auf den Handlungen einzelner Personen. Es geht also nicht darum, „den Schuldigen“ zu finden. Vielmehr ist es Ziel, Prozessabläufe systematisch zu optimieren, unerwünschte Ereignisse zu minimieren und damit insgesamt die Patientensicherheit zu erhöhen.

Fehlermeldesysteme helfen also beim Identifizieren und Abstellen von „Systemdefiziten“. Ihr Ziel ist es, solche Defizite durch das Anstoßen von Lern- und Optimierungsprozessen möglichst zu verhindern oder besser bereits von vornherein zu vermeiden und ihnen damit vorzubeugen. Es gilt das Motto „Man muss nicht jeden Fehler selbst machen, sondern sollte aus den Erfahrungen anderer lernen.“

Jeder Fehler ist immer einer zu viel. Fehlermeldesysteme, CIRS (Critical Incident Reporting Systems) oder besser Berichts- und Lernsysteme, existieren in verschiedener Ausprägung im ärztlichen und stationären Bereich schon seit Jahren. Diese sind jedoch ihrer Zielrichtung, dem Betreiber, ihrer Verbreitung und dem Nutzerkreis entsprechend auf den rein ärztlichen bzw. stationären Bereich ausgerichtet.

Berichte aus der zahnärztlichen Praxis sind dort entweder gar nicht oder nur schwer zu finden. Um auch bei der Zahnärzteschaft Interesse an einem solchen System zu wecken und eine sinnvolle Möglichkeit zum fachlichen Austausch unter Zahnärzten zu schaffen, war es nur konsequent, ein eigenes zahnärztliches Berichts- und Lernsystem zu schaffen.

Zunächst wurde 2011, aufbauend auf dem ärztlichen Projekt „Jeder Fehler zählt!“ und unter Beteiligung von Herrn Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, von der Bundes-

zahnärztekammer (BZÄK) ein zahnärztliches Modellprojekt unter dem Namen „Jeder Zahn zählt!“ initiiert. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 und dem darin an den G-BA gerichteten gesetzlichen Auftrag, Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme in die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement aufzunehmen, wurde auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) aufgrund ihrer Zuständigkeit für den vertragszahnärztlichen Bereich aktiv. Nach Inkrafttreten der geänderten QM-Richtlinie im April 2014 hat die KZBV gemeinsam mit der BZÄK das bestehende Berichts- und Lernsystem fortentwickelt, der Betrieb des gemeinsamen Projekts „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ wurde zu Beginn des Jahres 2016 aufgenommen.

Wichtige Prinzipien von Fehlermeldesystemen, auch nach den Vorgaben des G-BA, sind dabei

- eine freiwillige Teilnahme, es besteht also kein Zwang, im Einzelfall einen bestimmten Bericht über ein bestimmtes Ereignis abzugeben,
- die strikte Anonymität, also der Ausschluss jeder Möglichkeit der Zurückverfolgung auf den Berichterstatter oder auf Beteiligte am Geschehen,
- die Sanktionsfreiheit, also keinerlei „Bestrafung“ aufgrund der Berichterstattung im Berichts- und Lernsystem,
- eine einfache Nutzung, also eine leichtverständliche und benutzerfreundliche Oberfläche,
- und die Analyse und Hilfestellung durch Experten bei einer systemorientierten Ausrichtung des Systems.

Ziele von „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ sind vor diesem Hintergrund die Etablierung eines bundesweiten Berichts- und Lernsystems von kritischen Ereignissen für Zahnarztpraxen, um eine offene Diskussion darüber anzuregen und die Patientensicherheit in den Praxen neben den schon bestehenden Sicherheitselementen noch weiter zu stärken. KZBV und BZÄK wünschen sich eine lebhafte Nutzung des Systems mit einer fairen Diskussion und entsprechenden Kommentaren, um gemeinsam zu lernen, die Ursachen von unerwünschten Ereignissen besser zu erkennen und darauf aufbauend Strategien zur Fehlervermeidung zu entwickeln.

Das System bietet Sicherheit für alle Beteiligten. Es erfolgt eine verschlüsselte Datenübertragung vom Computer des Nutzers auf den Server von „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“, die IP-Adresse des Nutzers wird nicht gespeichert. Der vom Nutzer übermittelte Bericht wird vor der Veröffentlichung geprüft. Das Projektteam und die Fachberater anonymisieren den Text, verzichtbare Informationen werden entfernt, denn es interessiert nur, was und warum etwas passiert ist, nicht, wer es war. Die eingehenden Berichte werden analysiert, fachlich bearbeitet und gegebenenfalls erfolgt dazu eine wissenschaftliche Recherche, die dann in einen Kommentar des Teams einfließt.

Der Zugang zum Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ ist jeder Praxis und den zahnärztlichen Hochschuleinrichtungen per Registrierungsschlüssel möglich. Sie erhalten die Zugangsberechtigungen von ihrer KZV bzw. von der (Landes-) Zahnärztekammer. Bei der ersten Registrierung wählt jeder Nutzer ein Pseudonym und ein Passwort - mit diesen Daten ist der Zugang zum System dann zukünftig jederzeit möglich.

Nach nun knapp vier Monaten Betriebszeit können wir sagen, dass das Projekt einen ausgesprochen guten Start hatte. Im ersten Quartal haben sich rund 4.000 Teilnehmer im System registriert. Die rege

**Im ersten Quartal haben sich rund 4.000 Teilnehmer registriert. „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ greift bereits jetzt weit über ein reines Fehlermeldesystem hinaus und wird dem umfangreicheren Anspruch eines Lern- und Berichtssystems von Anfang an gerecht.**

Beteiligung mit insgesamt fast 60.000 Seitenaufrufen spricht für sich. Ein erster Blick auf die Themen der eingegangenen Berichte zeigt, dass es keineswegs ausschließlich um offensichtliche Fehler im Praxisablauf oder in der Behandlung geht. Nicht selten werden beispielsweise auch Erfahrungen mit unerwarteten Nebenwirkungen von Therapien und Medikationen, mit technischem Equipment oder mit speziellen Behandlungsfällen berichtet. Das zeigt, dass „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ bereits jetzt weit über ein reines Fehlermeldesystem hinausgreift und dem umfangreicheren Anspruch eines Lern- und Berichtssystems von Anfang an gerecht wird.

**Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen**



CIRS dent  
Jeder Zahn zählt

- Startseite
- Informationen zum Berichtssystem
- Beispielbericht
- Bericht erstellen
- Berichtsdatenbank
- Aktuelle Kommentare
- Impressum / Kontakt

Herzlich willkommen beim Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen



Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:  
**Fehler vermeiden, denn "Jeder Zahn zählt!"**

---

Ein Projekt von BZÄK und KZBV




---

In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Internetportal  
„CIRS dent - Jeder Zahn zählt!“  
[www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de)

Karl-Josef Laumann

## Aus Erfahrungen lernen: Der beste Weg, um Fehler zu vermeiden



**Staatssekretär  
Karl-Josef Laumann,**  
Patientenbeauftragter und Pflegevollmächtigter der Bundesregierung

Der beste Fehler ist der, der erst gar nicht gemacht wird: Diesem so einfachen wie zutreffenden Satz wird sicherlich jeder zustimmen. Doch was sich zunächst so einfach anhört, ist in der Praxis natürlich kaum umzusetzen. Denn wo Menschen am Werk sind, passieren Fehler. Das gilt in allen Lebensbereichen, ganz besonders aber in Tätigkeitsbereichen, die sich durch eine hohe Komplexität auszeichnen. Dazu ist selbstverständlich auch die Zahnmedizin zu zählen.

In der Medizin wie auch in der Zahnmedizin geht es um das hohe Gut der Gesundheit von Patientinnen und Patienten. Fehler in Diagnostik und Behandlung können hier schwerwiegende Konsequenzen haben, ja sogar lebensbedrohlich werden. Anders als viele andere Berufsgruppen tragen deshalb Ärzte und Zahnärzte eine besondere Verantwortung in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit.

Keine Zahnärztin und kein Zahnarzt will sicherlich wissentlich und willentlich das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten gefährden. Und dennoch kommt es auch bei ihnen zu Behandlungsfehlern. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat zum Beispiel für das Jahr 2014 in der Zahnmedizin 556 bestätigte Behandlungsfehler festgestellt, wobei natürlich davon auszugehen ist, dass es eine Dunkelziffer gibt, die deutlich höher liegt. Klar ist auch: Jeder Behandlungsfehler ist einer zu viel. Denn er bedeutet für den einzelnen Menschen oftmals erhebliche Probleme, Schmerzen und gesundheitliche Einschränkungen, die ohne den Fehler nicht entstanden wären.

Wie also lassen sich Fehler wirksam vermeiden? Der beste Weg, dieses Ziel weitestgehend zu erreichen, ist die Etablierung einer offenen und transparenten Fehlerkultur. Denn nichts ist schlimmer als ein ignoriertes Fehler, aus dem nichts gelernt werden kann. Eine solche Fehlerkultur kann nur gelingen, wenn Fehler weder bagatellisiert oder gar vertuscht noch skandalisiert werden. In einer solchen Fehlerkultur muss man zwar auch wissen, wer den Fehler verursacht hat. Viel wichtiger ist allerdings die Frage, was zu dem Fehler geführt hat. Denn der beste Weg, um Fehler zu vermeiden, ist immer noch, aus

**Das Berichts- und Lernsystem „CIRS dent - Jeder Zahn zählt!“ ist ein gutes Beispiel dafür, wie man einen wichtigen Beitrag zu einer offenen Fehlerkultur leisten kann.**

den Erfahrungen der Vergangenheit zu lernen. Fehlervermeidung ist ein ständiger Lernprozess, bei dem sich alle Beteiligten fortlaufend austauschen und engagieren müssen. Nur so lassen sich die hohe Qualität und Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung langfristig erhalten.

Das Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ ist ein gutes Beispiel dafür, wie man einen wichtigen Beitrag zu einer offenen Fehlerkultur leisten kann. Anfang des Jahres gestartet haben sich bereits fast 4.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer registriert. Anonym und internetbasiert können sich die in Deutschland tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte über das System über unerwünschte Ereignisse im Praxisalltag austauschen und so aus den Erfahrungen ihrer Kolleginnen und Kollegen lernen.

Ich bin gespannt, wie positiv sich CIRS dent auf den Praxisalltag auswirken und zur Fehlervermeidung in der Zahnmedizin beitragen wird. Sicherlich wird das zu Beginn auch nicht immer reibungslos funktionieren und hier und da Nachjustierungen erfordern. Aber ich bin mir sicher, dass sich die Anstrengungen lohnen werden. Denn je weniger Fehler passieren, desto besser ist das nicht „nur“ für die Patientinnen und Patienten, sondern natürlich auch für die Ärztinnen und Ärzte. Ich kann daher allen Zahnärztinnen und Zahnärzten nur empfehlen, an dem System teilzunehmen.

Nele Kettler\*, Regine Chenot\*, A. Rainer Jordan

# Qualitätsempfinden und Nutzen von Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Praxis

## Hintergrund

Vertragszahnärzte<sup>1</sup> sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Behandlung und der Praxisführung verpflichtet. Dabei ist die Implementierung von Qualitätsmanagement (QM) eine kontinuierliche Aufgabe, wobei dieses nach dem eigenen Qualitätsverständnis [1] und den spezifischen Bedürfnissen und Zielen gestaltet werden kann [2-4].

Sowohl zum Qualitätsverständnis von Zahnärzten als auch zum QM in Zahnarztpraxen gibt es in der Wissenschaft aktuelle Erkenntnisse: Der Grad der Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der vertragszahnärztlichen Versorgung hat keinen oder nur wenig Einfluss auf das Qualitätsverständnis in der zahnärztlichen Praxis, wie sich in einer qualitativen Studie zu Erfahrungen von Zahnärzten mit QM herausstellte [5]. QM bietet jedoch Optimierungspotenziale für Zahnarztpraxen hinsichtlich einer Verbesserung der Praxisorganisation, insbesondere der Arbeitssystematik und der Kommunikation des Praxisteam [6]. Aus berufssoziologischer Perspektive wird beschrieben, dass Zahnärzte sich in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung in hohem Maße selber in der Verantwortung sehen [7,8].

Ein systematischer Zusammenhang zwischen dem subjektiven Qualitätsverständnis und der Anwendung bzw. Akzeptanz von Instrumenten des QM ist dagegen bisher nicht erforscht [9]. Um ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, welches Qualitätsverständnis Zahnärzte haben, wurde in einer repräsentativen bundesweiten Querschnittsstudie in einer „Momentaufnahme“ das Referenzsystem von Vertragszahnärzten in Bezug auf Qualität untersucht.

Ziele waren die qualitative Beschreibung des subjektiven Qualitätsbegriffs der befragten Zahnärzte sowie die Einschätzung des Nutzens von QM bei der eigenen Praxisführung, um damit Anreize bzw. Barrieren bei der Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu identifizieren.

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Gemeint sind, sofern nicht anders vermerkt, Frauen und Männer.

\* Beide Autoren haben zu gleichen Teilen zu dieser Arbeit beigetragen.

## Studienteilnehmer und Methoden

Zur Erhebung der Daten zwischen Oktober und Dezember 2013 wurde zunächst eine Stichprobe von 2.084 Vertragszahnärzten ohne Fachzahnartzkennung aus dem Bundeszahnarztregister gezogen. Diese wurden gebeten, einen Fragebogen zum Qualitätsverständnis und Qualitätsmanagement zu beantworten. Es beteiligten sich 40,3 % der angeschriebenen Zahnärzte an der Studie.

Um Aspekte des Qualitätsbegriffs, die den befragten Zahnärzten besonders wichtig waren, darstellen zu können, wurden die auf eine offene Frage gegebenen Antworten einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse [10] unterzogen. Dabei wurden aus den Antworten Kategorien definiert, die nach Häufigkeit bewertet und inhaltlich interpretiert wurden. Zur Einschätzung des Nutzens wurde anhand einer deskriptiven univariaten Analyse zweier quantitativer Fragen zur Umsetzbarkeit und den Auswirkungen von QM überprüft, ob die Aspekte, die sich in der qualitativen Analyse als am Wichtigsten herausgestellt hatten, durch das QM praktisch umsetzbar sind und wie sich die Durchführung des QM auf Prozesse in der Praxis auswirkt, die diese wichtigsten Aspekte beinhalten.

## Studienergebnisse

### Der subjektive Qualitätsbegriff

In der subjektiven Bedeutung von Qualität in der Praxis ist für die Studienteilnehmer der Patient am wichtigsten: „*Patientenzufriedenheit*“, „*Jeden Patienten mit seinen Belangen ernst zu nehmen*“ sowie eine „*optimale Versorgung und Zufriedenheit des Patienten*“ werden als bedeutendste Aspekte in Bezug auf Qualität genannt. Den zweithöchsten Stellenwert hat die Qualität der Behandlung als eine „*Bemühung um qualitativ hochwertige Behandlungsergebnisse*“ und „*Nachhaltigkeit der erbrachten Leistung*“. Im Bezug auf Qualität haben die Mitarbeiter ein „*kollegiales Miteinander aller Beschäftigten in einer Praxis*“ und „*Hand in Hand arbeiten mit den Angestellten*“ für die befragten Zahnärzte die dritthöchste Bedeutung. Qualität wird auch über die eigene Person sowie die Praxisausstattung und Materialien definiert. Leitlinien und Dokumentation werden dagegen seltener



**Dr. med. dent. Nele Kettler, MSc.**  
Wissenschaftliche Referentin am Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)



**Dr. Regine Chenot**  
Leiterin des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ)



**Priv.-Doz. Dr. med. dent. A. Rainer Jordan, MSc.**  
Wissenschaftlicher Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

Nach Angaben der Mehrzahl der Studienteilnehmer haben sich Dokumentationsprozesse und auch Maßnahmen zur Fehlervermeidung durch die Einführung des QM verbessert. [...] Überraschenderweise scheint das verpflichtende QM gerade auf Arbeitsprozesse in Bereichen, die im qualitativen Selbstverständnis der Zahnärzte besonders hoch bewertet werden – die Dimensionen Patient, Qualität der Behandlung sowie Mitarbeiter – [...] keinen großen Einfluss zu haben.

Literatur:

[1] Campbell, S., Tickle, M.: What is quality primary dental care? *Br Dent J.*, 2013, 215, (3), 135-39  
 [2] Yamalik, N.: Quality systems in dentistry. Part 1. The increasing pressure for quality and implementation of quality assurance and improvement (QA/I) models in health care. *Int Dent J.*, 2007, 57, (5), 338-46  
 [3] Yamalik N.: Quality systems in dentistry. Part 2. Quality Assurance and Improvement (QA/I) tools that have implications for dentistry. *Int Dent J.*, 2007, 57, (6), 459-67  
 [4] Bergmann-Krauss, B., Boehme, P.: Qualitätsmanagement-Systeme für die Zahnarztpraxis. *IDZ-Information*, 2005, (5)  
 [5] Kolbe, K.: Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen. Eine qualitative Interviewstudie mit Hamburger Zahnärzten zur kritischen Reflexion der Qualitätsmanagement-Richtlinie. [Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften], Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg, 2011  
 [6] Stellfeldt, S.: Effektivität von Qualitätsmanagement. Eine empirische Untersuchung in Zahnarztpraxen. 1. Aufl., VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2007  
 [7] Bader, J.D.: Challenges in quality assessment of dental care. *J Am Dent Assoc.*, 2009, 140, (12), 1456-64  
 [8] Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. *IDZ-Information*, 2010, (1)

genannt. Qualität bedeutet für Zahnärzte vor allem „eine Versorgung auf hohem Standard, bei der sich sowohl der Zahnarzt als auch das Personal und der Patient gut und zufrieden fühlen“.

**Nutzen von QM bei der Praxisführung**

Der Nutzen von QM bei der eigenen Praxisführung liegt vor allem in der guten Umsetzbarkeit der organisatorischen Instrumente des QM. Besonders gut bewertet werden die Umsetzbarkeit des Notfallmanagements, der Teambesprechungen und der Checklisten für organisatorische Abläufe. Der von der Eigeninitiative der Patienten abhängige und somit nur indirekt im Einflussbereich des Zahnarztes liegende Bereich der Förderung der Patientenmitwirkung und Patientenselbsthilfe wird dagegen in der Umsetzbarkeit weniger gut beurteilt.

Die gute Umsetzbarkeit der organisatorischen Bereiche spiegelt sich auch in der praktischen Anwendung wider, nach Angaben der Mehrzahl der Studienteilnehmer haben sich Dokumentationsprozesse und auch Maßnahmen zur Fehlervermeidung durch die Einführung des QM verbessert.

Überraschenderweise scheint das verpflichtende QM gerade auf Arbeitsprozesse in Bereichen, die im qualitativen Selbstverständnis der Zahnärzte besonders hoch bewertet werden – die Dimensionen Patient, Qualität der Behandlung sowie Mitarbeiter – nach Angaben der Studienteilnehmer keinen großen Einfluss zu haben (Tab. 1).

**Diskussion der Ergebnisse**

Qualitätsmanagement soll für die eigene Praxis individuell entwickelt werden, wobei die Umsetzung an einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen in den einzelnen Praxen ausgerichtet sein soll. Die subjektiven Erwartungen an das QM haben sich dabei nicht erfüllt. Die Studie zeigt, dass QM zwar dann als nützlich für die eigene Praxisführung bewertet wird, wenn konkrete Arbeitsprozesse verbessert werden. Dagegen sieht eine Mehrheit der Teilnehmer keinen Einfluss des QM auf Diagnose und Behandlung sowie die Qualität des Behandlungsprozesses. Im subjektiven Qualitätsverständnis spielt die Qualität der Behandlung jedoch eine große Rolle. Dies steht der Akzeptanz von QM entgegen.

**Tabelle 1: Verteilung der Antworten auf die Frage, wie sich QM auf konkrete Arbeitsprozesse in der Praxis auswirkt**

zu bewertendes Item	deutlich verschlechtert	verschlechtert	keinen Einfluss	verbessert	deutlich verbessert
	%	%	%	%	%
Interne Dokumentation	1,0	2,9	33,7	53,1	9,4
Patientenbezogene Prozesse	0,5	1,1	70,3	24,4	3,7
Diagnose und Behandlung	0,6	1,3	75,1	20,0	3,0
Externe Prozesse	0,4	2,8	68,1	24,9	3,8
Maßnahmen zur Fehlervermeidung	0,6	1,3	44,7	47,5	5,9
Interne Kommunikation	0,2	3,2	49,1	41,4	6,0
Patienteninformation und -aufklärung, Patientenberatung	0,4	1,3	64,9	29,1	4,3
Qualität des Behandlungsprozesses	0,4	0,8	70,9	25,1	2,8

Die Einstellung niedergelassener Vertragszahnärzte zu QM ist grundsätzlich positiv, aber von nicht eingelösten Erwartungen bei der Erfüllung der subjektiven Qualitätsvorstellungen hinsichtlich der Dimensionen Patient, Qualität der Behandlung und Mitarbeiter geprägt. [...] Die QM-Instrumente sollten im Hinblick auf die Frage überprüft werden, wie der Grad der Akzeptanz künftig gesteigert werden kann. Die Studienergebnisse geben dazu wichtige Hinweise.

Zahnärzte haben durchaus ein positives Selbstkonzept in Bezug auf Qualität; dies wird im QM jedoch nicht optimal gelebt. Zwischen dem subjektiven Qualitätsverständnis und dem berichteten Nutzen von QM für das Praxismanagement besteht ein Spannungsverhältnis, da die subjektiven Qualitätsaspekte im QM nicht optimal zur Geltung kommen. Diagnose- und Behandlungsprozesse sind im einrichtungsinernen QM häufig ausgeklammert, da sich QM mehr auf die nicht-therapiebedingten Abläufe in der Praxis bezieht.

Die Sozialpsychologie konnte zeigen, dass nicht-übereinstimmende kognitive Elemente (Überzeugungen) einen als spannungsreich erlebten Zustand hervorrufen. Diese sogenannte kognitive Dissonanz wird zum Anlass, eine Veränderung einzuleiten, beispielsweise durch die Suche nach neuer Information, Einstellungsänderungen oder durch eine neue Bewertung der Situation [11]. Dadurch wird die Widersprüchlichkeit (tendenziell) aufgelöst und die Spannung gemindert.

Aufgrund der Dissonanz zwischen den Ansprüchen an QM-Systeme einerseits, die aus dem Selbstverständnis von Qualität heraus bewusst oder unbewusst gestellt werden, und den nicht erfüllten Erwartungen bei der Nutzung der QM-Systeme andererseits entsteht eine kritische Haltung gegenüber den Möglichkeiten, die QM für die eigene Praxis bietet. In der Folge kann die Dissonanz durch selektive Wahrnehmung vor allem der Enttäuschungen in den Bereichen des QM, die die Erwartungen nicht erfüllen konnten, zu einer unrationalen Kritik an dem QM-System als Ganzes führen. Ein Lösungsansatz im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung könnte die Weiterentwicklung der QM-Systeme gerade in den Bereichen der Diagnose- und Behandlungs-, sowie der patientenbezogenen Prozesse sein.

#### Fazit

Die vorliegende Studie liefert Einblicke in die subjektiven Qualitätsvorstellungen von Zahnärzten im Zusammenhang mit konkreten Erfahrungen mit QM. Dabei ist die Einstellung niedergelassener Vertragszahnärzte zu QM grundsätzlich positiv, aber von nicht eingelösten Erwartungen bei der Erfüllung der subjektiven Qualitätsvorstellungen hinsichtlich der Dimensionen Patient, Qualität der Behandlung und Mitarbeiter geprägt.

Bei der Diskussion der Studienergebnisse muss einerseits darauf hingewiesen werden, dass ein QM in erster Linie der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Praxisorganisation dient und nicht alle Aspekte eines subjektiven Qualitätsverständnisses abbilden kann. Der Zahnarzt muss sich daher über den Stellenwert von QM in seinem persönlichen Qualitätsverständnis bewusst werden und ist in der Konsequenz gefordert, über die gesetzlich verpflichtenden Bereiche des QM weitere Instrumente zu integrieren, die der Förderung von Qualität dienen können.

Andererseits sollten auch die QM-Instrumente im Hinblick auf die Frage überprüft werden, wie der Grad der Akzeptanz künftig gesteigert werden kann. Die Studienergebnisse geben dazu wichtige Hinweise. Aspekte wie insbesondere der Wunsch nach Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit im Zusammenhang mit QM sollten in die entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen Eingang finden. Motivierung und Akzeptanz können durch nutzerorientierte Fortbildungen, die mit dem subjektiven Qualitätsverständnis arbeiten, gefördert werden.

[9] Wilkinson, J., Powell, A., Davies, H.: *Evidence: Are clinicians engaged in quality improvement? A review of the literature on healthcare professionals' views on quality improvement initiatives*. The Health Foundation, London, 2011

[10] Mayring, P.: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl. ed., Beltz Verlag, Weinheim, 2003

[11] Festinger, L.: *Theorie der kognitiven Dissonanz*. 2. Aufl., Hans Huber, Bern, 2012

Die Publikation des vollständigen Artikels in der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen steht als OpenAccess-Dokument zur Verfügung und kann unter <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2015.10.015> jederzeit kostenfrei abgerufen werden.

Rolf Müller

# Möglichkeiten der Forschung mit Kassendaten



**Dr. Rolf Müller,**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
am SOCIUM - Forschungszentrum  
Ungleichheit und Sozialpolitik  
der Universität Bremen

## Kassendaten und Kassendatenforschung

Den Krankenkassen gehen durch den Datenaustausch mit den Leistungserbringern enorme Datenmengen zum Gesundheitszustand der Patienten und über die erbrachten Therapien zu. Im großen Rahmen werden heute von vielen Kassen diese Leistungsdaten wissenschaftlich ausgewertet und die Ergebnisse oftmals in Form von sektorbezogenen, jährlichen Reporten veröffentlicht. Seit 2011 gibt es den jährlichen Zahnreport der BARMER GEK (Rädel et al. 2015), der auf Kassendaten basiert. Auch sektorübergreifend ist eine Berichterstattung möglich. So werden im BARMER GEK Pflegereport von 2014 Pflegeleistungen und zahnärztliche Versorgung gemeinsam betrachtet; dadurch wird die zahnärztliche Versorgungssituation von Pflegebedürftigen beleuchtet (Rothgang et al. 2014).

Aufgrund der vermehrten Nutzung der Kassendaten hat sich 2001 die Arbeitsgemeinschaft Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) gegründet, die nicht nur regelmäßige Methodenworkshops abhält, sondern mit dem Standard „Gute Praxis Sekundärdatenanalysen (GPS)“ nunmehr schon in der dritten Fassung Leitlinien und Empfehlungen für die Routinedatenforschung vorgelegt hat (Swart et al. 2015). Unter der Regie der AGENS wurde zudem das „Handbuch Sekundärdatenanalyse“ bereits in der 2. Auflage herausgegeben (Swart et al. 2014). Die Kassendatenforschung hat damit inzwischen einen gewissen Grad der Standardisierung und Institutionalisierung erreicht, der sich z. B. in der Bereitstellung der Kassendaten aus dem Morbi-RSA-Verfahren beim DIMDI zeigt<sup>1</sup>.

## Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungsforschung mit Kassendaten

Ein großer Vorteil der Kassendaten ist die Verfügbarkeit großer Datenmengen ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand, wobei insbesondere die zahlungsrelevanten Daten über eine sehr hohe Validität und Reliabilität verfügen. Eine besondere Stärke der Kassendatenforschung liegt in der Gesundheitsberichterstattung. Es lassen sich Inzidenz- und Prävalenzraten ermitteln, wobei nach verschiedenen Merkmalen diffe-

renziert werden kann (z. B. Alter, Geschlecht, Region). Auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) beruht in Bezug auf Prävalenzen zu großen Teilen auf Kassenstatistiken.

Die Validität der Diagnosen wurde u. a. wegen der Möglichkeit strategischer Codierung angezweifelt. Diese Ungenauigkeiten müssen aber in Relation zu anderen Möglichkeiten der Bestimmung von Prävalenzen und Inzidenzen gesehen werden, die kaum an die Qualität der Erfassung durch die Kassendaten heranreichen dürften. Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sind die Befunde zur Mundgesundheit von Bedeutung. Diese werden aber leider nicht vollständig und zu jedem Anlass an die Kassen übermittelt. Hier sollte für eine ausführlichere Gesundheitsberichterstattung in Zukunft eine Vervollständigung erfolgen.

Das optimale Anwendungsfeld von Kassendaten liegt in der Darstellung der Versorgungsrealität. Hierzu liegen tagesgenaue Angaben über die diagnostischen und therapeutischen (zahn-)medizinischen Leistungen vor, ebenso wie Angaben über Arzneimittel, Pflegeleistungen, Heil- und Hilfsmittel. Da die Ausgaben der Krankenkassen überwiegend direkt aus den Daten entnommen werden können, besteht auch ein erhebliches Potential für Kostenstudien. Entsprechende Angaben gibt es sonst allenfalls für einzelne Diagnosen in Registern oder in epidemiologischen Großstudien wie der KORA-Studie zu Herz-Kreislaufkrankungen – nicht aber für das gesamte Krankheits- und Therapiespektrum.

Kassendaten haben den Vorteil, echte Längsschnittuntersuchungen zu ermöglichen, da alle Leistungen auch mit Datumsangaben versehen sind und sich somit ein Krankheits- und Versorgungsverlauf darstellen lässt (Müller & Braun 2006). Entsprechend lassen sich nach Feststellung der Befunde und Diagnosen die weiteren Versorgungsverläufe darstellen und gegebenenfalls mit den Empfehlungen aus Leitlinien vergleichen.

Einige Merkmale, die mit der Gesundheit und dem Inanspruchnahmeverhalten korrelieren, sind allerdings wenig bis gar nicht dokumentiert. Hierzu gehören

<sup>1</sup> URL: <https://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/antragsverfahren.htm>

der Haushaltskontext, andere soziodemographische Merkmale der Versicherten, aber auch das subjektive Gesundheitsempfinden sowie Einstellungen zu Gesundheit und Versorgungsnotwendigkeiten.

Eine Verbesserung der Auswertungsmöglichkeiten wird möglich, wenn zusätzliche Primärerhebungen bei den Versicherten mit Kassendaten verknüpft werden. Dadurch lassen sich dann für ausgewählte Klientelen diese spezifischen Zusatzinformationen gewinnen, die in den Kassendaten nicht enthalten

bei denjenigen Patienten zu erwarten, die schon eine Behandlung hatten. Die Effizienz von Interventionen kann daher mit Kassendaten im bisherigen Zuschnitt nicht ermittelt werden, weil nicht zuletzt die Befunde und die Schweregrade der Erkrankungen und die Entscheidungsgründe für oder gegen eine Therapie nicht ausführlich vorliegen.

Ein Ansatz zur Wirksamkeitsanalyse ist unter Umständen dann gegeben, wenn unterschiedliche Regionen miteinander verglichen werden, in denen un-

#### Literatur:

- Bauknecht, Maren; Braun, Bernard; Müller, Rolf (2009): *GEK-Bandscheiben-Report. Versorgungsforschung mit GEK-Routinedaten*. St. Augustin: Asgard

- Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.) (2006): *Vom Quer- zum Längsschnitt. Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten*. St. Augustin: Asgard.

**Ein großer Vorteil der Kassendaten ist die Verfügbarkeit großer Datenmengen ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand, wobei insbesondere die zahlungsrelevanten Daten über eine sehr hohe Validität und Reliabilität verfügen. [...] Problematisch ist bislang die Durchführung von Wirksamkeitsstudien mit Kassendaten, da die Zuordnung der Patienten in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nicht zufällig geschieht, sondern aufgrund medizinischer Überlegungen.**

sind. Auch aggregierte, regionale Strukturmerkmale lassen sich über Regionalkennziffern den Kassendaten zuspielen, wodurch beispielsweise Einflüsse von Arbeitslosigkeitsquoten, Versorgungsdichte etc. erfasst werden können.

Problematisch ist bislang die Durchführung von Wirksamkeitsstudien mit Kassendaten, da die Zuordnung der Patienten in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nicht zufällig geschieht, sondern aufgrund medizinischer Überlegungen. Verschiedene Methoden der multivariaten Analyse oder der Matchingverfahren von Interventionsgruppe und Kontrollgruppe können die zugrundeliegenden Entscheidungen für oder gegen gewählte Therapieformen nicht auflösen. So finden sich in den Beobachtungsstudien auf der Basis von Kassendaten oftmals schlechtere Outcomes bei denjenigen Patienten, die eine umfangreichere Therapie bekommen haben. Beispielsweise soll die Rehabilitation den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit möglichst vermeiden oder verzögern. Bei gleicher Diagnose werden diejenigen Patienten mit Rehabilitationsleistungen aber häufiger pflegebedürftig als diejenigen ohne Rehabilitationsleistungen. Fünf Prozent der Pflegebedürftigen haben im Monat vor Pflegebeginn eine Rehabilitation bekommen (Rothgang et al. 2014: 190). Bei Bandscheibenschäden kommt es häufiger zu einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus, wenn zuvor eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, als bei ausschließlich rehabilitativer oder medikamentöser Therapie (Bauknecht et al. 2009: 115). Bei zahnärztlichen Behandlungen sind ebenso häufigere, weitere Behandlungen

verschiedene Versorgungsstrukturen vorzufinden sind und gleichzeitig von überwiegend lokaler Nutzung der Versorgungsangebote ausgegangen werden kann (Rothgang et al. 2014: 205ff.).

#### Ausblick

Kassendaten sind für die Versorgungsforschung ein unverzichtbarer Datenschatz, der in Zukunft noch stärker genutzt werden sollte. Kassendaten sind hervorragend geeignet, um Inzidenz, Prävalenz und Kosten von Krankheiten sowie das Versorgungsgeschehen darzustellen. Wirksamkeitsanalysen sind derzeit nur äußerst eingeschränkt möglich. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass Informationen zu Befunden, zu Schweregraden von Erkrankungen, zu den verschiedenen Stadien einer Krankheit sowie zum sozialen Kontext in zu geringem Umfang erfasst sind. Eine verbesserte Dokumentation der Diagnosen, Befunde und Schweregrade wäre im Hinblick auf eine Annäherung an eine Wirksamkeitsstudie notwendig. Sinnvoll wäre auch, die Kassendaten in noch größerem Umfang als bisher mit Primärdatenerhebungen und anderen Datenquellen zu verknüpfen, dabei sektorübergreifend vorzugehen, um unter Nutzung longitudinaler Designs ein vollständiges Bild über die tatsächliche Versorgung – auch differenziert nach Zielgruppen und regionaler Gliederung – zu erhalten.

- Rädcl, Michael; Hartmann, Andrea; Bohm, Steffen; Priess, Heinz-Werner; Walter, Michael (2015): *BARMER GEK Zahnreport 2015. Auswertungen zu Daten bis 2013*. Schwerpunkt: Füllungen. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.

- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Mundhenk, Rebecca; Unger, Rainer (2014): *BARMER GEK Pflegerreport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

- Swart, Enno; Gothe, Holger; Geyer, Siegfried; Jaunzeme, Jelena; Maier, Birga; Grobe, Thomas G.; Ihle, Peter (2015): *Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. 3. Fassung; Version 2012/2014 In: Das Gesundheitswesen, 77(02), 120-126. doi: 10.1055/s-0034-1396815*

- Swart, Enno; Ihle, Peter; Gothe, Holger; Matusiewicz, David (Hrsg.) (2014): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.)*. Bern: Hans Huber.

Roland Linder, Andreas Herforth

# Qualitätssicherung mit GKV-Abrechnungsdaten



**Prof. Dr. Roland Linder**  
Stellvertretender Direktor des  
WINEG - Wissenschaftliches  
Institut der TK für Nutzen und  
Effizienz im Gesundheitswesen,  
Hamburg



**Andreas Herforth**  
Leiter des Fachreferates Zahn-  
ärzte der Techniker Krankenkas-  
se, Hamburg

Der vorliegende Beitrag erörtert die Möglichkeiten einer Qualitätssicherung zahnmedizinischer Leistungen mit Hilfe von GKV-Abrechnungsdaten, auch als Routine- oder Sekundärdaten bezeichnet. Bereits Ende des letzten Jahrtausends forderten Bothner und Meissner, das Wissen aus medizinischen Datenbanken (Data Warehouses) zum medizinischen Erkenntnisgewinn zu nutzen und damit schlussendlich auch zur Verbesserung der Versorgung [1]. Die mit Abstand umfassendsten Data Warehouses wurden zu dieser Zeit in den gesetzlichen Krankenkassen aufgebaut, moderne sogenannte relationale Datenbankmanagementsysteme zur Verwaltung von Terabytes an Text(!)daten. Erfasst werden sämtliche zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechneten Gesundheitsleistungen wie Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, stationäre Aufenthalte mit ihren Diagnosen und Prozeduren, seit 2004 auch die vertragsärztlichen Diagnosen und Leistungen.<sup>1</sup> In Verbindung mit den Versichertenstammdaten (SGB V §§ 198 - 206) ergibt sich ein Gesamtbild des Versicherten, welches die Dokumentation von Lebensereignissen des Versicherten wie Orts-, Arbeitgeber- oder Partnerwechsel über lange Zeiträume hinweg mit einer äußerst vollständigen und teils mehrfach geprüften (weil abrechnungsrelevanten) Dokumentation seiner Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie seines Gesundheitszustands in Verbindung bringt. Und dies - zumindest bei den mitgliederstarken Krankenkassen - für Millionen von Versicherten. Einen umfassenden Überblick über die Nutzungsmöglichkeiten dieser Daten bietet das „Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven“ [2]. Für eine Vorstellung, wie die Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten ganz konkret die Versorgungsrealität verbessern helfen kann, sei auf die Veröffentlichung „Impact der Versorgungsforschung für die Versorgungsqualität“ von Autoren aus unserem Hause verwiesen [3].

## Zahnärztliche Abrechnungsdaten

§ 295 Abs. 2 SGB V regelt Art und Umfang der von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) in elektronischer Form an die Krankenkassen zu übermittelnden Abrechnungsdaten. Dieser gesetzliche Auftrag wurde von den Vertragspartnern auf Bundesebene im Jahr 1995 zunächst nur für die Abrechnung der konservierend-chirurgischen Leistun-

gen (heutiger BEMA-Teil 1 [4]) umgesetzt. Da sich die Vertragspartner jedoch nicht über die genaue vertragliche Ausgestaltung einigen konnten, musste 1995 letztlich das Bundesschiedsamt entscheiden. Dieses hat seinerzeit exakt vorgegeben, welche Daten in welcher Form zu übermitteln sind. U.a. war die Zahnarzt Nummer in verschlüsselter Form zu übermitteln, was eine Qualitätssicherung erheblich erschwerte. Auch eine Qualitätssicherung mit Blick auf die Effekte von Behandlerwechseln war so nicht möglich. Ein erneuter Schiedsspruch im Jahr 2008 beließ es bei der Verschlüsselung. 2010 wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) ein neuer Vertrag abgeschlossen (DTA-Vertrag vom 10.05.2010). Damit wurde der gesetzliche Auftrag umgesetzt, den Datenaustausch auf sämtliche - auch die genehmigungspflichtigen - zahnärztlichen Leistungen auszudehnen (BEMA-Teile 2 bis 5 [4]). Seit 2012 erfolgt die Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen nun für alle fünf BEMA-Teile auf elektronischem Wege.

## Zahnarzt Nummer unverschlüsselt ab 01.01.2015

Die Krankenkassen traten weiterhin für eine Übermittlung der unverschlüsselten Zahnarzt Nummer ein. Erst durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) kam es hier zu einer grundlegenden Änderung. Das BSG kam am 02.04.2014 (B 6 KA 19/13 R) zu dem Ergebnis, dass die zwischen Krankenkassen und KZVen weitergeleiteten Daten, entgegen der Ansicht der KZV, keinen sensiblen Bereich betreffen und eine Verschlüsselung bei der Übersendung der Abrechnungsdaten somit nicht zulässig sei. In der Folge ist die Zahnarzt Nummer bei der Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen von den KZVen nun routinemäßig unverschlüsselt an die Krankenkassen zu übermitteln, damit diese ihren gesetzlich vorgeschriebenen Prüfaufgaben in vollem Umfang nachkommen können. Auch wenn auf Bundesebene zwischen dem GKV-SV und der KZBV bislang keine Einigung über eine entsprechende Anpassung des DTA-Vertrages erzielt werden konnte, erfolgt seit dem 01.01.2015 eine Übermittlung der unverschlüsselten Zahnarzt Nummer durch die KZVen. Seitdem besteht für die Krankenkassen die prinzipielle Möglichkeit einer vergleichenden Qualitätssicherung, um darüber entsprechende Rückkopplungsschleifen zu

<sup>1</sup> Zu den gesetzlichen Grundlagen: siehe u.a. SGB V §§ 37, 37a, 37b, 38, 44, 115b, 116b, 137f, 295, 300, 301, 301a, 302

etablieren. So ist ein Feedback vorstellbar, welches die Dokumentation von Diagnosen und Therapien im nicht-zahnmedizinischen Bereich vor und nach zahnmedizinischen Interventionen einbezieht sowie ein Linkage mit zahnarztindividuellen Charakteristika etwa zu Ausbildungsstand oder Spezialisierung ermöglicht.

#### Welche Vorteile ergeben sich durch die Zusammenführung von Datenquellen?

Im Data Warehouse einer Krankenkasse speist die Zahnmedizin eine von mehreren Datenquellen. Dies eröffnet eine Vielzahl von Querbezügen wie die Untersuchung der Inanspruchnahme nicht-zahnmedizinischer Leistungen aufgrund von Symptomen, die

**Im Data Warehouse einer Krankenkasse speist die Zahnmedizin eine von mehreren Datenquellen. Dies eröffnet eine Vielzahl von Querbezügen wie die Untersuchung der Inanspruchnahme nicht-zahnmedizinischer Leistungen aufgrund von Symptomen, die ursächlich auf zahnmedizinische Probleme zurückzuführen sind. Unter Qualitätssicherungsaspekten interessant ist beispielsweise die Frage, welchen Verlauf die Versorgung eines bestimmten Zahnes über die Jahre nimmt. Welchen Einfluss hat allgemein ein Behandlerwechsel auf die Versorgung? Sequenzanalytische Analysen versprechen hier Antworten.**

#### Welche Daten können für die Qualitätssicherung genutzt werden?

Die einzelnen KZVen erstellen auf Basis der von den Vertragszahnärzten nach § 295 Abs. 4 SGB V übermittelten Abrechnungsdaten für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser Einzelfallnachweis enthält u.a. die mittlerweile unverschlüsselte Zahnarzt Nummer, die KZV-Nummer, Identifikation des Versicherten, Fallnummer, Leistungsquartal, abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich tagesgenauer Angaben zur Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungsposition sowie der Punktsommen/-werte. Die Krankenkassen dürfen diese Daten gemäß § 2 Abs.1 des DTA-Vertrags höchstens über einen Zeitraum von drei Jahren aufbewahren. Diese Löschfrist gilt nicht für zuvor anonymisierte Daten.

Darüber hinaus sieht § 13 des DTA-Vertrags die Lieferung statistischer Daten auf der Landesebene durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Landesverbände der Krankenkassen vor. Bei diesen Daten handelt es sich um kassenartenübergreifende Rohdaten, aus denen diverse Kennzahlen und Berichte erstellt werden können. Daneben gibt es noch die bereits etablierten Jahrbücher der KZBV, in denen relevante Statistiken zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland auf GKV-Ebene veröffentlicht werden, beispielhaft siehe das letztjährige Jahrbuch der KZBV [5].

ursächlich auf zahnmedizinische Probleme zurückzuführen sind. Unter Qualitätssicherungsaspekten interessant ist beispielsweise die Frage, welchen Verlauf die Versorgung eines bestimmten Zahnes über die Jahre nimmt. Welchen Einfluss hat allgemein ein Behandlerwechsel auf die Versorgung? Sequenzanalytische Analysen versprechen hier Antworten. Aufgrund der bis 2015 praktizierten Verschlüsselung der Zahnarzt Nummer lässt der momentane Datenbestand derartige Auswertungen nicht zu, aber jedes weitere Jahr verspricht weitere Möglichkeiten für eine sektoren- und jahresübergreifende Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung.

#### Fazit

Wie stets so unterliegen Routinedatenanalysen auch hier Limitationen etwa durch einen Krankenkassenwechsel des Versicherten oder das Fehlen von kontextuell relevanten Detailinformationen. Die Grundproblematik besteht darin, dass die Abrechnungsdaten primär für Abrechnungszwecke erhoben werden und nicht für qualitätssichernde Versorgungsforschung. Dies sollte jedoch keinen Versorgungsforscher davon abhalten, die neuen Möglichkeiten der zahnmedizinischen Routinedaten zu erkunden und die Ergebnisse in die wissenschaftliche Diskussion einzubringen. Entscheidend dabei wird sein, die Analysen mit ausreichender zahnmedizinischer Expertise zu flankieren. Insofern erscheint es nur folgerichtig, wenn Krankenkassen und KZBV zukünftig kooperieren und gemeinsam relevante Fragestellungen beantworten helfen.

#### Literatur:

- 1 Bothner U, Meissner FW: Data Mining und Data Warehouse: Wissen aus medizinischen Datenbanken nutzen. Dt Arztebl 1998; 95: A-1336-1338.
- 2 Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.), Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. vollst. überarb. Auflage. Bern: Huber 2014, S. 314-330.
- 3 Linder R, Horenkamp-Sonntag D, Verheyen F. Impact der Versorgungsforschung für die Versorgungsqualität. Monitor Versorgungsforschung 2012; 4:42-44.
- 4 BEMA: Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V. Stand 01.04.2014, <http://www.kzbv.de/kzbv-bema-2014-04-01.download.e0e5527db954481385ff0508f95bfe51.pdf>, letzter Zugriff am 31.03.2016.
- 5 KZBV: Jahrbuch 2015. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. <http://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2015.media.b58d83c8c7f-b6f73b35563fab351cb72.pdf>, letzter Zugriff am 31.03.2016.

Oliver Damm, Wolfgang Greiner

# Health Technology Assessment (HTA)

## Bindeglied zwischen Wissenschaft und Entscheidungsfindung in Politik und Praxis



**Oliver Damm, MPH**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld



**Prof. Dr. Wolfgang Greiner**

Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

### Hintergrund

Ein zeitgemäßes Gesundheitssystem zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass Entscheidungen evidenzbasiert, d. h. auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse getroffen werden. Dies gilt sowohl für Entscheidungen auf der Ebene der politischen Akteure als auch für Entscheidungen, die in den Verantwortungsbereich der Leistungserbringer fallen. Evidenzbasierte Entscheidungen sind insbesondere dann gefragt, wenn es um die Beurteilung medizinischer Innovationen geht. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen stellt die stetige Zunahme an medizinischen Verfahren die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen vor die Herausforderung, echte von vermeintlichen Innovationen zu unterscheiden und deren Auswirkungen für Patienten und das Gesundheitssystem zu bewerten. Zu den Kriterien, die in diesem Kontext als relevant erachtet werden, zählen mittlerweile jedoch nicht nur Wirksamkeit und Sicherheit; ökonomische Gesichtspunkte, Akzeptanzfragen sowie die Orientierung an Patientenpräferenzen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Eine weitere Herausforderung ist die wachsende Anzahl potenziell relevanter Publikationen. Bei 75 medizinischen Studien und 11 systematischen Übersichtsarbeiten, die pro Tag veröffentlicht werden, fragen die Autoren eines Beitrages aus dem Jahr 2010 zu Recht „How will we ever keep up?“ (Bastian et al. 2010).

### Entscheidungsunterstützung durch HTA

Ein Instrument, mit dessen Hilfe sich den zuvor skizzierten Herausforderungen begegnen lässt, ist das Health Technology Assessment (HTA). Das Ziel von HTA ist die systematische und umfassende Bewertung der kurz- und langfristigen Auswirkungen von Gesundheitstechnologien auf die Bevölkerung und das Gesundheitssystem, um Entscheidungsträgern eine vollständige und hochwertige Informationsbasis für evidenzbasierte Entscheidungen zu liefern. Daher stellt HTA ein wichtiges Instrument zur Entscheidungsunterstützung in Politik und Praxis dar. Der dem HTA-Konzept zugrunde liegende Technologiebegriff ist relativ breit gefasst und reicht von Arzneimitteln und Medizinprodukten über diagnostische und therapeutische Prozeduren bis hin zu Public Health-Interventionen. Die Idee hinter HTA ist, dass „bessere“ Entscheidungen, wobei „besser“ hier

als „die aktuelle Evidenz berücksichtigend“ zu verstehen ist, zu einer besseren, im Sinne einer effektiveren und effizienteren Gesundheitsversorgung und damit letztendlich zu einer besseren Gesundheit der Bevölkerung führen.

### Inhalt und Methoden von HTA

In den meisten HTA-Berichten stehen die medizinischen und ökonomischen Konsequenzen einer Gesundheitstechnologie im Vordergrund. Demzufolge werden hauptsächlich Fragen zur Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität beantwortet. Teilweise werden jedoch auch ethische, soziale, organisatorische und rechtliche Aspekte berücksichtigt (siehe Abb. 1). Zur Beantwortung der jeweiligen Forschungsfragen bedient sich HTA eines breiten und interdisziplinären Methodenspektrums. Der Kernteil eines HTA-Berichtes besteht in der Regel aus einer Zusammenfassung und Kommentierung bereits vorliegender Studien, die im Rahmen einer systematischen Recherche identifiziert wurden. Unter bestimmten Voraussetzungen werden für einen HTA-Bericht jedoch auch neue Daten erhoben, oder es werden, vor allem zur Beantwortung ökonomischer Fragestellungen, eigenständige Modellierungen durchgeführt.

### Nutzen von HTA

In vielen Ländern wird HTA vornehmlich als Instrument der Politikberatung im Kontext von regulatorischen Entscheidungen, insbesondere bei Entscheidungen zur Kostenerstattung, genutzt. Auch wenn sich HTA-Berichte damit in erster Linie an Entscheidungsträger auf der Makroebene eines Gesundheitssystems richten, können auch Leistungserbringer von der zugrunde liegenden Technologiebewertung profitieren. Informationen zur evidenzbasierten Anwendung medizinischer Technologien erhalten klinisch tätige Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen zwar auch durch Leitlinien, die auf einem Konsens unter Experten und Betroffenen nach intensiver Auseinandersetzung mit der externen wissenschaftlichen Evidenz beruhen; dennoch bestehen entscheidende Unterschiede zwischen Leitlinien und HTA. Während sich klinische Leitlinien an spezifischen Krankheitsbildern orientieren, stellt HTA einzelne Technologien ins Zentrum der Evidenzbewertung. Die Beschränkung auf eine bestimmte Tech-

nologie impliziert dabei eine viel detailliertere und umfassendere Auseinandersetzung mit den Konsequenzen des Technologieeinsatzes als es Leitlinien leisten können. Besonders hervorzuheben ist die explizite, kritische Beurteilung und Kommentierung der Ergebnisse eingeschlossener Studien vor dem Hintergrund der jeweils verwendeten Methodik. Wie relevant diese kritische Beurteilung gerade im Bereich der Zahnmedizin ist, zeigt sich durch Untersuchungen zur Qualität zahnmedizinischer Studien, die zu dem Schluss kommen, dass viele publizierte Studien deutliche Schwächen bei der Beschreibung der verwendeten Methoden aufweisen und die Ergebnisse häufig einem hohen Verzerrungsrisiko unterliegen (Al-Namankany et al. 2009; Jokstad et al. 2002; Kloukos et al. 2015; Marshman & Farid 2010; Pandis et al. 2010; Sjögren & Halling 2002).

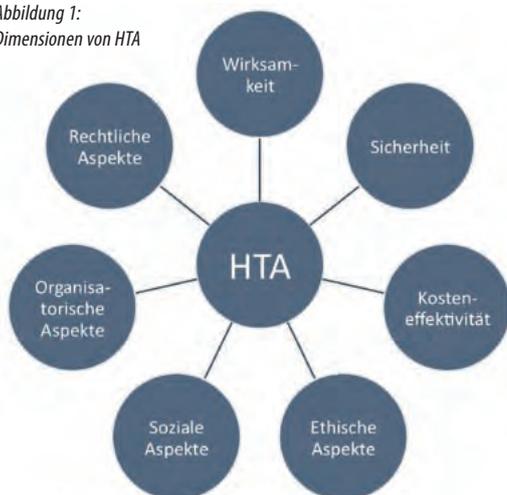
### HTA in der Zahnmedizin

Bei einer im April 2016 durchgeführten Recherche in der Datenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) mit den Suchbegriffen „Zahn“, „Zahnmedizin“ oder „Dental“ ließen sich insgesamt acht zahnmedizinische HTA-Berichte aus dem deutschsprachigen Raum identifizieren, die von HTA-Institutionen in Deutschland und Österreich zwischen 2003 und 2014 veröffentlicht wurden. Zwei dieser Berichte untersuchen jedoch unterschiedliche Aspekte derselben Technologie (Wirksamkeit und ökonomische Aspekte), sodass bislang lediglich zu sieben zahnmedizinisch relevanten Technologien deutschsprachige HTA-Berichte vorliegen.

### Anspruch und Wirklichkeit - Erfahrungen mit HTA in der Praxis

Trotz der weltweiten Zunahme an HTA-Aktivitäten in den letzten Jahren bleiben die Auswirkungen in vielen Ländern deutlich hinter den Erwartungen zurück. Das betrifft sowohl den Einfluss von HTA auf die politische Entscheidungsfindung als auch die Effekte auf der Ebene der Versorgungspraxis. Ein unterschiedlich hoher Impact vermag unter anderem in der Art, wie HTA-

Abbildung 1:  
Dimensionen von HTA



## HTA sollte nicht nur als Brücke zwischen Wissenschaft und Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik, sondern auch als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis verstanden werden.

Programme organisiert sind und wie die Ergebnisse von HTA im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess berücksichtigt werden, begründet sein. Die häufig fehlende systematische und vor allem obligatorische Einbindung in regulatorische Prozesse hemmt das Einflusspotenzial von HTA enorm. Gleiches gilt für dezentrale Organisationsformen regulatorischer Prozesse. Zudem erschwert eine von Verhandlungen und Kompromissen zwischen unterschiedlichen Interessengruppen geprägte Gesundheitspolitik die Implementierung von HTA als „rationalem“ Ansatz. Auch limitieren die finanziellen Rahmenbedingungen den Einfluss von HTA, da die Budgets für die Erstellung von HTA-Berichten länderübergreifend als viel zu gering einzuschätzen sind. Unter Umständen ist das eingeschränkte oder fehlende Bekenntnis von Entscheidungsträgern zu dem Instrument HTA auch auf die teilweise sehr unterschiedliche Qualität von HTA-Berichten zurückzuführen. Deutliche Kritik an der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit dem HTA-Programm des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat der Wissenschaftsrat in einer Stellungnahme bereits im Jahr 2009 geäußert. Zukünftig werden insbesondere die Aktivitäten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die HTA-Landschaft in Deutschland prägen.

### Fazit

Ein Interesse aller beteiligten Akteure an evidenzbasierten Entscheidungen vorausgesetzt, bedarf es dringend einer Intensivierung der Bemühungen, HTA als festen Bestandteil in der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland zu etablieren. Dabei sollte HTA nicht nur als Brücke zwischen Wissenschaft und Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik, sondern auch als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis verstanden werden. Um diesem Ziel näher zu kommen, bedarf es unter Umständen auch einer Änderung der Einstellung zu Innovationen bzw. zu dem, was innovatives Handeln ausmacht. So wird in einem Editorial der Fachzeitschrift Evidence-Based Dentistry gemutmaßt, dass Forschungsergebnisse nur dann ihren Weg in die Praxis finden, wenn bereits die Beschäftigung mit Evidenzbasierung im Sinne der Bewertung und Implementierung neuen Wissens als Innovation begriffen wird (Hurst 2011).

### Literatur:

- Al-Namankany AA, Ashley P, Moles DR, Parekh S. Assessment of the quality of reporting of randomized clinical trials in paediatric dentistry journals. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009; 19:318-324.
- Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: How will we ever keep up? *PLoS Medicine* 2010; 7: e1000326.
- Hurst D. Using new evidence is an innovation. So what? *Evidence-Based Dentistry* 2011; 12:66.
- Jokstad A, Esposito M, Couldthard P, Worthington HV. The reporting of randomized controlled trials in prosthodontics. *The International Journal of Prosthodontics* 2002; 15:230-242.
- Kloukos D, Papageorgiou SN, Doulis I, Petridis H, Pandis N. Reporting quality of randomised controlled trials published in prosthodontic and implantology journals. *Journal of Oral Rehabilitation* 2015; 42:914-925.
- Marshman Z, Farid F. The quality of reporting of randomised controlled trials in dental public health. *Community Dental Health* 2010; 27:253-256.
- Pandis N, Polychronopoulou A, Eliades T. An assessment of quality characteristics of randomised control trials published in dental journals. *Journal of Dentistry* 2010; 38:713-721.
- Sjögren P, Halling A. Quality of reporting randomised clinical trials in dental and medical research. *British Dental Journal* 2002; 192:100-104.

## Impressum

### Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

### Redaktion:

Benn Roolf

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

eMail: [benn.roolf@i-g-z.de](mailto:benn.roolf@i-g-z.de)

### Verlag und Anzeigenverkauf:

DentalisVerlag Benn Roolf

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

[www.dentalisverlag.de](http://www.dentalisverlag.de)

Titelfoto:

[krishnacreations/fotolia.com](http://krishnacreations/fotolia.com)

Auflage:

2 500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

## Die Verbände der IGZ

### Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

[www.vnzlb.de](http://www.vnzlb.de)

### Hamburg:

Zahnärzteverband Z-2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

[www.z-2000.de](http://www.z-2000.de)

### Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

[www.vdzis.de](http://www.vdzis.de)

### Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

[www.w-z-w.de](http://www.w-z-w.de)