

**Ergebnisbetrachtungen zahnärztlich-prothetischer Planungsgutachten
– Eine Studie mit Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin
aus dem Jahr 2017**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Julia Möllendorf
geboren am 05.11.1988 in Altdöbern

Betreuer:
Prof. Dr. med. dent. habil. Jürgen M. Setz

Gutachter:
PD M. Rädels, Dresden
Prof. R. Biffar, Greifswald

Datum der Verteidigung: 31.08.2022

Für meine Eltern Thomas und Annett

Referat

Im Zuge eines neuen Zahnersatzes kann die gesetzliche Krankenkasse des Patienten ein Planungsgutachten zur Überprüfung des Befundes, der Versorgungsnotwendigkeit und der geplanten Versorgung auslösen. Dafür bedarf es eines Gutachters, der von der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) bestimmt wird. Dieser führt eine fachliche Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung durch unter Beachtung der aktuellen Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien sowie der allgemein anerkannten zahnmedizinischen Standards.

Ziel dieser Untersuchung war es zu ermitteln, welche Faktoren die Ergebnisse von Planungsgutachten beeinflussen und welche Ablehnungsgründe am häufigsten vorkamen. Insgesamt wurden 11.271 Planungsgutachten der KZV Berlin für das Jahr 2017 erfasst, nach einheitlichen Kriterien untersucht und statistisch mittels deskriptiver Analyse ausgewertet.

Am häufigsten wurden Patienten im Alter von 51 bis 60 Jahren begutachtet und wenn festsitzender Zahnersatz im Oberkiefer geplant war. 48,7 % der begutachteten Heil- und Kostenpläne wurden abgelehnt, 18,8 % mit Einschränkungen und 32,5 % ohne Einschränkungen befürwortet. Unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen und Befürwortungsquoten zwischen den Primär- und Ersatzkassen deuten auf verschiedene Begutachtungsauslöser seitens der Krankenkassen hin. Zahnarztpraxen mit einer Begutachtungshäufigkeit von mehr als 32 Gutachten pro Jahr haben eine niedrigere Befürwortungsquote als Zahnarztpraxen mit einer geringeren Begutachtungshäufigkeit. Zweitgutachten weisen insgesamt eine höhere Befürwortungsquote auf als Erstgutachten. Gutachter mit einer hohen Begutachtungshäufigkeit besitzen eine höhere Befürwortungsquote als Gutachter mit einer geringeren Begutachtungshäufigkeit. Die häufigsten Ablehnungsgründe waren eine nicht bedarfsgerechte und wirtschaftliche Planung, oftmals ausgelöst durch eine fehlerhafte Gesamtplanung und falsche Indikationsstellung zur Überkronung, eine nicht richtliniengemäße, präprothetische Vorbehandlung sowie eine mangelhafte Mundhygiene der Patienten.

Zur Verbesserung der Begutachtungsergebnisse wird eine stetige Reevaluation durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung empfohlen, um einen gleichbleibenden Qualitätsstandard sowohl bei den Begutachtungen als auch den Zahnersatzplanungen zu gewährleisten.

Möllendorf, Julia: Ergebnisbetrachtungen zahnärztlich-prothetischer Planungsgutachten – Eine Studie mit Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin aus dem Jahr 2017, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 63 Seiten, 2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Allgemeine Grundlagen der vertragszahnärztlichen Versorgung	1
1.1.1	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	1
1.1.2	Spitzenverband Bund der Krankenkassen.....	1
1.1.3	Gemeinsamer Bundesausschuss	2
1.1.4	Bundemantelvertrag – Zahnärzte	3
1.2	Allgemeine Information zum vertragszahnärztlichen Gutachterwesen.....	3
1.2.1	Bedeutung vertragszahnärztlicher Gutachten.....	3
1.2.2	Rechtsgrundlage	4
1.2.3	Planungsgutachten	4
1.2.4	Mängelgutachten.....	7
2	Zielstellung.....	8
3	Material und Methoden.....	9
3.1	Datengrundlage.....	9
3.2	Datenauswahl	9
3.3	Statistik	13
4	Ergebnisse	14
4.1	Das Gesamtkollektiv	14
4.2	Analyse des Patientenalters.....	14
4.3	Analyse der Krankenkassen.....	15
4.3.1	Verteilung der Gutachtenanzahl	15
4.3.2	Verteilung der Begutachtungsergebnisse	17
4.3.3	Verteilung der Gutachten nach geplantem Zahnersatz.....	18
4.4	Analyse der begutachteten Zahnarztpraxen	21
4.4.1	Verteilung der Gutachtenanzahl	21

4.4.2	Verteilung der Begutachtungsergebnisse innerhalb aller begutachteten Zahnarztpraxen	24
4.4.3	Verteilung der Begutachtungsergebnisse innerhalb der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen.....	26
4.4	Analyse der Gutachter.....	28
4.4.1	Verteilung der Gutachtenanzahl	28
4.4.2	Verteilung der Begutachtungsergebnisse	30
4.5	Ablehnungsgründe	33
4.5.1	Generelle Verteilung	33
4.5.2	Verteilung zwischen Zahnarztpraxen mit mehr als 32 bzw. weniger als 33 Gutachten pro Jahr.....	36
5	Diskussion.....	38
5.1	Diskussion der Ergebnisse.....	38
5.1.1	Einfluss des Alters auf die Begutachtungshäufigkeit	38
5.1.2	Einfluss der Krankenkassen.....	39
5.1.3	Einfluss der begutachteten Zahnarztpraxen	44
5.1.4	Einfluss der Gutachter.....	48
5.1.5	Beurteilung der Ablehnungsgründe	50
5.2	Kritische Betrachtung der Methodik.....	52
6	Zusammenfassung.....	54
7	Literatur.....	57
8	Thesen.....	63
	Anhang	
	Erklärungen	
	Danksagung	

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMV-Z	Bundesmantelvertrag der Zahnärzte
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMS V	Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
EKV-Z	Ersatzkassenvertrag der Zahnärzte
et al.	et alii (lateinisch); und andere (deutsch)
HKP	Heil- und Kostenplan
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
K.d.ö.R.	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KFO	Kieferorthopädie
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LJ	Lebensjahr
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl
OK	Oberkiefer
PAR	Parodontologie
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
Tab.	Tabelle
UK	Unterkiefer
Vd.	Verdachtsdiagnose
ViPr	Vitalitätsprüfung
WKB	Wurzelkanalbehandlung
ZE	Zahnersatz

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Darstellung der Abfragemaske in Microsoft Access, Version 2016.....	10
Abb. 2: Häufigkeitsverteilung des Patientenalters in 10-Jahres-Stufen (n = 11.271)....	14
Abb. 3: Verteilung der Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 11.271).....	16
Abb. 4: Prozentuale Verteilung des Begutachtungsergebnisses je Krankenkasse sowie der Kategorien alle Krankenkassen, Primärkassen, Ersatzkassen	17
Abb. 5: Verteilung des geplanten Zahnersatzes aller Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 11.271); Mehrfachnennungen möglich	18
Abb. 6: Prozentuale Verteilung des geplanten Zahnersatzes je Krankenkasse sowie der Kategorien alle Krankenkassen, Primärkassen, Ersatzkassen; Mehrfachnennungen möglich.....	20
Abb. 7: Prozentuale Verteilung der untersuchten Planungsgutachten je begutachteter Zahnarztpraxis in Abhängigkeit der jeweiligen Gutachtenanzahl, aufgeteilt in Kategorien.....	21
Abb. 8: Verteilung der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 3.232)	23
Abb. 9: Prozentuale Verteilung der Ergebnisbeurteilung aller untersuchten Planungsgutachten (n = 11.271); die dargestellten Zahlen geben die absolute Häufigkeit der jeweiligen Ergebniskategorie an.	24
Abb. 10: Prozentuale Verteilung der Ergebnisbeurteilung aller untersuchten Zweitgutachten (n = 1.012); die dargestellten Zahlen geben die absolute Häufigkeit der jeweiligen Ergebniskategorie an.	25
Abb. 11: Prozentuale Verteilung der Begutachtungsergebnisse der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen.....	27
Abb. 12: Verteilung der Gutachter in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 11.271).....	29
Abb. 13: Prozentuale Verteilung der Begutachtungsergebnisse aller Gutachter (n = 46)	31
Abb. 14: Prozentualer Vergleich der Gutachter in Kategorien (Gesamtheit aller Gutachter, Gutachtergruppe mit den meisten und den wenigsten Gutachten) in Bezug auf das Begutachtungsergebnis; die Zahlen innerhalb der Säulen geben die absolute Häufigkeit der jeweiligen Ergebniskategorie an	32
Abb. 15: Prozentualer Vergleich der Ablehnungsgründe in Kategorien (Gesamtheit der begutachteten Zahnarztpraxen, Zahnarztpraxen > 32 GA/Jahr, Zahnarztpraxen < 33 GA/Jahr)	37

Abb. 16: Häufigkeitsverteilung des Patientenalters in 10-Jahres-Stufen, vergleichend mit den Daten aus 2015 aus der Studie von Kornett (25) ; $p = 0,053$ nach dem t-Test	39
Abb. 17: Verteilung der Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl, vergleichend mit den Daten von 2015 aus der Studie von Kornett (25)	41
Abb. 18: Verteilung der Begutachtungsergebnisse in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl, vergleichend mit Daten der Jahresstatistik 2017 der KZBV (21)	46
Abb. 19: Verteilung der Begutachtungsergebnisse in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl, vergleichend mit den Daten von 2015 aus der Studie von Kornett (25)	47
Abb. 20: BMV-Z Anlage 19b für Planungsgutachten (14)	VII
Abb. 21: Begleitblatt zur Qualitätssicherung bei Planungsgutachten der KZV Berlin (22)	VIII

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ablehnungsgründe der Planungsgutachten, aufgeschlüsselt entsprechend den ZE-Richtlinien	12
Tab. 2: Verteilung der Ablehnungsgründe, Angabe in absolutem und prozentualem Anteil; Mehrfachnennungen möglich	35
Tab. 3: Verteilung der Gutachtenanzahl aller Krankenkassen, Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Häufigkeitstabelle).....	IX
Tab. 4: Verteilung der Begutachtungsergebnisse je Krankenkasse; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle)	X
Tab. 5: Verteilung des geplanten Zahnersatzes je Krankenkasse; Mehrfachnennungen möglich; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle).....	XI
Tab. 6: Verteilung der Begutachtungsergebnisse je 50-Plus-Zahnarztpraxen; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle)	XII
Tab. 7: Verteilung der Begutachtungsergebnisse je Gutachter; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle).....	XIV
Tab. 8: Verteilung der Ablehnungsgründe, vergleichend für die Gesamtheit aller begutachteter Zahnarztpraxen, Zahnarztpraxen >32 GA/Jahr, Zahnarztpraxen < 33 GA/Jahr; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil	XVI
Tab. 9: Verteilung der Krankenkassen nach Anzahl der erstellten Gutachten, vergleichend für 2015 (25) und 2017; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil	XVII

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Grundlagen der vertragszahnärztlichen Versorgung

1.1.1 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ist ein Organ der vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts (K.d.ö.R.). Die KZBV setzt sich aus 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) zusammen (1), welche hauptsächlich den einzelnen Bundesländern entsprechen. In einer dieser KZVen muss ein Zahnarzt¹ Mitglied sein, um die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten abrechnen zu können. Die rechtliche Grundlage dafür findet sich im vierten Kapitel des fünften Buches vom Sozialgesetzbuch (SGB V), welches auch die Aufgaben der KZBV und der KZVen regelt. Daraus resultiert neben der Interessenvertretung von mehr als 62.000 Vertragszahnärzten (1), die wichtigste Aufgabe dieser gemäß § 72 Absatz 1 SGB V: „Zahnärzte [...] und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.“ Im Absatz 2 wird weiterhin „im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen“ festgelegt, dass die Versorgung so zu planen ist, dass „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden“. Außerdem erledigen die KZVen die Abrechnung ihrer Vertragszahnärzte mit den Krankenkassen.

1.1.2 Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) setzt sich seit dem 01.07.2008 aus allen gesetzlichen Krankenkassen zusammen und vertritt diese in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dies ist in § 217a SGB V geregelt. Die gesetzliche Krankenversicherung wird aus dem Verband der Ersatzkassen, bestehend

¹ In der vorliegenden Dissertation wird aus Gründen der Lesbarkeit in allen Teilen das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten sind ausdrücklich miteingeschlossen.

aus Barmer, DAK, HEK, HKK, KKH und TK (2), und den Primärkassen gebildet. Letztgenannte formieren sich aus den Allgemeinen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft. Die Unterscheidung in Primär- und Ersatzkassen ist historisch bedingt; heute hat dies für Versicherte jedoch keine Bedeutung mehr, da beide Kassenarten leistungsrechtlich gleich sind und es für Versicherte nach § 175 SGB V ein Kassenwahlrecht gibt.

Bis zum 01.07.2008 gab es sieben Spitzenverbände, welche faktisch weiterhin als Gesellschaften bürgerlichen Rechts existieren, was beispielsweise kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht. Ziel der Neuordnung waren eine Verkürzung der Entscheidungswege sowie das Schaffen einer verbesserten Transparenz (3).

1.1.3 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen im Gesundheitswesen Deutschlands. Die Rechtsgrundlage ist in § 91 SGB V festgeschrieben und definiert die Zusammensetzung sowie die Aufgaben des G-BA. Dementsprechend wird er von Vertretern der vier Selbstverwaltungsorganisationen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband gebildet.

Seine Aufgabe ist es, die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung von derzeit etwa 73 Millionen in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Menschen (4) näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Dies gewährleistet er, indem er Richtlinien beschließt oder bereits bestehende aktualisiert; beispielsweise gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V die „zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung“. Dabei ist die Behandlung laut § 92 Absatz 1a SGB V „auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz“ auszurichten. Diese Richtlinien stehen in der Rangfolge zwar unterhalb von Gesetzen, sind aber dennoch für alle gesetzlich Krankenversicherten und die gesetzliche Krankenversicherung rechtlich bindend. Zugleich wird durch die Richtlinien eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet.

1.1.4 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte

Der aktuelle Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) (5) wird durch § 87 SGB V reglementiert und ist Bestandteil der Gesamtverträge, die Vertreter der Krankenkassen und KZVen auf Länderebene schließen. Vertragspartner sind laut § 87 Absatz 1a SGB V der GKV-Spitzenverband und die KZBV, welche die bundeseinheitlichen Vorgaben für die zahnärztliche Versorgung gesetzlich Krankensversicherter im BMV-Z umsetzen sollen. So werden dort unter anderem Art und Umfang der Versorgung beschrieben sowie Vorschriften zur Durchführung der Behandlungen festgelegt. Des Weiteren sind in § 4 BMV-Z auch die allgemeinen Bestimmungen zum Gutachterwesen enthalten. Bis einschließlich 30.06.2018 galt für Primärkassen der BMV-Z (6) und für Ersatzkassen der Ersatzkassenvertrag der Zahnärzte (EKV-Z) (7), welche entsprechend für Primär- und Ersatzkassen getrennt verhandelt wurden. Danach wurden diese Verträge zu einem BMV-Z für Primär- und Ersatzkassen zusammengefügt, welcher derzeit weiterhin gültig ist. Da der Inhalt der zuvor gültigen Verträge in Bezug auf das Gutachterwesen sowohl untereinander als auch gegenüber des aktuell gültigen BMV-Z gleich ist, wird nachfolgend zur besseren Verständlichkeit auf den aktuell gültigen BMV-Z (5) Bezug genommen.

1.2 Allgemeine Information zum vertragszahnärztlichen Gutachterwesen

1.2.1 Bedeutung vertragszahnärztlicher Gutachten

Das vertragszahnärztliche Gutachten dient formal gesehen als fachliche Hilfestellung (8) und unterstützt die gesetzlichen Krankenkassen „als Leistungsträger bei der leistungsrechtlichen Verwaltungsentscheidung“ (9). Außerdem schafft es sachverständige Entscheidungsgrundlagen und führt zu einer Qualitätssicherung für die entsprechenden Gremien der KZVen. Für den Gutachter selbst ist die Entscheidungsfindung eine verantwortungsvolle Aufgabe, die er unter Berücksichtigung unterschiedlicher Vorgaben zwischen den augenblicklichen Richtlinien des G-BA und der wissenschaftlichen Zahnheilkunde treffen muss (8). Ferner stärkt es den Schutz der Patientenrechte und schützt die Zahnärzteschaft vor ungerechtfertigten Mängelansprüchen seitens der Patienten. Ein Vertragsgutachten kann in den Bereichen Kieferorthopädie (KFO), Parodontologie (PAR), Zahnersatz (ZE) und Kiefergelenkserkrankungen veranlasst werden.

1.2.2 Rechtsgrundlage

Seit dem 01.07.2018 ist in § 4 BMV-Z (5) das Gutachterwesen der Vertragszahnärzte rechtlich festgelegt. Dort finden sich sowohl die allgemeinen Bestimmungen als auch in Absatz 1 die Verweise auf die speziellen Gutachtervereinbarungen in den Anlagen. Zuvor galten § 2a BMV-Z (6) bzw. § 22 EKV-Z (7).

Die weiteren Absätze umfassen die Grundsätze zur Bestellung der Gutachter, zu den Qualifikationskriterien für das Amt des Gutachters, zur fachlichen Begleitung neu bestellter Gutachter durch die KZVen sowie zur Fortbildungspflicht der Gutachter. So können sowohl die KZVen als auch die Landesverbände der Krankenkassen Vertragszahnärzte als Gutachter vorschlagen. Bis zum 01.07.2018 war das nur durch die KZV möglich. Die vorgeschlagenen Personen müssen die vertraglich vereinbarten Qualifikationskriterien erfüllen. Diese beinhalten gleichstellend mit dem Leistungsbereich eine besondere Fachkompetenz mit entsprechendem Erfahrungsschatz, die Bereitschaft zur regelmäßigen Fortbildung, die Zulassung als Vertragszahnarzt und eine fachlich unabhängige und weisungsungebundene Ausübung des Amtes als Gutachter. Die Bestellung der Gutachter erfolgt durch die KZVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen für vier Jahre; hier sind Abweichungen auf Gesamtvertragebene möglich. So werden zum Beispiel in Berlin die Gutachter jeweils für die Dauer der Legislaturperiode der KZV, somit für sechs Jahre, berufen. Die Bestellung kann, außer beim ersten Mal, nur einvernehmlich zwischen der KZV und den Landesverbänden widerrufen werden. Damit erfolgt deutschlandweit eine einheitliche Berufung zum Gutachter für Vertragszahnärzte.

1.2.3 Planungsgutachten

Rechtsgrundlage für die Planungsbegutachtung von Zahnersatz ist die Anlage 6 zum BMV-Z (10). Dieser entsprechend muss grundsätzlich vor einem prothetischen Behandlungsbeginn ein genehmigter Heil- und Kostenplan (HKP) vorliegen. Dazu muss der Vertragszahnarzt den HKP anhand des Befundes gemäß Vordruck 3a und Vordruck 3b der Anlage 14a BMV-Z (11) aufstellen, welcher der Krankenkasse vorzulegen ist. Bei der ZE-Planung sind neben dem in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot die Indikation gemäß der ZE-Richtlinien (12) und die Umsetzung der Festzuschuss-Richtlinien (13) bei der Befundangabe und Regelversorgung bzw. Therapieplanung zu beachten. Gemäß § 2 Anlage 6 BMV-Z können die Krankenkassen den eingereichten HKP „in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen“ (10). Dazu übersendet die Krankenkasse den HKP einem entsprechenden Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. Der

Patient vereinbart dann selbständig einen Termin zur körperlichen Untersuchung beim Gutachter, zu welchem der Zahnarzt alle zur Begutachtung notwendigen Unterlagen einreicht. Dies beinhaltet Röntgenbilder, vorhandene Planungsmodelle und eventuell weitere Erklärungen des Zahnarztes zum Therapiekonzept. Auf Grundlage all dessen fällt der Gutachter sein Urteil und vermerkt das Begutachtungsergebnis mit Begründung auf dem entsprechenden Vordruck (14) (Abbildung 20 im Anhang). Anschließend wird das Formular an die Krankenkasse übersendet; im Falle der Nichtbefürwortung ist das Gutachten auch dem behandelnden Zahnarzt zu übersenden gemäß § 3 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Z (10). Die Krankenkasse übermittelt im Anschluss den HKP dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden. Erst nach erfolgter Genehmigung darf der Vertragszahnarzt mit der prothetischen Behandlung beginnen.

Ziel der Planungsgutachten ist die fachliche Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung sowie der Behandlungsplanung durch den Gutachter vor dem Hintergrund der aktuellen ZE- und Festzuschuss-Richtlinien sowie der allgemein anerkannten zahnmedizinischen Standards. Damit wird die Qualität der zahnärztlichen Behandlungstätigkeit gesichert (8).

Durch eine gutachterliche Stellungnahme wird die geplante Behandlung neutral sowie objektiv überprüft, und ob die zahnmedizinische Indikationsstellung und die leistungsrechtlichen Ansprüche gegenüber der Krankenkasse eingehalten wurden (15). Dies ist insbesondere für Patienten bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Therapie als Vorteil zu bewerten. Durch eine Befürwortung der Planung seitens des Gutachters bestätigt dieser die Indikation sowie die richtlinienkonforme Behandlungsplanung und Vorbehandlung und trägt so zum Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt bei (15). Außerdem entlastet eine positive Stellungnahme den Zahnarzt im Falle später auftretender Mängel von etwaigen Vorwürfen, die der Versorgung zugrundeliegende Planung sei fehlerhaft gewesen (16).

Begriffsdefinition der Ergebnisse durch die KZV Berlin

Gemäß Anlage 19b BMV-Z (14) sind drei Begutachtungsergebnisse möglich:

1. Ja / Befürwortet
2. Nein / Nicht befürwortet
3. Mit Einschränkung befürwortet

Es fehlt jedoch an einer klaren vertraglichen Definition dieser Begriffe. Daher hat die KZV Berlin, in deren Bereich diese Untersuchung durchgeführt wurde, seit dem 01.11.2014 eine Begriffsdefinition als Handlungsanweisung für die Gutachter geschaffen (17), die wie folgt lautet:

Ja / Befürwortet:

„Die vorliegende Planung ist aus zahnmedizinischer wie gebührenrechtlicher Sicht fehlerfrei und kann ohne jede Veränderung seitens der Krankenkasse genehmigt werden. HKP ist ohne Änderung genehmigungsfähig.“

Mit Einschränkung:

„Die vorliegende Planung ist grundsätzlich medizinisch indiziert. Der HKP ist inhaltlich wie gebührenrechtlich fehlerfrei. Es sind lediglich noch die im Gutachten konkret benannten Vorbehandlungsmaßnahmen (Ausheilungszeiten, Mundhygieneverbesserung, Endo, PAR, Schienentherapie ...) gemäß der [sic] ZE-Richtlinien erforderlich. Weist der behandelnde Kollege/in der Krankenkasse gegenüber den erfolgreichen Abschluss der genannten Vorbehandlungsmaßnahmen nach, kann die vorliegende Planung ohne jede Änderung des HKP genehmigt werden. Es liegt im Ermessen der Kasse, ob sie den erfolgreichen Abschluss der Vorbehandlungsmaßnahmen durch ein erneutes Gutachten überprüfen lässt. HKP ist genehmigungsfähig nach Abschluss der Vorbehandlungsmaßnahmen. Weitere Änderungen der Planung oder des HKP sind nicht erforderlich.“

Nein / Nicht befürwortet:

„Die Planung ist ganz oder in Teilen nicht indiziert oder beinhaltet gebührenrechtliche Fehler. Der HKP muss geändert werden. HKP ist nicht genehmigungsfähig. Erstellung eines neuen HKP ist erforderlich. Konkret ist insbesondere zu beachten, dass jedes Gutachten, in dessen Folge es zu einer Änderung des HKP kommen muss (fehlerhafter Gebührenansatz, fehlerhafter FZ-Ansatz [Festzuschuss-Ansatz], falsche Befundangaben, nicht überkronungsbedürftige Zähne, zusätzliche überkronungsbedürftige Zähne ...) als Gesamtergebnis die Beurteilung ‚nein / nicht befürwortet‘ tragen muss.“

1.2.4 Mängelgutachten

Gemäß § 2 Anlage 6 BMV-Z „kann die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsmängeln ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung von Zahnersatz begutachten lassen“ (10). Dazu beauftragt die Krankenkasse einen Gutachter, den eingesetzten Zahnersatz hinsichtlich Ästhetik und Funktion und der vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängel zu beurteilen. Dadurch soll geklärt werden, ob der von der Krankenkasse gemäß HKP genehmigte ZE ordnungsgemäß und korrekt eingegliedert wurde. Zeitgleich ist der Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung zu informieren.

Dass ein Mängelgutachten ausgelöst wird, ist zumeist bedingt durch das Ausbleiben einer erfolgreichen zahnmedizinischen Behandlung als durch ein Misstrauen gegenüber dem Zahnarzt (8). Diese wären beispielsweise durch den Patienten vermutete Mängel an der neu angefertigten prothetischen Arbeit, ein während der Behandlung aufgetretener Behandlungsfehler oder Schmerzen (18). Anlass einer Mängelbegutachtung kann außerdem die Vorlage eines HKPs durch einen Nachbehandler sein, der die Erneuerung des noch in Gewähr befindlichen Zahnersatzes enthält.

Mängelgutachten sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

2 Zielstellung

Jeder gesetzlich versicherte Patient hat laut SGB V Anspruch auf eine medizinisch zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Zahnersatzversorgung bei seiner jeweiligen Krankenkasse, die er bei einem Vertragszahnarzt seiner Wahl durchführen lassen kann. Um dies zu gewährleisten, definiert der BMV-Z die notwendigen Regularien zur Behandlungsplanung sowie Behandlungsprüfung. Dadurch wird es den Krankenkassen ermöglicht, bei Bedarf die eingereichten Behandlungspläne gutachterlich prüfen zu lassen, um eine korrekte leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen.

Es existieren neben den Studien von Münstermann (19) und Berndt (20) keine weiteren detaillierten und aktuellen Auswertungen der Ergebnisse von Planungsgutachten. Die Jahresstatistik der KZBV (21) erlaubt lediglich einen Überblick über die Zahl und das Ergebnis der je KZV-Bereich durchgeführten Gutachten. Die Statistik zeigt jedoch erhebliche Ergebnisabweichungen bei der Planungsbegutachtung zwischen den einzelnen KZV-Bereichen trotz bundesweit einheitlich geregelter gesetzlicher Rahmenbedingungen. Außerdem ist dieser nicht zu entnehmen, aus welchen Gründen Planungen nicht befürwortet wurden und wie die Ergebnisse sich auf einzelne Zahnarztpraxen oder Gutachter verteilen.

Die vorliegende retrospektive Studie soll daher mit deskriptiven Analysen überprüfen, ob Einflussfaktoren auf die Ergebnisse der Planungsgutachten identifizierbar sind, die die genannten Abweichungen erklären können.

Hieraus ergibt sich die Frage, ob die Begutachtungsanzahl der Krankenkasse, Gutachter und einzelnen Zahnarztpraxen mit dem Begutachtungsergebnis korreliert. Zudem soll ermittelt werden, welche Faktoren Begutachtungen auslösen und welche Gründe zu Ablehnungen führen.

3 Material und Methoden

3.1 Datengrundlage

Datengrundlage waren die im Aktenbestand der KZV Berlin vorhandenen Kopien der Planungsgutachten aus dem Jahr 2017. Berücksichtigt wurden hier nur Planungen der Berliner Vertragszahnärzte, da einzelne Regelungen bezüglich der Interpretation von Richtlinien von den KZVen definiert werden und daher für Vertragszahnärzte aus anderen Bundesländern gegebenenfalls differieren könnten.

Die Erfassung der untersuchten Planungsgutachten erfolgte im Zeitraum Oktober 2017 bis Oktober 2019 in den Räumlichkeiten der KZV Berlin, wobei nicht auf digitale Daten zurückgegriffen wurde.

3.2 Datenauswahl

Nach einem ausführlichen Aktenstudium zufällig ausgewählter Gutachten (im Sinne einer Testerfassung von 400 Gutachten des Jahres 2016) wurden die Fragestellungen präzisiert und die dafür erforderlichen Daten definiert. Daraus resultierte die abschließende Kriterienbestimmung zur Auswertung für die Gesamtheit aller Planungsgutachten. Es wurde das Jahr 2017 zur Auswertung gewählt, da hier laut KZV Berlin die Planungsgutachten ausschließlich an Gutachter vergeben wurden, die durch diese bestellt worden waren. Zuvor wurden die Planungsgutachten durch Gutachter angefertigt, die von der KZV Berlin oder vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) berufen wurden. Somit ist eine Beeinflussung der Begutachtungsergebnisse seitens des MDK ausgeschlossen.

Als Erfassungs- und Bearbeitungsgrundlage diente das Datenerfassungs- und Analyseprogramm „Microsoft Access“, Version 2016 (Microsoft Corp., USA). Dafür wurde eine passende Abfragemaske entworfen (Abbildung 1). Die Daten konnten entweder in freier Textform oder als einzelne Punkte aus einer Drop-down-Liste eingegeben werden. Als Grundlage für die Erstellung der Abfragemaske wurden die Anlage 19b des BMV-Z (14) und das Begleitblatt „Qualitätssicherung ZE-Gutachten“ der KZV Berlin (22) genutzt (im Anhang A1 - Abbildung 20 und A2 – Abbildung 21).

Abb. 1: Darstellung der Abfragemaske in Microsoft Access, Version 2016

Die Datenfelder „*Stempelnr*“ und „*Behandler*“ beinhalten jeweils die Abrechnungsnummer und den Namen des behandelnden Zahnarztes bzw. der zugehörigen Zahnarztpraxis. Des Weiteren wurden in den entsprechenden Datenfeldern das „*Geburtsjahr*“ des zu begutachtenden Patienten, die beauftragende „*Krankenkasse*“ und jeweils das „*Datum*“ der Erstellung des HKPs und des Gutachtens erfasst.

Außerdem erfolgte bei „*Ergebnis GA*“ eine Zuordnung in „ja“ (HKP befürwortet), „teilweise“ (HKP mit Einschränkungen befürwortet) und „nein“ (HKP nicht befürwortet). Ebenfalls wurde im Feld „*Befund korrekt?*“ mit der Unterteilung „ja / nein / keine Angabe“ dokumentiert, ob der jeweils angegebene Befund auf dem HKP durch den Gutachter bestätigt wurde. Sobald dazu kein Vermerk im Fließtext des jeweiligen Gutachtens auftauchte, wurde dies dementsprechend vermerkt.

Das Datenfeld „*Ablehnungsgrund*“ in der Erfassungsmaske beruht in seinen jeweiligen Unterpunkten auf den Vorgaben aus den „Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen“ (Zahnersatz-Richtlinie“) des G-BA (12):

Abschnitt A „Gegenstand und Zweckbestimmung“

Abschnitt B „Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung“

Abschnitt C „Voraussetzungen und Grundsätze für eine Versorgung mit Zahnersatz“

Abschnitt D „Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche“

Diese Unterpunkte sind in Tabelle 1 entsprechend der jeweiligen ZE-Richtlinie aufgezählt.

Im Datenfeld „*geplanter ZE*“ wurden die unterschiedlichen Versorgungsarten in folgende Gruppen, jeweils für den Ober- und Unterkiefer, eingeteilt:

Zur Gruppe des feststehenden Zahnersatzes gehören Kronen und Brücken.

In die Kategorie herausnehmbarer Zahnersatz gehören alle konventionellen Prothesen zur Versorgung des zahnlosen Kiefers im Sinne einer Totalprothese sowie rein partielle Prothesen, sogenannte Modellgussprothesen.

Zur Gruppierung des kombiniert feststehend-abnehmbaren Zahnersatzes werden Teleskopprothesen, Geschiebeprothesen sowie zeitgleich in einem Kiefer angefertigte Kronen und partielle Prothesen mit den dazugehörigen Halteelementen gezählt.

Des Weiteren erfolgte die zusätzliche, jedoch separate Kennzeichnung implantatgetragenen Zahnersatzes.

Da der jeweils beantragte HKP nicht Teil des Gutachtens war, konnte nicht in allen Fällen der tatsächlich geplante Zahnersatz erfasst werden. Zur Ermittlung dienten ausschließlich die dem Text des Gutachtens zu entnehmenden Informationen zur Art der Planung.

Eine weitere Besonderheit stellt das Datenfeld „*Zweitgutachten*“ dar. Hier war eine frühere Planung in einem ersten Gutachten nicht befürwortet worden. In der Folge kam es dann zu einer Planänderung bzw. zur Ausführung geforderter Vorbehandlungsmaßnahmen. Die dann erneut, gegebenenfalls verändert eingereichte Planung wurde anschließend nochmals begutachtet. Ob eine zuvor abgelehnte Planung nochmals begutachtet wird, liegt dabei im Ermessen der Krankenkasse. Zweitgutachten mussten gesondert bewertet werden, da eine derartige Planung ja bereits die Anmerkungen der ersten Begutachtung berücksichtigen sollte und somit eine höhere Erfolgsquote zu erwarten war.

Das Feld „*Gutachten mit wenig Aussagekraft*“ wurde immer dann selektiert, wenn aus dem Text des Gutachtens keine klare Aussage zu den Entscheidungsgründen abzuleiten war.

In Einzelfällen war es notwendig, die Wertung des Gutachters in korrigierter Form nochmals im Feld „*korrigierte Wertung*“ zu erfassen. Dies war immer dann der Fall, wenn erkennbar war, dass der Gutachter entgegen den Vorgaben der KZV Berlin (17) zur Bedeutung der Begutachtungsergebnisse fälschlicherweise mehrere Ergebnisse angekreuzt hatte. Hier wurde immer entsprechend der oben genannten Vorgabe zum jeweils schlechteren Ergebnis korrigiert (Bei „ja“ und „teilweise“ angekreuzt wurde „teilweise“ übernommen; bei „teilweise“ und „nein“ angekreuzt wurde „nein“ übernommen.). Beispielsweise geschah dies, wenn der Gutachter vermerkte, dass die Planung des Oberkiefers (OK) genehmigt, jedoch die des Unterkiefers (UK) abgelehnt wurde.

Tab. 1: Ablehnungsgründe der Planungsgutachten, aufgeschlüsselt entsprechend den ZE-Richtlinien

Ablehnungsgrund	ZE Richtlinie (12)
Keine Planung im Sinne einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung	A 1
Kein Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen	B 4
Funktionstüchtigkeit wiederherstellen möglich	C 7
Mangelnde Mitwirkung & Mundhygiene des Patienten	C 9
Fehlendes Gesamtplanungsgebot	C 10
Kariös, fragliche Erhaltungswürdigkeit, reaktionslos	C 11a
Keine Wurzelkanalbehandlung (WKB) nach Richtlinien erfolgt	C 11b
Vitalitätsprüfung (ViPr) an zu überkronenden Zähnen	C 11c
Krankhafte Prozesse, Ausheilung abwarten	C 11d
PAR-Therapie nicht abgeschlossen	C 11e
Röntgen nötig, da Verdachtsdiagnose (Vd.) pathologischer Prozess	C 11f
Nicht erhaltungswürdig, Wurzelrest entfernen	C 11g
Retinierte, impaktierte Zähne in räumlicher Nähe entfernen	C 11h
Fehlende Osseointegration des Implantats	C 11i
Endgültige Versorgung anstreben	C 12
Interimsversorgung anstreben	C 13
Überkronungsindikation nicht erfüllt	D I. 15
Keine Indikation, kein Antagonist, keine Verankerung	D I. 17
Einschränkung Freidendbrücke	D II. 22
Keine Brücke wegen ungenügender parodontaler Belastbarkeit	D II. 23
Keine Metallbasis nötig bei Total-/Deckprothese	D III. 30
Weitere Gründe	

Mit Ausnahme des Patientenalters wurden keine personenrelevanten Patientendaten erfasst, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Patienten gezogen werden können. Aus diesem Grund war ein Ethikvotum nicht notwendig (Bestätigung seitens der KZV Berlin im Anhang A4).

Die Datenaufnahme aller Planungsgutachten für 2017 fand zu 85 % durch die Autorin und zu 15 % durch eine zweite Promovierende statt, wobei die jeweilige Dateneingabe mit dem entsprechenden Namenskürzel im Feld „Datenerfasser“ gekennzeichnet wurde. Um zu gewährleisten, dass die Eingabe unter den gleichen Kriterien erfolgte, wurden jeweils 100 Gutachten aus den Jahren 2015 sowie 2017 zufällig ausgewählt, welche von beiden Personen separat erfasst und anschließend tabellarisch mittels „Microsoft Excel“, Version 2016 (Microsoft Corp., USA) verglichen wurden. Hier ermittelte Abweichungen in der Erfassung wurden in jedem Einzelfall zwischen den Beteiligten diskutiert, wodurch ein einheitliches Vorgehen bei der Erfassung sichergestellt wurde.

3.3 Statistik

Zur statistischen Auswertung wurden die extrahierten Daten in Bezug auf Namen und Abrechnungsnummer der begutachteten Zahnärzte sowie der beauftragten Gutachter pseudonymisiert. Dabei erhielten die Zahnärzte die Kennzeichnung ZAxxxx, die gutachterlich tätigen Kollegen die Kennzeichnung Gxx; xx steht dabei für eine zufällig gewählte Ziffer.

Anschließend erfolgte die Datenübertragung in das Programm „Statistical Package for the Social Sciences“, Version 2019 (SPSS Science Inc., USA). Ein Statistiker (Firma Phimea, Berlin) unterstützte diesen Schritt und die Datenaufbereitung, um etwaige Fehler bedingt durch die enorme Datenmenge möglichst gering zu halten.

Es wurde die Bestimmung von Mittel- bzw. Medianwerten sowie der Standardabweichung durchgeführt und die Häufigkeiten wurden berechnet. Außerdem wurden Kreuztabellen erstellt, um eine gemeinsame Analyse von kategorialen Variablen vorzunehmen.

Die Ermittlung der Signifikanz erfolgte je nach Parameter durch den t-Test und den Chi-Quadrat-Test nach Pearson. Der t-Test prüft anhand der Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben, ob sich die Mittelwerte der entsprechenden Grundgesamtheiten voneinander unterscheiden. Dabei wird angenommen, dass die Grundgesamtheiten normalverteilt sind und die gleiche Standardabweichung besitzen. Beim Chi-Quadrat-Test werden zwei kategoriale Variablen hinsichtlich der beobachteten Häufigkeit analysiert, indem die beobachteten Häufigkeiten mit theoretisch erwarteten Häufigkeiten verglichen werden. Damit soll überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen diesen besteht. Es kann jedoch keine Aussage über die Richtung oder die Stärke der Korrelation getroffen werden.

Ergebnisse wurden als „statistisch signifikant“ behandelt, wenn der Signifikanzwert, genannt p-Wert, des angewandten statistischen Tests einen Wert von 0,05 (5 %) unterschritt.

Die Darstellung der Ergebnisse in Form von Tabellen und Diagrammen wurde mit dem Programm Microsoft Excel, Version 2016 (Microsoft Corp., USA) durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Das Gesamtkollektiv

Insgesamt wurden 11.271 Planungsgutachten aus dem Jahr 2017 ausgewertet. Zuvor wurden die Daten von 30 Gutachten entfernt, da dort Angaben beim Patientenalter fehlten. Ausschlaggebend für die Zuordnung war dabei das Datum der Gutachtenerstellung.

Das Geschlecht ließ sich aus den vorhandenen Daten nicht ermitteln und kann somit nicht zur Auswertung hinzugezogen werden.

4.2 Analyse des Patientenalters

Von den 11.271 untersuchten Patienten war das jüngste Versicherungsmitglied zum damaligen Begutachtungsdatum 6 Jahre, das älteste 96 Jahre alt. Der Mittelwert des Lebensalters lag bei $52,6 \pm 15,6$ Jahren und weicht damit nur minimal vom Medianwert mit 52,9 Jahren ab.

Zur besseren Darstellung der Altersverteilung erfolgte eine Kategorisierung in 10-Jahres-Stufen. Das Diagramm in Abbildung 2 deutet darauf hin, dass das Patientenalter annähernd normalverteilt ist.

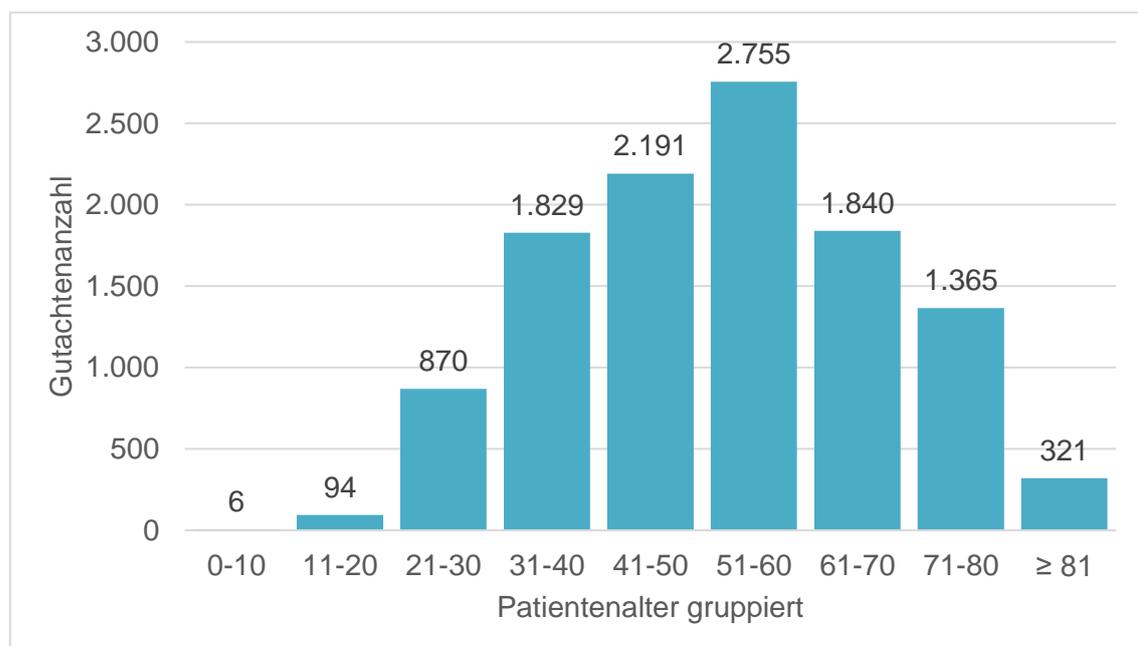


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung des Patientenalters in 10-Jahres-Stufen (n = 11.271)

Im Vergleich der Kategorisierung kommt es bis zum 60. Lebensjahr (LJ) zu einem kontinuierlichen Anstieg hinsichtlich der Begutachtungshäufigkeit in Bezug auf das Lebensalter. Der Maximalwert wird mit 53 Jahren (n = 317) erreicht. Danach zeigt sich, auch in Bezug auf die Kategorisierung, wieder ein deutlicher Rückgang. Innerhalb der Altersgruppe der 61- bis 70-Jährigen kommt es zu Schwankungen der Begutachtungshäufigkeit pro LJ. Insgesamt ist bei den 71-Jährigen ein deutlicher Rückgang der Begutachtungshäufigkeit erkennbar (n = 119), um dann erneut bis zum 75. LJ leicht anzusteigen. Im Anschluss bleibt es bei einer kontinuierlichen Verminderung der Gutachtenanzahl pro LJ.

4.3 Analyse der Krankenkassen

4.3.1 Verteilung der Gutachtenanzahl

Im Jahr 2017 forderten 46 Krankenkassen ein Planungsgutachten ein. Die AOK Nordost beauftragte mit 38,8 % den Großteil aller Planungsgutachten, gefolgt von der DAK (19,5 %), der TK (14,0 %), Barmer (7,4 %), IKK (7,1 %), KKH (4,5 %), Novitas BKK (1,0 %), BKK VBU (0,8 %), Knappschaft (0,6 %), Bahn BKK (0,6 %), BIG (0,6 %) und Securita BKK (0,4 %). Die Häufigkeitsverteilung in absoluten Zahlen ist in Abbildung 3 dargestellt.

Dabei ist zu beachten, dass die Krankenkasse Barmer aus den beiden Krankenkassen Barmer GEK (ehemals Ersatzkasse) und Deutsche BKK (ehemals Primärkasse) hervorgeht, welche ab dem 01.01.2017 eine Fusion eingegangen sind (23).

Alle Krankenkassen mit der Absolutzahl < 50 der beauftragten Gutachten pro Jahr werden aus Gründen der besseren Übersicht zu sonstigen Krankenkassen zusammengefasst und nicht gesondert ausgewertet. Die kompletten Daten finden sich im Anhang (A3 - Tabelle 3). Diese Zusammenführung setzt sich auch in den nachfolgenden Auswertungen in dieser Arbeit fort. Für jene 33 Krankenkassen lässt sich jedoch zusammenfassend sagen, dass diese insgesamt 194 Planungsgutachten in Auftrag gegeben haben, was einem Anteil von 1,7 % entspricht. Des Weiteren besteht diese Gruppe hauptsächlich aus Krankenkassen, welche der Verbandsgruppe der Primärkassen zugehörig sind.

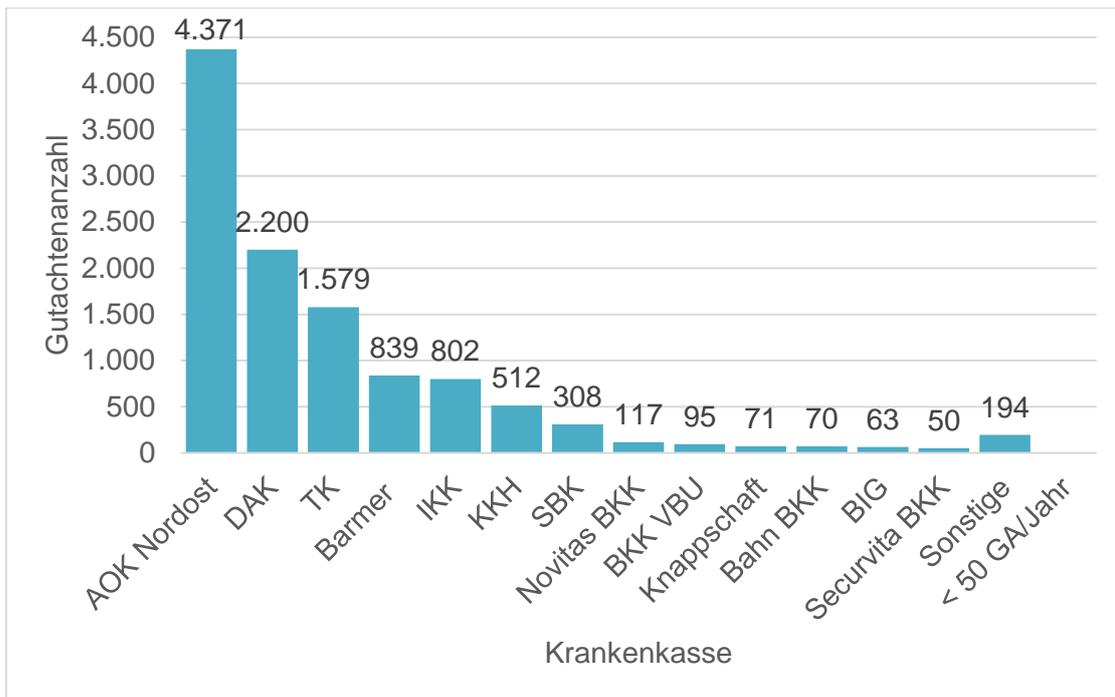


Abb. 3: Verteilung der Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 11.271)

Bezüglich der Aufteilung in Primär- und Ersatzkassen zeigt sich, dass der überwiegende Teil an Begutachtungsaufträgen durch die Primärkassen ausgelöst wurde (Primärkassen: 54,4 %; n = 6.128; Ersatzkassen: 45,6 %; n = 5.143).

4.3.2 Verteilung der Begutachtungsergebnisse

Bei der Verteilung der Begutachtungsergebnisse pro Krankenkasse sind keine massiven Abweichungen zwischen den Krankenkassen erkennbar. Die größte Abweichung zeigt sich bei der Novitas BKK. Hier wurde über jede zweite zur Begutachtung vorliegende Planung befürwortet (54,7 %; n = 64/117); im Gesamtdurchschnitt aller Krankenkassen dagegen nur knapp jede dritte (32,5 %; n = 3.664/11.271). Dementsprechend wurde bei dieser Krankenkasse ein deutlich geringerer Anteil der Gutachten abgelehnt (34,2 %; n = 40/117) bzw. nur teilweise befürwortet (11,1 %; n = 13/117). Die AOK Nordost, welche die meisten Begutachtungen in Auftrag gegeben hat, hat die geringste Befürwortungsquote von 28,6 % (n = 1.249/4.371), zusammen mit der Krankenkasse BIG (n = 18/63). Die Gruppe der sonstigen Krankenkassen ordnet sich bei einer Befürwortungsquote von 28,3 % (n = 55/194) ein.

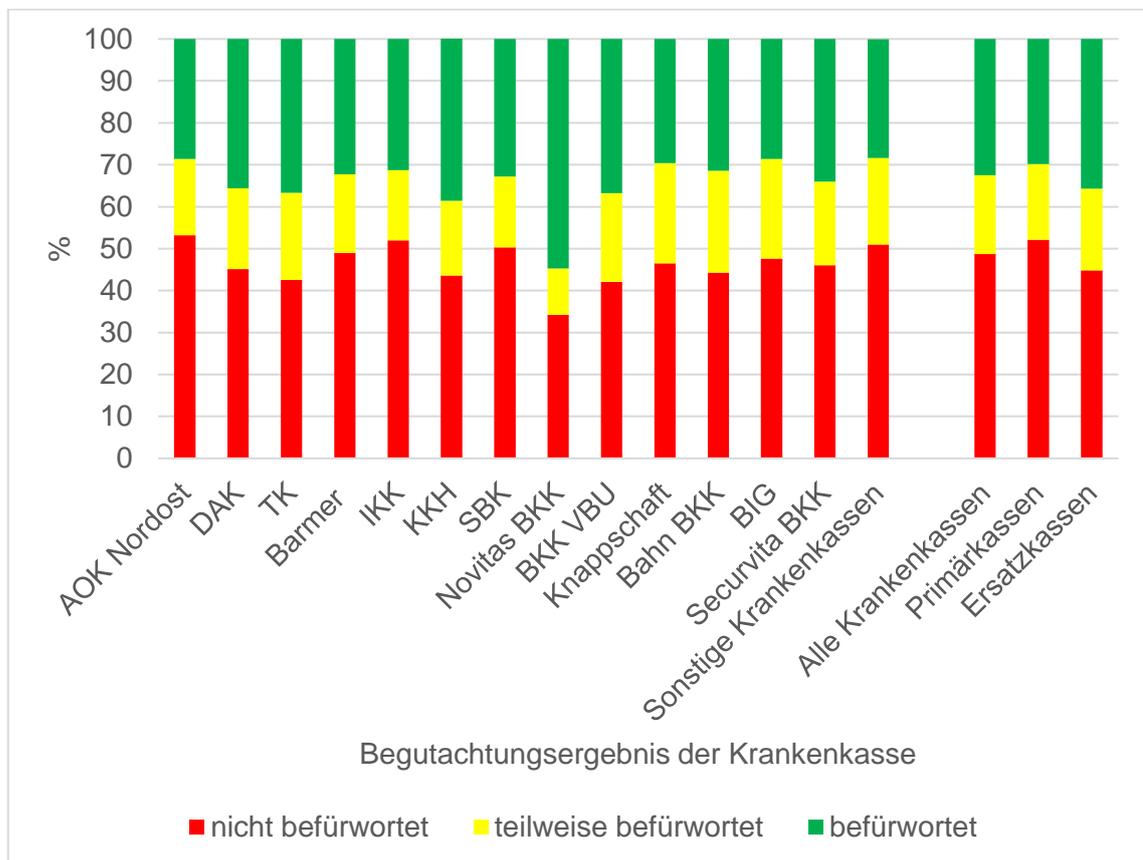


Abb. 4: Prozentuale Verteilung des Begutachtungsergebnisses je Krankenkasse sowie der Kategorien alle Krankenkassen, Primärkassen, Ersatzkassen

Gruppiert man die Krankenkassen nach Primär- und Ersatzkassen, haben die Ersatzkassen mit 35,7 % (n = 1.838/5.143) eine deutlich höhere Befürwortungsquote als die Primärkassen mit 29,8 % (n = 1.826/6.128).

Die genaue Aufschlüsselung der Daten hinsichtlich der absoluten und prozentualen Aufteilung aller Krankenkassen ist im Anhang dargestellt (A3 - Tabelle 4).

4.3.3 Verteilung der Gutachten nach geplantem Zahnersatz

Bei der Verteilung der Gutachten für die einzelnen ZE-Kategorien waren Mehrfachnennungen möglich. Der jeweils genannte Prozentsatz bezieht sich dabei immer auf die Gesamtzahl der Gutachten aller Krankenkassen.

In Abbildung 5 zeigt sich, dass eine Zuordnung hinsichtlich des geplanten ZEs in 35,9 % (n = 4.039) der vorliegenden Planungsgutachten für den OK und in 37,0 % (n = 4.163) für den UK nicht möglich war.

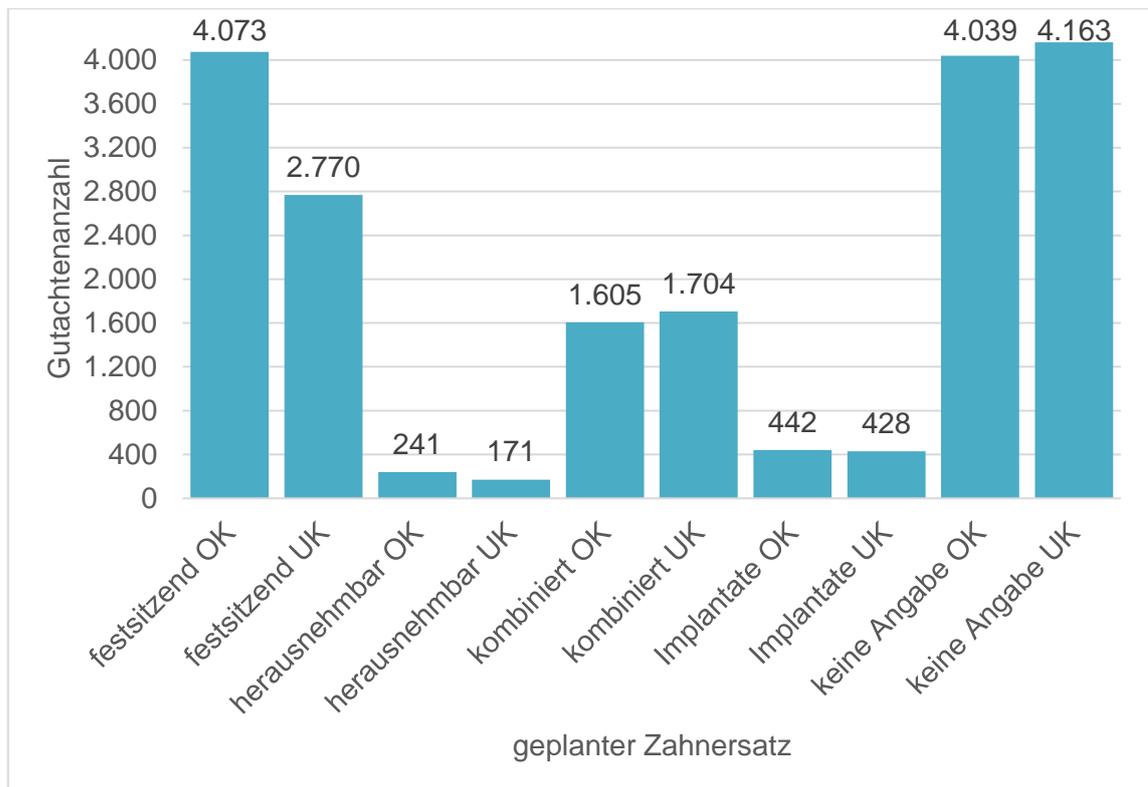


Abb. 5: Verteilung des geplanten Zahnersatzes aller Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 11.271); Mehrfachnennungen möglich

Sobald der geplante ZE im Gutachten benannt und der entsprechenden Kategorie zugeordnet werden konnte, wurden die meisten Begutachtungen für eingereichte Planungen mit „feststehend OK“ (36,2 %; n = 4.073) und „feststehend UK“ (24,6 %; n = 2.770) in Auftrag gegeben. Anschließend folgten mit deutlichem Abstand „kombiniert UK“ (15,2 %; n = 1.704) und „kombiniert OK“ (14,3 %; n = 1.605). Planungen für implantatgetragenen ZE wurden in 3,9 % (n = 442) der Fälle für den OK und in 3,8 % (n = 428) für den UK beantragt. Die wenigsten Gutachten in Abhängigkeit vom geplanten ZE mussten für HKPs mit herausnehmbaren ZE (OK 2,1 %, n = 241; UK 1,5 %, n = 171) geschrieben werden.

Betrachtet man jede im vormaligen Abschnitt benannte Krankenkasse getrennt unter der Prämisse, dass die Gutachten ohne Angabe des geplanten ZEs nicht mit einbezogen werden, ist auch hier deutlich erkennbar, dass das Kriterium „festsitzend OK“ bei allen dominiert (Abbildung 6). Das verdeutlicht, dass die oben genannten Krankenkassen vorrangig Planungen begutachten lassen, sobald der ZE zur Kategorie „festsitzend OK“ zugeordnet werden kann. Dass dieser Zusammenhang signifikant ist, zeigt der Chi-Quadrat-Test mit $p = 0,003$.

Der Anteil der Kategorie „festsitzend OK“ war bei der Bahn BKK mit 48,6 % ($n = 34/70$) am höchsten und bei der KKH mit 29,9 % ($n = 153/512$) am niedrigsten. Im Anschluss daran folgt die Gruppe „festsitzend UK“ bei allen Krankenkassen mit Ausnahme der BKK VBU. Diese Krankenkasse hatte „kombiniert OK“ als zweithäufigsten geplanten ZE begutachten lassen.

Auch der herausnehmbare ZE wurde bei fast allen Krankenkassen am wenigsten bzw. gar nicht begutachtet. Nur die DAK weicht von diesem Muster ab. Hier wurde der implantatgetragene ZE im OK mit 2,6 % ($n = 57/2.200$) und UK mit 2,1 % ($n = 46/2.200$) am wenigsten genannt.

Beim Vergleich der Primär- und Ersatzkassen kommen diese zu einer ähnlichen prozentualen Verteilung. Auch die Rangfolge der ZE-Kategorien ist gleich.

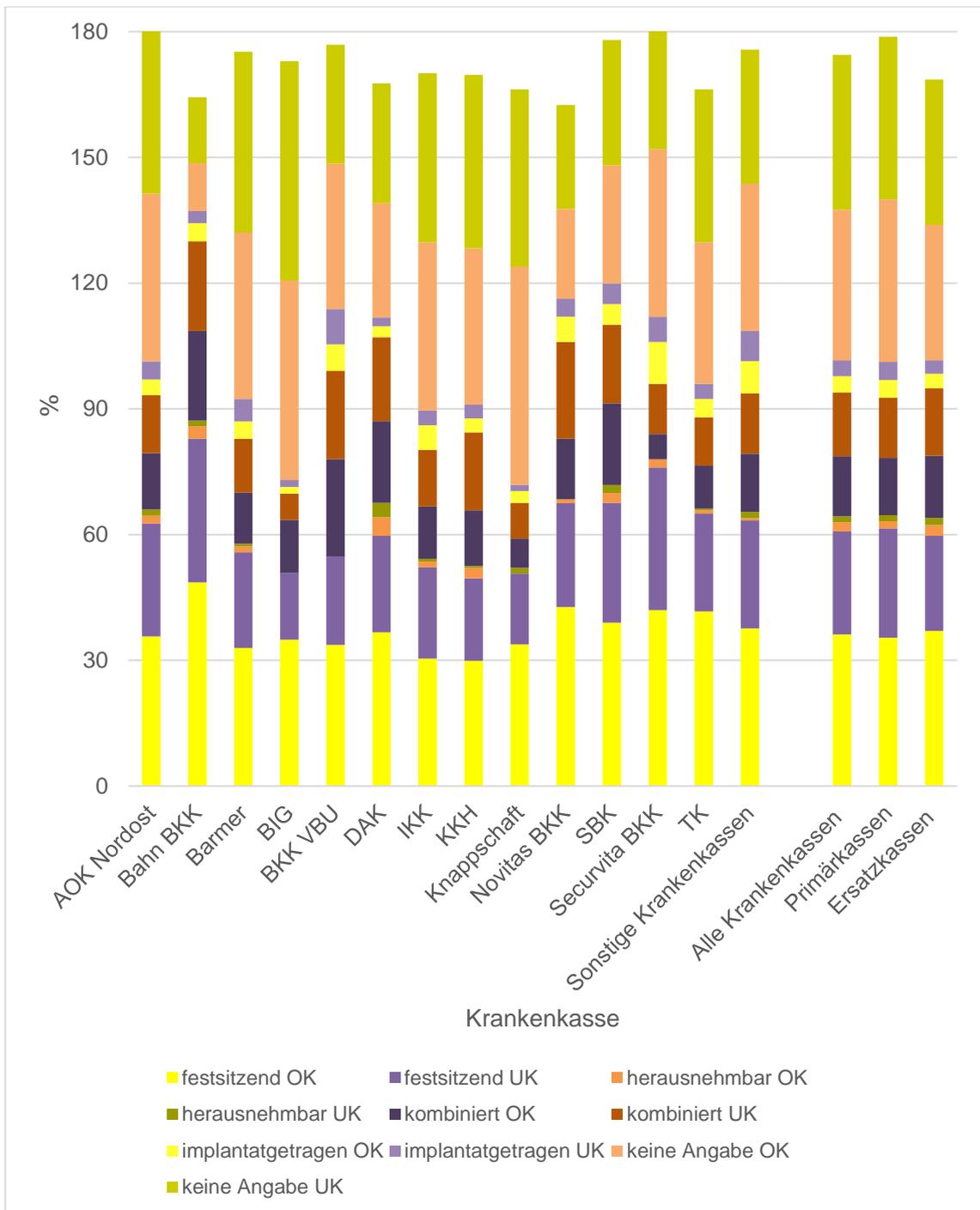


Abb. 6: Prozentuale Verteilung des geplanten Zahnersatzes je Krankenkasse sowie der Kategorien alle Krankenkassen, Primärkassen, Ersatzkassen; Mehrfachnennungen möglich

Die genaue Aufschlüsselung der Krankenkassen hinsichtlich der absoluten und prozentualen Verteilung des geplanten ZE findet sich im Anhang (A3 - Tabelle 5).

4.4 Analyse der begutachteten Zahnarztpraxen

4.4.1 Verteilung der Gutachtenanzahl

Zum 31.12.2017 gab es 2.352 Abrechnungsnummern mit den dazugehörigen Vertragszahnärzten bzw. Vertragszahnarztpraxen im Bereich der KZV Berlin (24), wovon 1.669 Zahnarztpraxen begutachtet wurden. 683 hatten dementsprechend keine Begutachtungen. Die Verteilung der Begutachtungen pro Zahnarztpraxis variiert dabei stark. Fasst man die Anzahl der jährlichen Gutachten zusammen (Abbildung 7), stellen Zahnarztpraxen mit bis zu zehn Begutachtungen pro Jahr den größten Anteil dar (86,9 %; n = 1.450). Davon wurden für 360 Zahnarztpraxen jeweils nur ein Gutachten angefertigt. Danach kommt es zu einem starken Abfall hinsichtlich der Anzahl der Zahnarztpraxen, welche mehr als zehn Begutachtungen pro Jahr hatten. Bis zu 20 Begutachtungen wurden bei 126 Zahnarztpraxen durchgeführt. Diese stetige Reduktion, in Bezug auf die Anzahl der Zahnarztpraxen bei zeitgleichem Anstieg von Gutachten, setzt sich anschließend fort: 37 Zahnarztpraxen mit 21-30 Gutachten/Jahr, 22 Zahnarztpraxen mit 31-40 Gutachten/Jahr, neun Zahnarztpraxen mit 41-50 Gutachten/Jahr, acht Zahnarztpraxen mit 51-60 Gutachten/Jahr, drei Zahnarztpraxen mit 61-70 Gutachten/Jahr, eine Praxis mit 71-80 Gutachten/Jahr. Danach erhöht sich nochmals die Anzahl bei vier Zahnarztpraxen mit 81-90 Gutachten/Jahr. Über 100 Gutachten pro Jahr wurden nur für neun Zahnarztpraxen innerhalb der KZV Berlin angefertigt, wovon drei Zahnarztpraxen > 150 Gutachten/Jahr hatten.

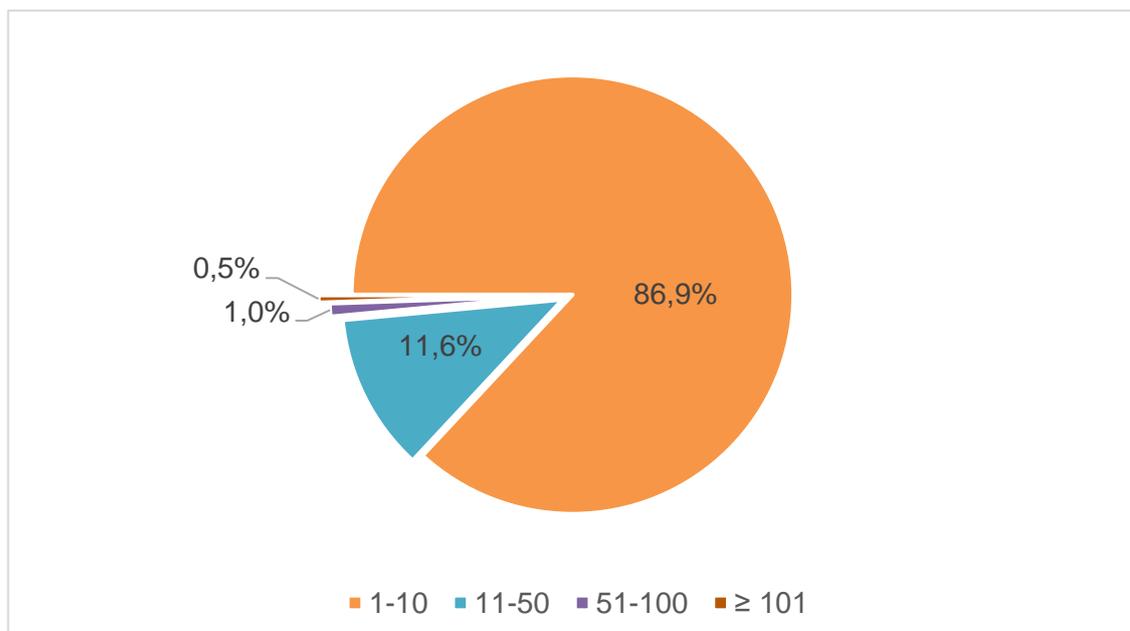


Abb. 7: Prozentuale Verteilung der untersuchten Planungsgutachten je begutachteter Zahnarztpraxis in Abhängigkeit der jeweiligen Gutachtenanzahl, aufgeteilt in Kategorien

Die 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen (50-Plus-Zahnarztpraxen) stellen gemessen an der Gesamtzahl 28,7 % (n = 3.232) aller Gutachten. Die restlichen Zahnarztpraxen (n = 1.619) machen zwar einen Gesamtanteil von 71,3 % (n = 8.039) aus, jedoch hatten diese jeweils nur eine Gesamtzahl von < 33 Gutachten pro Jahr. Innerhalb der Gruppe der 50-Plus-Zahnarztpraxen mussten die meisten Gutachten für den Zahnarztpraxis Z1062 mit 168 Gutachten angefertigt werden; die wenigsten Gutachten wurden mit 33 Gutachten jeweils für Z2385, Z2400 und Z313 verfasst (Abbildung 8).

Daran ist erkennbar, dass sowohl in der Gruppe aller begutachteten Berliner Zahnarztpraxen als auch innerhalb der Gruppe der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen eine schiefe Häufigkeitsverteilung – in Bezug auf die jährlich angefertigten Gutachten pro Praxis – vorliegt.

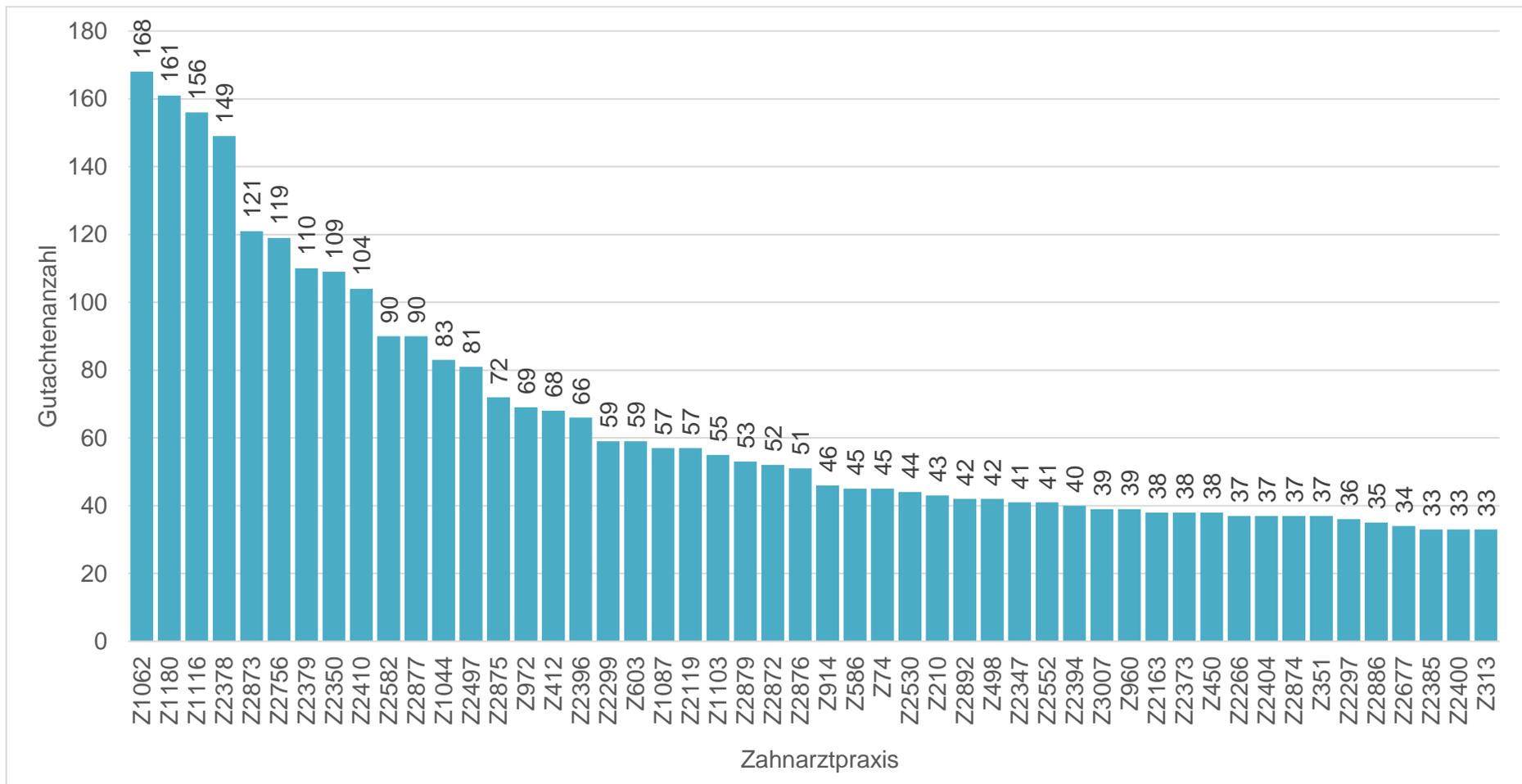


Abb. 8: Verteilung der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 3.232)

4.4.2 Verteilung der Begutachtungsergebnisse innerhalb aller begutachteten Zahnarztpraxen

Gemessen an der Gesamtzahl aller Gutachten wurden 48,7 % ($n = 5.493$) der begutachteten HKPs abgelehnt, 18,8 % ($n = 2.114$) wurden teilweise bzw. mit Einschränkungen und 32,5 % ($n = 3.664$) ohne Einschränkungen befürwortet. Allerdings waren 2,1 % ($n = 237$) der erstellten Gutachten nach Meinung der Autorin nicht aussagekräftig genug in Bezug auf die gewählten Begründungen zum Begutachtungsergebnis. Von diesen 237 Fällen entfielen 65,0 % ($n = 154$) auf die befürworteten Gutachten, 7,2 % ($n = 17$) auf die teilweise befürworteten und 27,8 % ($n = 66$) auf die nicht befürworteten Gutachten. Bedingt durch die geringe Anzahl der nicht aussagekräftigen Gutachten gemessen an der Gesamtheit aller untersuchten Fälle werden diese Fälle weiterhin in die Untersuchung mit einbezogen.

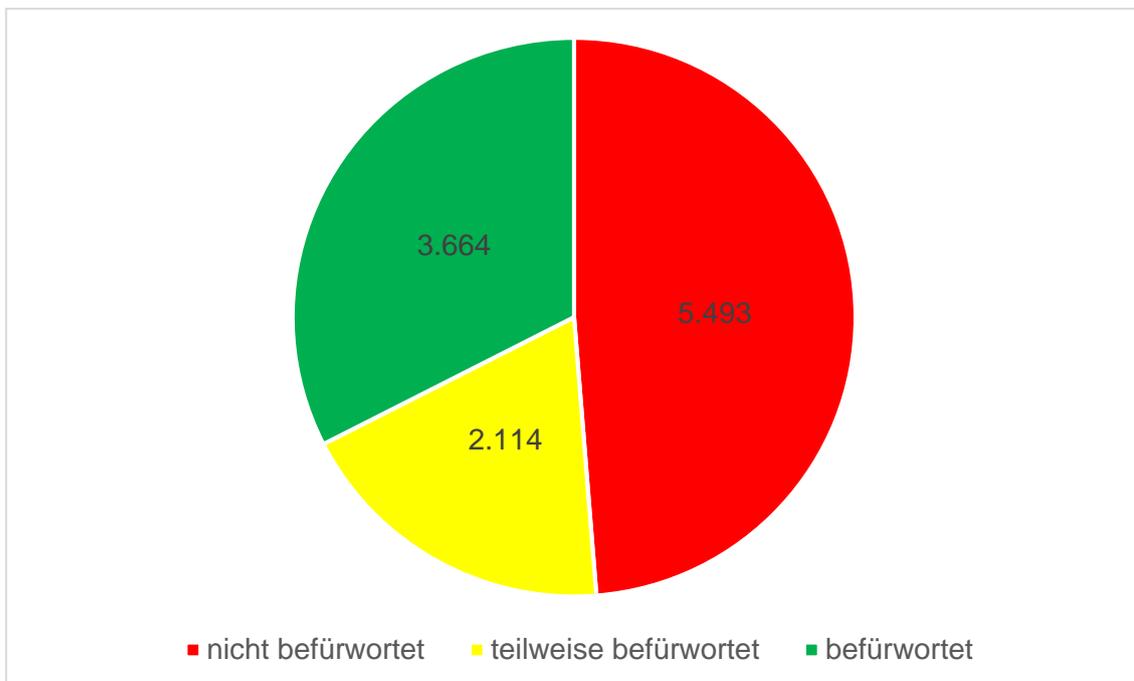


Abb. 9: Prozentuale Verteilung der Ergebnisbeurteilung aller untersuchten Planungsgutachten ($n = 11.271$); die dargestellten Zahlen geben die absolute Häufigkeit der jeweiligen Ergebniskategorie an.

In 48,5 % ($n = 5.462$) aller Fälle wurde der Befund laut Gutachter durch die Zahnarztpraxen korrekt angegeben. In 37,9 % ($n = 4.298$) wurde er falsch erhoben. Bei 13,7 % ($n = 1.541$) konnte laut der Datenerfasser nicht genau zugeordnet werden, ob der Befund korrekt angegeben wurde, da die Gutachter diesbezüglich keine Aussage in ihrem Gutachten tätigten. Vergleichend dazu zeigt sich, dass die befürworteten Planungen in 3.616 Fällen korrekte Befunde beinhalteten, 40 Befunde waren dagegen falsch. Dieses Bild ist auch bei den teilweise befürworteten Planungen erkennbar;

1.223 hatten korrekte Befunde im Vergleich zu 400 nicht korrekten Befunden. Bei den abgelehnten Planungen überwog die falsche Befundangabe mit 3.828 gegenüber 623 Fällen mit korrektem Befund. Mit $p < 0,001$ ist das Ergebnis des Gutachtens hoch signifikant abhängig von der Befundangabe nach dem Chi-Quadrat-Test.

Begutachtungsergebnisse der Zweitgutachten

9,0 % ($n = 1.012$) der begutachteten Fälle wurden als Zweitgutachten gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass bereits in der Vergangenheit ein Planungsgutachten für dieselbe Behandlungssituation erstellt wurde. Es handelt sich dementsprechend um eine Nachbegutachtung einer zuvor nicht befürworteten Antragsituation. Hierbei wurde nicht unterschieden, wie oft die ursprüngliche Planung bereits begutachtet wurde.

48,0 % aller Planungen in Zweitgutachten ($n = 486$) wurden befürwortet. Teilweise befürwortet wurden 13,7 % ($n = 139$) und 38,2 % ($n = 387$) der Planungen in Zweitgutachten wurden abgelehnt.

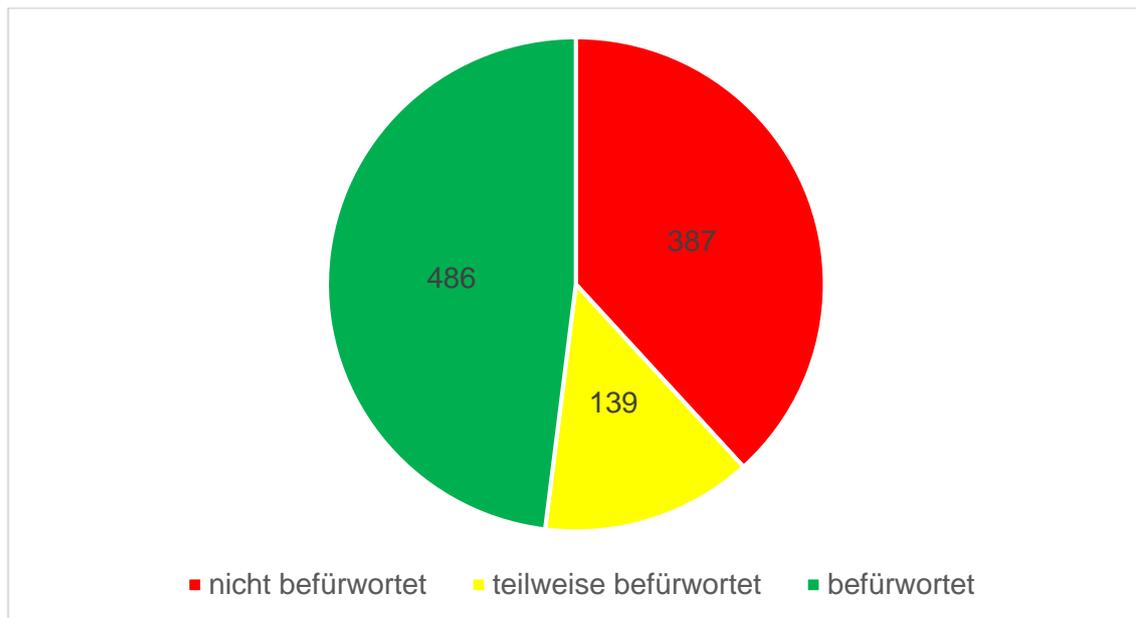


Abb. 10: Prozentuale Verteilung der Ergebnisbeurteilung aller untersuchten Zweitgutachten ($n = 1.012$); die dargestellten Zahlen geben die absolute Häufigkeit der jeweiligen Ergebniskategorie an.

4.4.3 Verteilung der Begutachtungsergebnisse innerhalb der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen

Die durchschnittliche Ablehnungsquote der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen (50-Plus-Zahnarztpraxen) betrug 53,0 % (n = 1.712). 28 Zahnarztpraxen lagen mit ihrer Ablehnungsquote über diesem Wert, 22 lagen darunter. Betrachtet man die anteilmäßige Verteilung, kam es bei Z2892 mit 85,7 % (n = 36/42) der jeweiligen Fälle zu den meisten Ablehnungen. Die wenigsten Ablehnungen erfolgten mit 15,0 % (n = 6/40) bei Z2394.

Mit „teilweise befürwortet“ wurden durchschnittlich 19,6 % (n = 633) der Planungen innerhalb der 50-Plus-Zahnarztpraxen beurteilt. 24 Zahnarztpraxen übertrafen diesen Wert in dieser Kategorie, 26 befanden sich darunter. Die anteilmäßig häufigsten Genehmigungen mit Einschränkungen ergaben sich bei Z2875 mit 34,4 % (n = 25/70), die wenigsten erneut bei Z2892 mit 7,1 % (n = 3/42).

25 Zahnarztpraxen lagen mit der Wertung „befürwortet“ ihrer Pläne über dem Durchschnittswert von 27,4 % (n = 887) der 50-Plus-Zahnarztpraxen, 25 Zahnarztpraxen waren darunter. Die meisten Befürwortungen hinsichtlich der vorliegenden Planungen erhielt entsprechend Z2394 mit 75,0 % (n = 30/40). Z2119 hatte mit 7,0 % (n = 4/57) die wenigsten Befürwortungen. Z2394 und Z210 (55,8 %, n = 24/43) weichen damit erheblich vom Durchschnittswert der 50-Plus-Zahnarztpraxen ab. Die fünf Zahnarztpraxen mit den meisten Begutachtungen pro Jahr hatten jeweils eine durchschnittliche Befürwortungsquote von 25,6 % bis 34,2 %. Die kompletten Daten der 50-Plus-Zahnarztpraxen finden sich im Anhang (A3 - Tabelle 6).

Insgesamt zeigt sich bei dieser Gruppe eine starke Varianz innerhalb der Begutachtungsergebnisse unabhängig von der Gutachtenanzahl, wobei der Großteil der Zahnarztpraxen sich um die jeweiligen Durchschnittswerte gruppiert (Abbildung 11).

Vergleich mit den restlichen Zahnarztpraxen

Vergleicht man zudem die Befürwortungsquote dieser Gruppe mit der der restlichen begutachteten Zahnarztpraxen, sind deutliche Unterschiede erkennbar. Deren Ablehnungsquote ist mit 47,0 % (n = 3.781/8.039) deutlich geringer. Entsprechend dazu ergibt sich mit 34,6 % (n = 2.777/8.039) eine höhere Befürwortungsquote der eingereichten Planungen. Mit Einschränkungen befürwortet wurden 18,4 %. Die Unterschiede bezüglich der Begutachtungsergebnisse zwischen den fünfzig meist begutachteten Zahnarztpraxen (> 32 Gutachten) und den Zahnarztpraxen mit < 33 Gutachten sind signifikant nach dem Chi-Quadrat-Test ($p < 0,001$).

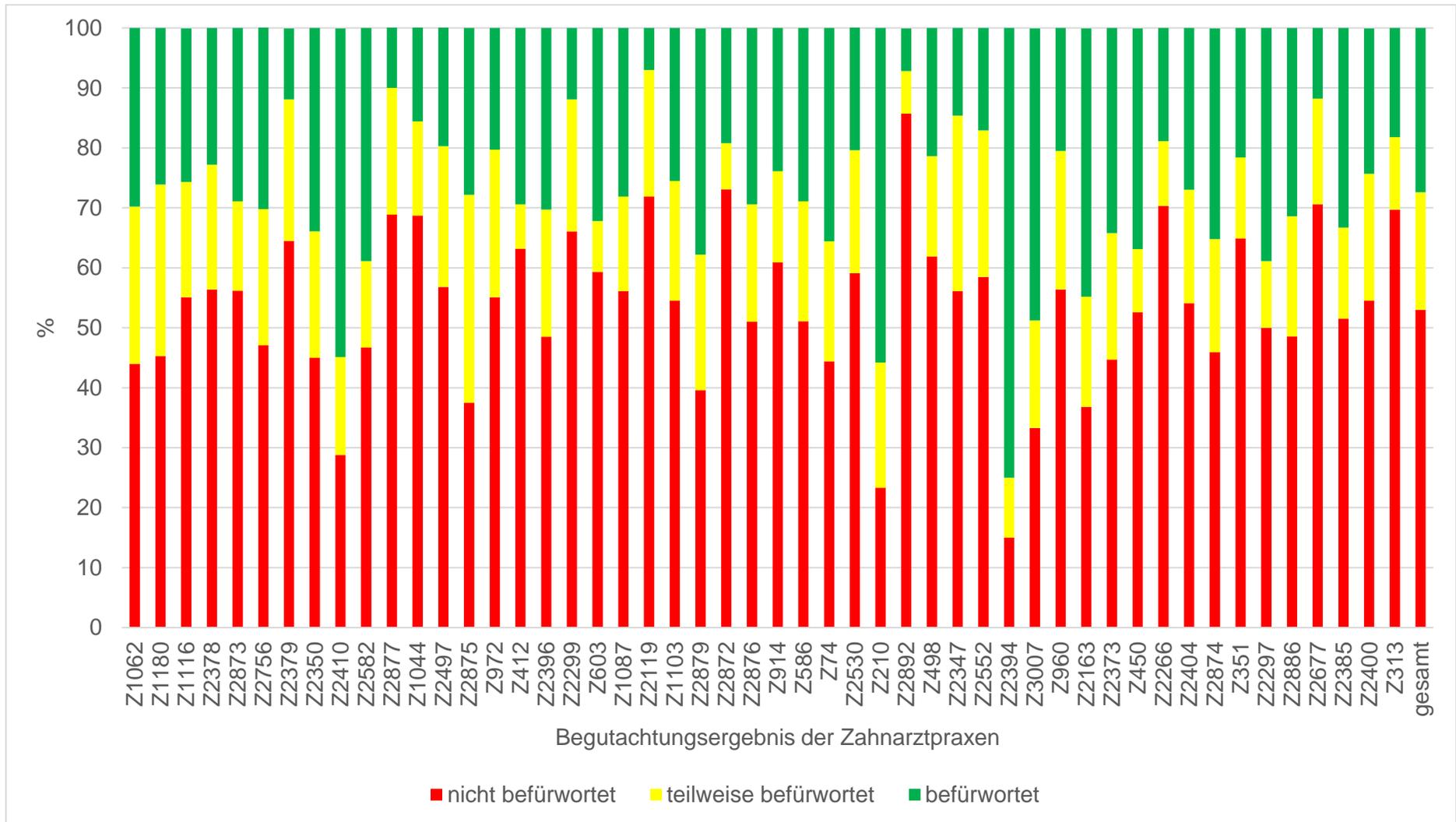


Abb. 11: Prozentuale Verteilung der Begutachtungsergebnisse der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen

4.5 Analyse der Gutachter

4.5.1 Verteilung der Gutachtenanzahl

Insgesamt wurden im Jahre 2017 46 von der KZV Berlin bestellte Gutachter zur Durchführung der Planungsgutachten beauftragt.

Die meisten Planungsgutachten wurden mit 956 Fällen von Gutachter G42 angefertigt. Dem schließen sich G47 (n = 842), G02 (n = 745) und G35 (n = 728) an. Diese vier Gutachter verfassten zusammen 29,0 % (n = 3.271) der gesamten Gutachten.

Die wenigsten Gutachten schrieb Gutachter G50 mit zwei Planungsgutachten pro Jahr. Zusammen mit G01, G16, G43, G13, G52, G48, G08, G17, G45, G21, G49, G46, G28, G44, G20, G51, G22, G53, G18, G34, G1,1 G24, G04, G26, G05, G23 und G06 fertigten diese 28 Gutachter 29,5 % der Gutachten an (n = 3.330).

Die Aufteilung der Gutachter in eine Gruppe mit vielen Gutachten und in eine Gruppe mit wenigen Gutachten erfolgte nach der Maßgabe, dass ein Extremgruppenvergleich möglich ist. Dies gelingt nur mit einer ähnlichen Gutachtenanzahl in beiden Gruppen.

Im Vergleich der Gruppen sowie in Abbildung 12 zeigt sich, dass die Anzahl der Gutachten nicht gleichmäßig über die einzelnen Gutachter verteilt ist.

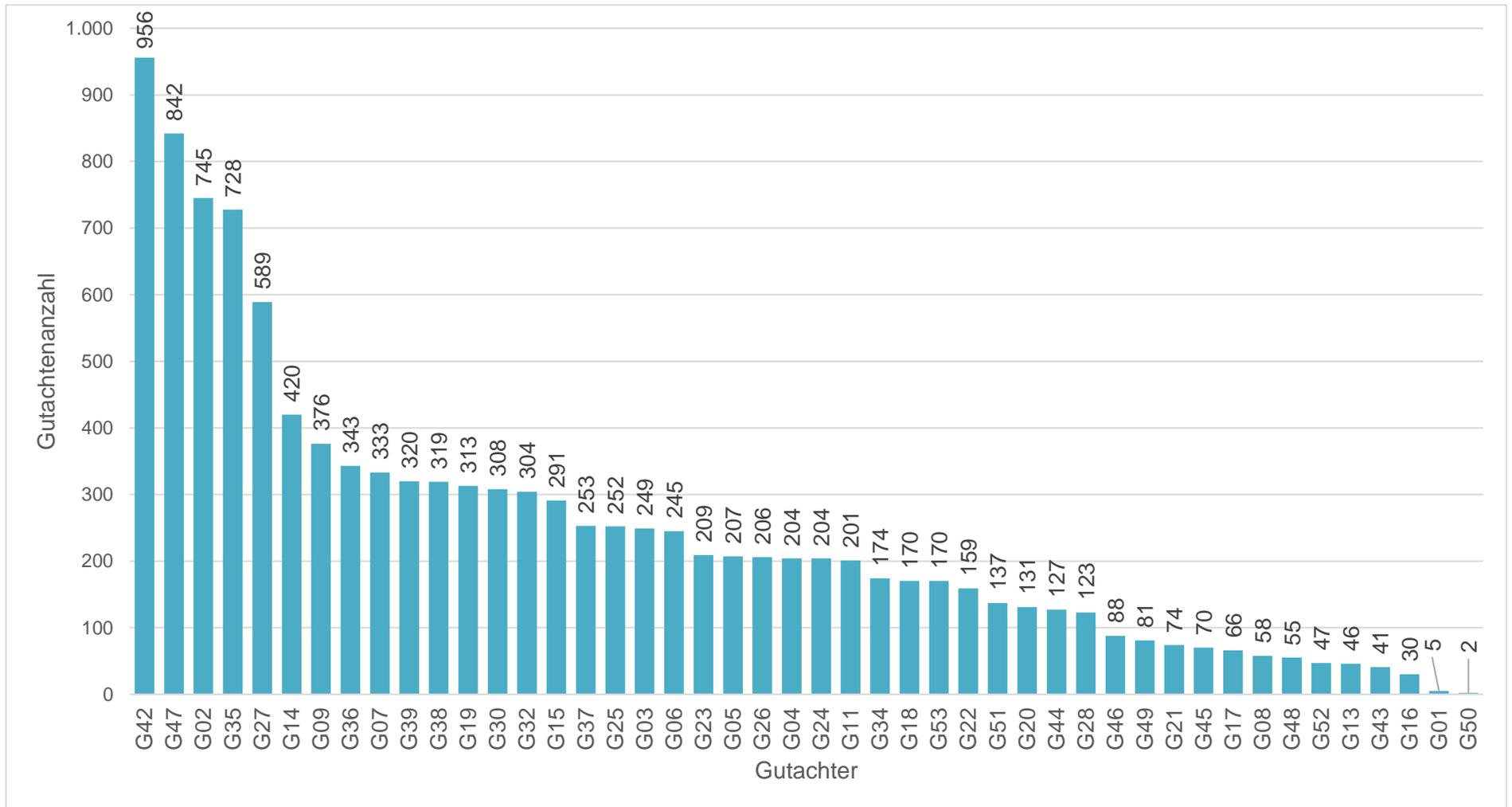


Abb. 12: Verteilung der Gutachter in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl (n = 11.271)

4.5.2 Verteilung der Begutachtungsergebnisse

Die durchschnittliche Ablehnungsquote aller Gutachter betrug 48,7 % ($n = 5.493$). 25 Gutachter lagen über diesem Wert, 21 Gutachter lagen mit ihrer Ablehnungsquote unter diesem Wert. Betrachtet man die anteilmäßige Verteilung, kam es bei G50 mit 100 % ($n = 2/2$) und bei G05 mit 79,2 % ($n = 164/207$) der jeweiligen Fälle zu den meisten Ablehnungen. Die wenigsten Ablehnung erfolgten mit 18,7 % ($n = 47/252$) durch G25.

Mit „teilweise befürwortet“ beurteilten durchschnittlich 18,8 % ($n = 2.114$) aller Gutachter die vorliegenden Planungen. 19 Gutachter übertrafen diesen Wert in dieser Kategorie, 27 befanden sich darunter. Die häufigsten Genehmigungen mit Einschränkungen bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl resultierten durch G01 mit 60,0 % ($n = 3/5$), die wenigsten bei G48 mit 3,6 % ($n = 2/55$). G50 bewertete sogar keine der vorliegenden Planungen mit „teilweise befürwortet“.

20 Gutachter lagen mit ihrer Wertung „befürwortet“ über dem Durchschnittswert von 32,5 % ($n = 3.664$), 26 Gutachter waren darunter. Der Gutachter G15 befürwortete mit 64,6 % ($n = 188/261$) die meisten seiner Fälle. G43 hatte mit 7,3 % ($n = 3/41$) die wenigsten Befürwortungen, G50 hatte erneut keine Befürwortungen.

Insgesamt gibt es eine deutliche Varianz hinsichtlich der Verteilung der Begutachtungsergebnisse zwischen den einzelnen Gutachtern, was Abbildung 13 deutlich macht.

Die vollständige Aufteilung der Bewertungsergebnisse für jeden einzelnen Gutachter ist im Anhang (A3 - Tabelle 7) nachzulesen.

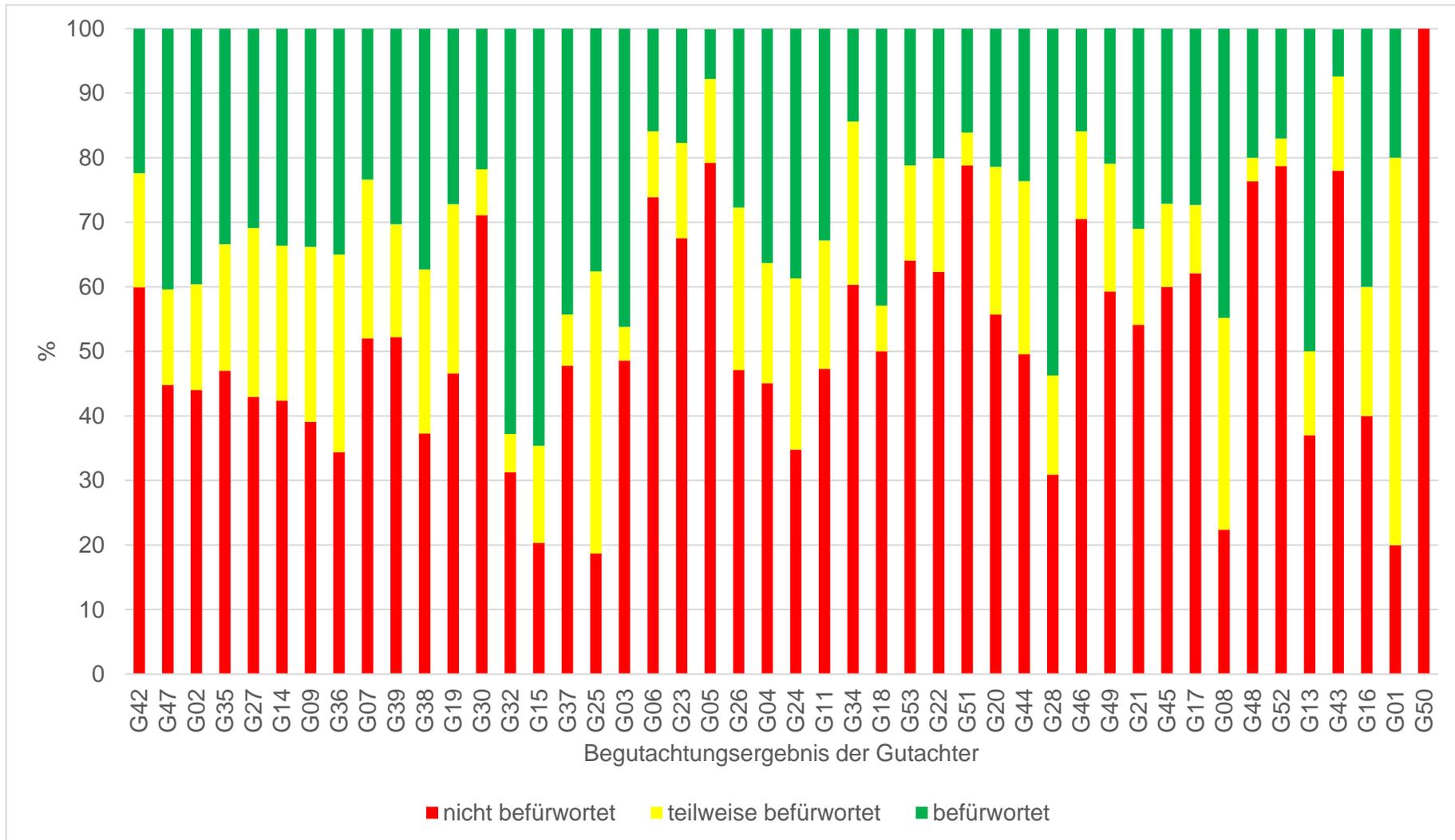


Abb. 13: Prozentuale Verteilung der Begutachtungsergebnisse aller Gutachter (n = 46)

Bei 1,2 % (n = 132) aller Gutachten musste das Ergebnis korrigiert werden. Diese Problematik lag vor, wenn ein Gutachter zwei Kreuze gesetzt hatte. In diesen Fällen wurde, wie oben beschrieben, bei der Übertragung das jeweils schlechtere Ergebnis gewählt.

Vergleicht man die vier Gutachter mit den meisten Gutachten (GA-viel) und die 28 Gutachter mit den wenigsten Gutachten (GA-wenig) mit der Gesamtheit aller Gutachter, in Bezug auf das Gutachtenergebnis, ist feststellbar, dass die Ergebnisverteilung zwischen der Gutachtergruppe mit den meisten Gutachten mit allen Gutachtern nahezu gleich ist. Bei beiden Gruppen wurden knapp jede zweite Planung abgelehnt (Gesamtheit: 48,7 %; GA-viel: 49,5 %), knapp jede fünfte teilweise (Gesamtheit: 18,8 %; GA-viel: 17,0 %) und jede dritte Planung ohne Einschränkungen befürwortet (Gesamtheit: 32,5 %, GA-viel: 33,4 %). Die Gruppe der Gutachter mit den wenigsten Gutachten weicht davon ab. Hier kam es in 57,3 % der Fälle zu Ablehnungen. Die Befürwortungsquote betrug 25,7 %. Dagegen wurden ebenfalls 17,0 % der vorgelegten Planungen teilweise genehmigt.

Dementsprechend unterscheiden sich die Befürwortungsquoten von GA-viel und GA-wenig um ca. 8 % (siehe Abbildung 14).

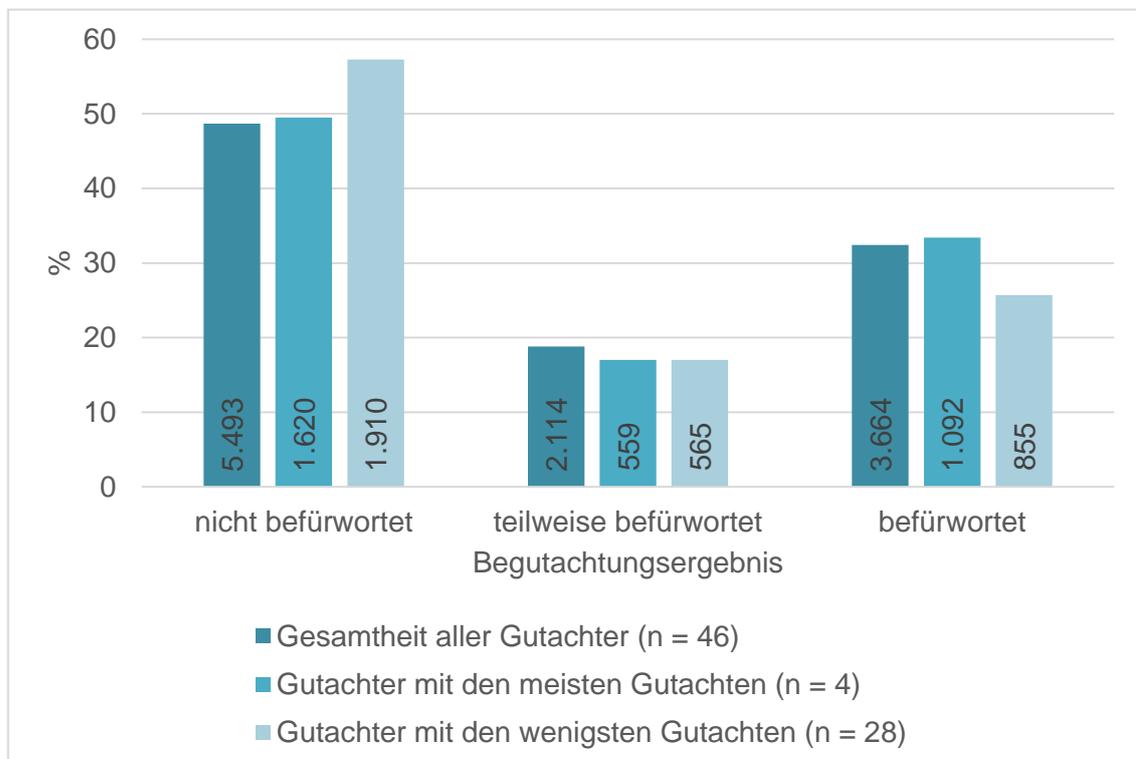


Abb. 14: Prozentualer Vergleich der Gutachter in Kategorien (Gesamtheit aller Gutachter, Gutachtergruppe mit den meisten und den wenigsten Gutachten) in Bezug auf das Begutachtungsergebnis; die Zahlen innerhalb der Säulen geben die absolute Häufigkeit der jeweiligen Ergebniskategorie an.

4.5 Ablehnungsgründe

4.5.1 Generelle Verteilung

67,5 % (n = 7.607) aller untersuchten Planungsgutachten wurden nicht befürwortet und enthielten die zuvor definierten Ablehnungsgründe. Bei der Auswertung der Planungsgutachten waren Mehrfachnennungen möglich, was in Tabelle 2 dargestellt ist.

Es zeigt sich jedoch deutlich, dass es in 56,9 % aller nicht befürworteten Planungen zu Fehlern bei der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen ZE-Planung kam. In 3.908 Fällen wurde dieser Ablehnungsgrund bedingt durch einen fehlerhaften Befund angegeben, wogegen in 229 Fällen trotz korrektem Befund keine bedarfsgerechte und wirtschaftliche ZE-Planung vorlag. Ein fehlerhafter Befund bestand, sobald dies im Gutachten genannt und der Befund in der entsprechenden Zeile auf dem Vordruck angegeben wurde.

Ursächlich dafür könnte ein fehlerhaft berechneter Festzuschuss sein. Auffällig ist dabei auch, dass dieser Ablehnungsgrund mit 19,6 % der mit Abstand häufigst genannte Grund war.

Die ZE-Richtlinie B wurde in 10,2 % aller nicht befürworteten Planungen verletzt. In 773 Gutachten lag als Ablehnungsbegründung kein Anspruch auf eine medizinisch notwendige Leistung vor, da der vorhandene ZE entweder funktionstüchtig oder durch entsprechende Maßnahmen reparabel war.

Die ZE-Richtlinie C 11 beinhaltet, dass der Versorgung mit Zahnersatz die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Vorbehandlung vorauszugehen hat. Fasst man diese nun mit den entsprechenden Unterpunkten a-i zusammen, ist eindeutig erkennbar, dass eine nicht richtliniengemäße Vorbehandlung mit 48,4 % (n = 10.693) den Großteil der Ablehnungsgründe ausmacht. Am häufigsten wurde mit 10,2 % (n = 2.247) anhand der genannten Gründe bedingt durch Mehrfachnennungen bzw. mit 29,6 % aller abgelehnten Planungen als Ablehnungsursache eine nicht richtliniengemäß durchgeführte Wurzelfüllung erwähnt. Bei 8,3 % aller angegebenen Ablehnungsgründe lag eine fehlerhafte Vorbehandlung im Sinne von vorhandenen, nicht ausgeheilten krankhaften Prozessen sowie dem Belassen von nicht erhaltungswürdigen Zähnen vor. Außerdem wurden mit 6,4 % aller Gründe das Vorhandensein von kariösen bzw. reaktionslosen Zähnen und deren fragliche Erhaltungswürdigkeit von den Gutachtern genannt. Die parodontale Vorbehandlung war in 18,1 % aller nicht befürworteten Planungen nicht abgeschlossen.

Des Weiteren zeigt sich, dass die ZE-Richtlinien C 10 (Einhaltung der Gesamtplanung) mit 24,6 % sowie D I.15 (Überkronungsindikation nicht erfüllt) mit 23,0 % der Fälle nicht eingehalten wurden. Ein Verletzen dieser Richtlinien implizierte laut der Autorin, dass demzufolge keine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung geplant wurde.

In 18,3 % aller nicht befürworteten Planungen wurde die Mundhygiene und Mitwirkung des Patienten kritisiert und führte damit zur Neuplanung des HKPs.

Dagegen zeigt sich, dass es in nur 0,6 % und 2,8 % der Fälle zu einer Ablehnung kam, da die geplanten Brücken nicht der ZE-Richtlinie D II.22 bzw. D II.23 entsprachen. Ebenso erfolgt eine Ablehnung, weil es in 1,4 % der Fälle keine Indikation, keinen Antagonisten oder keine Verankerung für den geplanten ZE gab und in 3,3 % der Fälle zunächst eine Interimslösung und noch kein definitiver ZE angefertigt werden sollte.

Die wenigsten Ablehnungsgründe gab es bei der Planung von Totalprothesen und dem Anstreben einer endgültigen Versorgung. Hier wurde nur in 0,2 % der Fälle die geplante Metallbasis bei den Total- bzw. Deckprothesen abgelehnt und in 0,1 % seitens der Gutachter angeraten, zeitnah die definitive Versorgung umzusetzen.

Die weiteren Gründe für Ablehnungen machten 6,7 % aller Fälle aus und beinhalteten hauptsächlich, dass seitens der Gutachter bei umfangreichen ZE-Planungen eine Erprobung der geplanten Bisserrhöhung mittels einer Schiene bzw. durch Langzeit-Provisorien gefordert wurde. Damit sollen Kiefergelenksprobleme und ein zeitnahes Anfertigen eines neuen ZEs vermieden werden.

Tab. 2: Verteilung der Ablehnungsgründe, Angabe in absolutem und prozentualem Anteil; Mehrfachnennungen möglich

Ablehnungsgründe	n	Anteil der Gründe (n = 22.098)	Anteil der Fälle (n = 7.607)
Keine Planung im Sinne einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung	4.326	19,6%	56,9%
Kein Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen	773	3,5%	10,2%
Funktionstüchtigkeit wiederherstellen möglich	166	0,8%	2,2%
Mangelnde Mitwirkung und Mundhygiene des Patienten	1.385	6,3%	18,2%
Fehlendes Gesamtplanungsgebot	1.865	8,4%	24,5%
Kariös, fragliche Erhaltungswürdigkeit, reaktionslos	1.421	6,4%	18,7%
Keine Wurzelkanalbehandlung (WKB) nach Richtlinien erfolgt	2.247	10,2%	29,6%
Vitalitätsprüfung (ViPr) an zu überkronenden Zähnen	503	2,3%	6,6%
Krankhafte Prozesse, Ausheilung abwarten	1.826	8,3%	24,0%
PAR-Therapie nicht abgeschlossen	1.374	6,2%	18,1%
Röntgen nötig, da Verdachtsdiagnose (Vd.) pathologischer Prozess	1.018	4,6%	13,4%
Nicht erhaltungswürdig, Wurzelrest entfernen	1.832	8,3%	24,1%
Retinierte, impaktierte Zähne in räumlicher Nähe entfernen	162	0,7%	2,1%
Fehlende Osseointegration des Implantats	310	1,4%	4,1%
Endgültige Versorgung anstreben	6	0,0%	0,1%
Interimsversorgung anstreben	248	1,1%	3,3%
Überkronungsindikation nicht erfüllt	1.746	7,9%	23,0%
Keine Indikation, kein Antagonist, keine Verankerung	109	0,5%	1,4%
Einschränkung Freidendbrücke	43	0,2%	0,6%
Keine Brücke wegen ungenügender parodontaler Belastbarkeit	213	1,0%	2,8%
Keine Metallbasis nötig bei Total-/Deckprothese	15	0,1%	0,2%
Weitere Gründe	510	2,3%	6,7%
Gesamt	22.098	100,0%	290,4%

4.5.2 Verteilung zwischen Zahnarztpraxen mit mehr als 32 bzw. weniger als 33 Gutachten pro Jahr

Im Vergleich der Zahnarztpraxen mit mehr als 32 Gutachten (Gruppe 1) mit den Zahnarztpraxen mit weniger als 33 Gutachten (Gruppe 2) differiert die Häufigkeitsverteilung bezüglich der Ablehnungsgründe. Jedoch ist bei beiden Untersuchungsgruppen die Rangfolge der Ablehnungsgründe nahezu identisch. So war bei beiden Gruppen eine nicht bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der meistgenannte Ablehnungsgrund, insgesamt gefolgt von einer nicht richtliniengemäßen präprothetischen Vorbehandlung, wo bei beiden eine fehlerhafte Wurzelkanalbehandlung (WKB) die Hauptursache war. Bei Gruppe 1 schließt sich eine fehlende Überkronungsindikation und darauffolgend die fehlerhafte Gesamtplanung an. Bei Gruppe 2 sind diese beiden Gründe in der Rangfolge getauscht. Als fünfthäufigster Ablehnungsgrund tauchte wiederum bei beiden Gruppen eine mangelhafte bzw. der Planung nicht entsprechende Mundhygiene auf. Bei der prozentualen Verteilung der Ablehnungsgründe überwog die Gruppe 1 mit > 5 % Abweichung gegenüber den restlichen Zahnarztpraxen bei „keine WKB nach Richtlinien erfolgt“, „krankhafte Prozesse, Ausheilung abwarten“, „Röntgen nötig, da Vd. pathologischer Prozess“. Eine ähnliche Verteilung zwischen den beiden Gruppen mit < 2 % Abweichung gab es bei „keine bedarfsgerechte Planung“, „Funktionstüchtigkeit wiederherstellen möglich“, „PAR-Therapie nicht abgeschlossen“, „ViPr an zu überkronenden Zähnen“, „retinierte Zähne vorhanden“, „fehlende Osseointegration des Implantats“, „endgültige Versorgung anstreben“, „Interimsversorgung anstreben“, „keine Indikation, da kein Antagonist bzw. keine Verankerung vorhanden“, „Einschränkung wegen Freidendbrücke“, „keine Brücke wegen ungenügender Belastbarkeit“, „keine Metallbasis nötig bei Total-/Deckprothese“. Nur bei „weitere Gründe“ überwog der prozentuale Anteil der restlichen Zahnarztpraxen gegenüber den 50-Plus-Zahnarztpraxen. Die vollständigen Angaben in absoluten und prozentualen Anteilen der jeweiligen Gruppen sind im Anhang (A3 - Tabelle 8) nachzulesen.

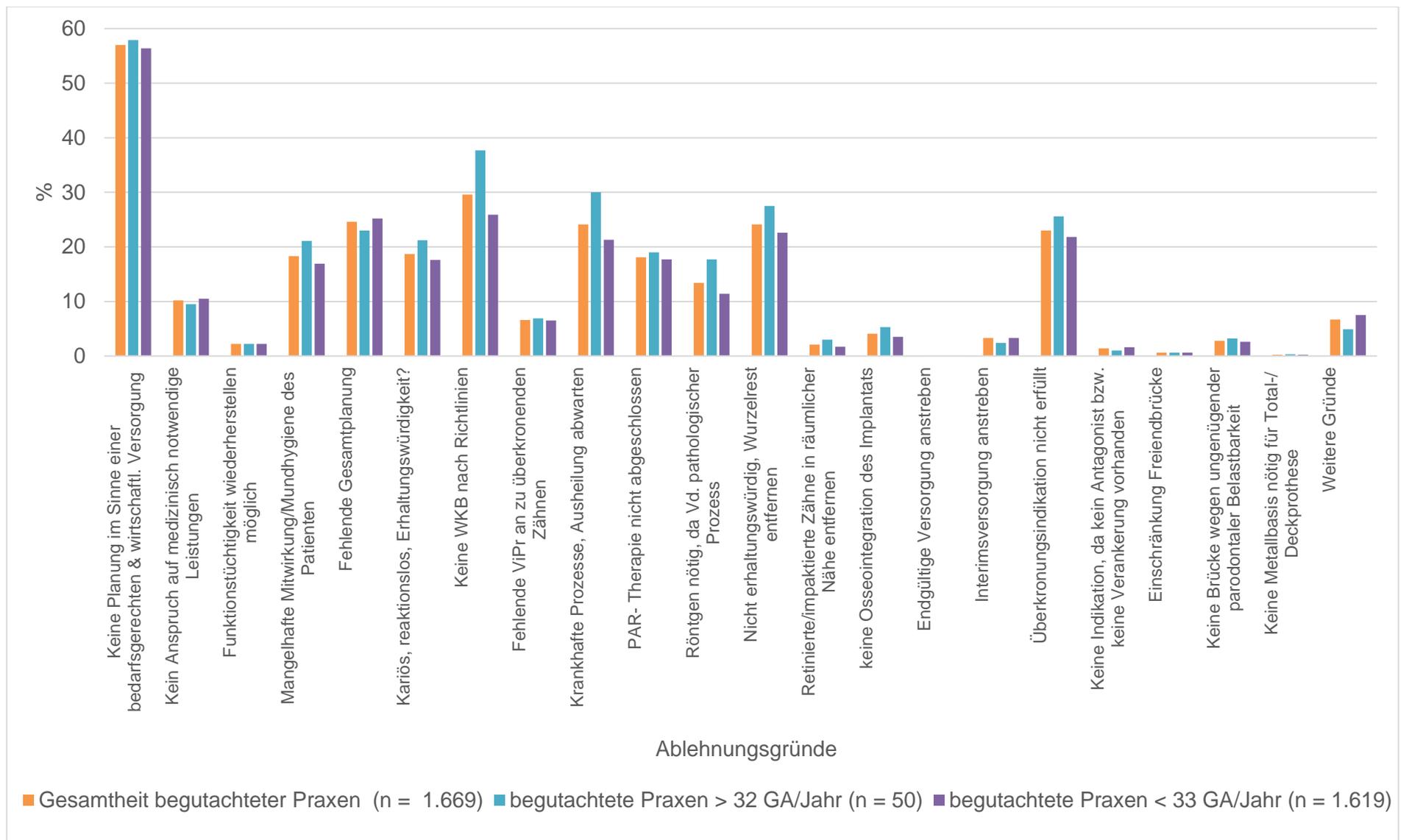


Abb. 15: Prozentualer Vergleich der Ablehnungsgründe in Kategorien (Gesamtheit der begutachteten Zahnarztpraxen, Zahnarztpraxen > 32 GA/Jahr, Zahnarztpraxen < 33 GA/Jahr)

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Einfluss des Alters auf die Begutachtungshäufigkeit

In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass die meisten Planungsgutachten, die 2017 über die Gutachter der KZV Berlin bearbeitet wurden, an Patienten zwischen dem 51. bis 60. LJ erstellt wurden. Auch der Medianwert sowie das Durchschnittsalter der Patienten lag in dieser Lebensdekade.

Nimmt man die Daten einer vergleichbaren Untersuchung des Jahres 2015 von Kornett (25) hinzu, ist ein ähnliches Bild hinsichtlich der Verteilung erkennbar (Abbildung 16). Auch in dieser Studie liegt der Medianwert bezüglich des Alters bei 52,8 LJ. Hier wurden ebenfalls die meisten Gutachten in der sechsten Dekade verzeichnet. Bezüglich der Mittelwertgleichheit des Alters zwischen 2015 und 2017 ergab der t-Test eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,053$. Damit unterscheidet sich die Altersverteilung statistisch nicht signifikant voneinander, jedoch sind die Ergebnisse hinsichtlich der Altersverteilung von 2017 als robust zu betrachten, da im Jahr 2015 eine ähnliche Altersverteilung gefunden wurde. Dies wird an den Median- und Mittelwerten sichtbar.

Ausschlaggebend dafür ist vermutlich die Altersstruktur innerhalb Deutschlands (26). Die Gruppe der 51- bis 60-jährigen Patienten macht innerhalb der gewählten Kategorien den größten Bevölkerungsanteil aus, so dass es naheliegend ist, dass diese Gruppe auch häufiger begutachtet wird. Des Weiteren verschieben sich laut der fünften Deutschen Gesundheitsstudie (DMS V) Munderkrankungen in das höhere Lebensalter (Morbiditätskompression) (27), weshalb mit zunehmendem Alter auch der Bedarf an Zahnersatz steigt. Abschließend müsste gegebenenfalls in einer weiteren Untersuchung geklärt werden, ob die hier gezeigte Altersverteilung auch auf die einzelnen Krankenkassen zutrifft. Sollte dies der Fall sein, wäre das die Bestätigung, dass das Alter ein Begutachtungsauslöser seitens der Krankenkasse wäre.

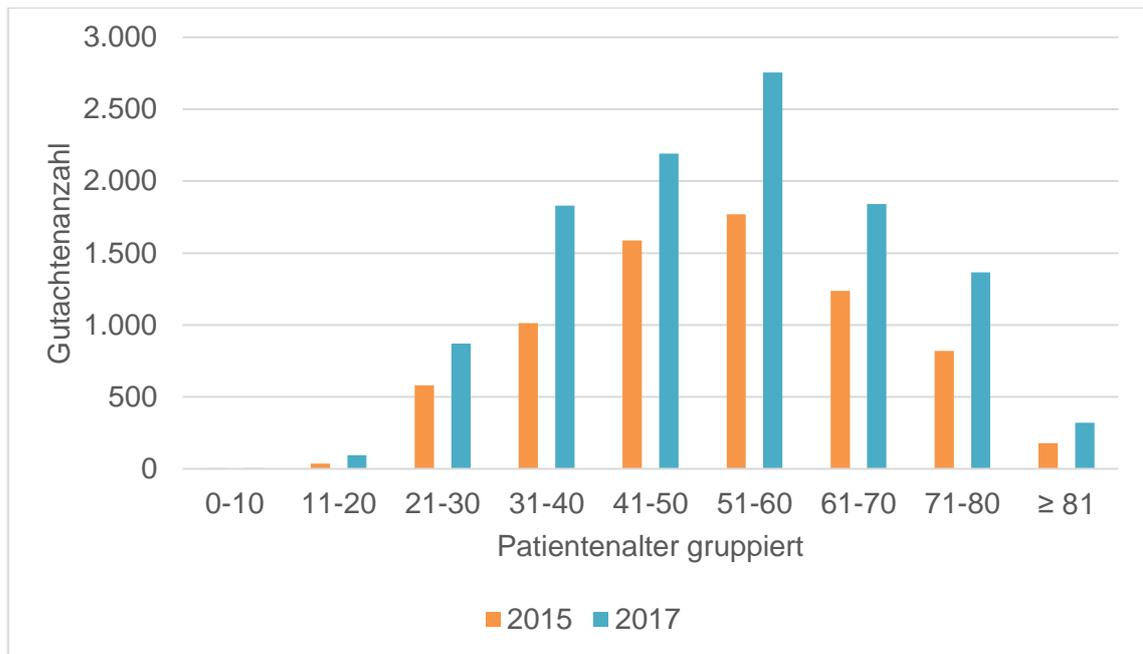


Abb. 16: Häufigkeitsverteilung des Patientenalters in 10-Jahres-Stufen, vergleichend mit den Daten aus 2015 aus der Studie von Kornett (25) ; $p = 0,053$ nach dem t-Test

5.1.2 Einfluss der Krankenkassen

Zusammenhang zwischen der Häufigkeitsverteilung und dem Begutachtungsergebnis

Es kommt zu einer hohen Streuung der Gutachtenanzahl zwischen den Krankenkassen. Dies ist jedoch dadurch begründet, dass es auch unterschiedlich große und kleine Krankenkassen hinsichtlich der Mitgliederzahl gibt. So waren beispielsweise bei der AOK Nordost im Jahr 2017 knapp 1,8 Mio. Menschen deutschlandweit versichert (28). Dem gegenüber stehen 4.371 beauftragte Gutachten dieser Krankenkasse für die Region Berlin. Die DAK, welche im gleichen Jahr mit 2.200 beauftragten Gutachten innerhalb der KZV Berlin am zweithäufigsten Planungsgutachten in Auftrag gab, zählte im untersuchten Jahr deutschlandweit ca. 5,8 Mio. Versicherte (29). Insgesamt wurden für die AOK Nordost jedoch für den Bereich der KZV Berlin doppelt so viele Gutachten erstellt wie für die DAK, obwohl diese im bundesweiten Vergleich eine deutlich höhere Versichertenanzahl hat. Das macht deutlich, dass für die AOK Nordost in Abhängigkeit von der Versichertenanzahl mehr Planungsgutachten erstellt wurden als für die DAK. Würde man nun die Anzahl der Gutachten auf die Versichertenanzahl der jeweiligen Krankenkasse normieren, könnten gegebenenfalls Rückschlüsse gezogen werden, ob weitere Krankenkassen häufiger ein Planungsgutachten beauftragen als andere. Da aus den Geschäftsberichten der oben beispielhaft genannten Krankenkassen keine Angaben hinsichtlich des Versicherungsortes der Versicherten hervorgehen, ist dies leider auf den alleinigen Bezug der KZV Berlin nicht möglich.

Des Weiteren variiert die Zahl der abgerechneten ZE-Fälle innerhalb der Krankenkassen. So wurden beispielsweise im Jahr 2017 bei der TK 49.599 HKPs, bei der AOK Nordost 39.558 HKPs, bei der Barmer 34.518 HKPs, bei der DAK 15.739 HKPs und bei der Bahn BKK 285 HKPs (jeweils ohne Wiederherstellungsmaßnahmen) über die KZV Berlin abgerechnet (30). Setzt man diese in Relation zu den jeweils erstellten Planungsgutachten, ergibt sich folgende prozentuale Verteilung: TK 3,2 %; AOK Nordost 11,0 %; Barmer 2,4 %; DAK 14,0 %; Bahn BKK 24,6 %. Dies zeigt, dass die Bahn BKK einen deutlich höheren Anteil an eingereichten Planungen begutachten ließ als die AOK Nordost, welche die meisten Planungsgutachten im Jahr 2017 hatte, oder als die TK, welche die meisten abgerechneten HKPs in 2017 hatte. Ausschlaggebend für diese Verteilung sind vermutlich unterschiedliche Begutachtungsauslöser zwischen den einzelnen Krankenkassen. Allerdings kann hier nicht ganz ausgeschlossen werden, dass die HKPs, welche begutachtet wurden, auch im gleichen Jahr abgerechnet wurden. Demzufolge ist hier eine Verzerrung der Daten möglich.

Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung der Gutachten pro Krankenkasse des Jahres 2017 mit denen der oben bereits erwähnten Untersuchung von Kornett (25) aus dem Jahr 2015, so zeigt sich zwischen den Jahren 2015 und 2017 hinsichtlich der absoluten Zahlen eine Zunahme von 7.227 auf 11.271 erstellte Planungsgutachten pro Jahr (Abbildung 17 und im Anhang A3 - Tabelle 9). Dabei fällt auf, dass die AOK Nordost in beiden Jahren jeweils die meisten Planungsgutachten im Bereich der KZV Berlin in Auftrag gegeben hat (2015: 49,8 %; 2017: 38,8 %). Allerdings ist der prozentuale Anteil gemessen an der Gesamtzahl gesunken, obwohl es zu einer Zunahme der angefertigten Gutachten innerhalb dieser Krankenkasse gekommen ist (2015: n = 3.599, 2017: n = 4.371). Diese Entwicklung lässt sich auch auf die IKK, KKH, Barmer (fusioniert mit Deutsche BKK), Novitas BKK und BKK VBU abbilden. Im Gegensatz dazu kommt es bei der DAK, TK und SBK jeweils zu einer Zunahme bei den Absolutzahlen und dem prozentualen Anteil. Besonders deutlich zeigt sich das bei der DAK (2015: 3,7 %; n = 264; 2017: 19,5 %; n = 2.200). Bei der BIG, Bahn BKK und Securvita BKK nehmen jeweils sowohl die Absolutzahlen als auch der prozentuale Anteil gemessen an der Gesamtheit des jeweiligen Jahres ab. Die Knappschaft bleibt als einzige Krankenkasse bei der Beantragung von Planungsgutachten hinsichtlich der in Auftrag gegebenen Planungsgutachten nahezu konstant (2015: n = 70; 2017: n = 71). Dies führt jedoch zu einer Abnahme im Bereich der prozentualen Verteilung von 1,0 % (2015) auf 0,6 % (2017). Mit einem Anteil von 1,4 % (2015) und 1,7 % (2017) liegen die restlichen 33 Krankenkassen im unteren Bereich.

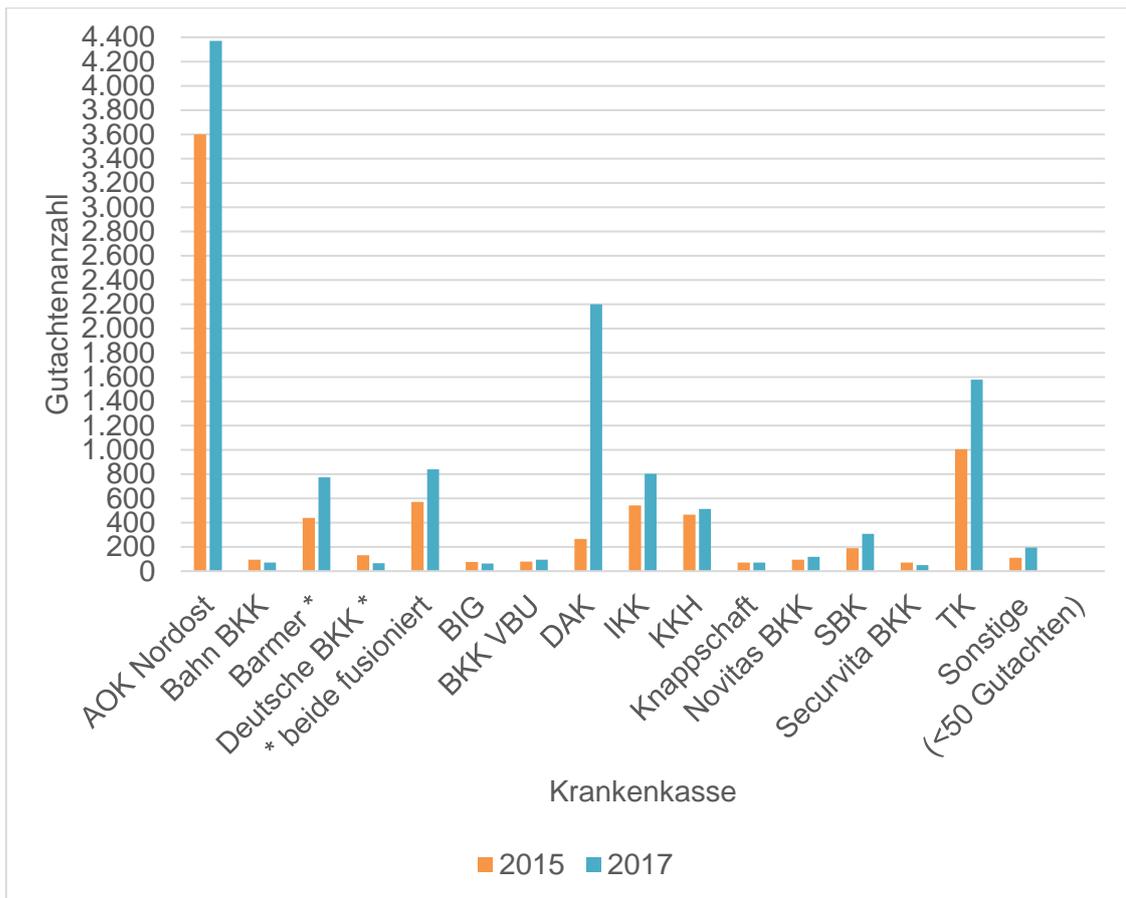


Abb. 17: Verteilung der Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl, vergleichend mit den Daten von 2015 aus der Studie von Kornett (25)

Insgesamt zeigt sich dementsprechend bei den meisten Krankenkassen, dass es zwischen den Jahren 2015 und 2017 zu einer Zunahme an Begutachtungsaufträgen im Bereich der KZV Berlin gekommen ist. Eine Ursache dafür könnte das Wegfallen von Begutachtungsaufträgen an den MDK (31) sein, denn 2015 konnten die Krankenkassen neben den Gutachtern der KZV auch Gutachter des MDK beauftragen. Dies war 2017 nicht mehr der Fall. Der besonders deutliche Anstieg der DAK um das 8,3-Fache könnte vermutlich durch eine Umstrukturierung innerhalb des Unternehmens begründet sein. Es wäre aber auch denkbar, dass diese Krankenkasse im Jahr 2015 einen großen Anteil der Begutachtungsaufträge überwiegend an Gutachter des MDK gegeben hat. Als Folge dessen wurden diese Planungsgutachten in der Untersuchung von Kornett (25) nicht mitgezählt. Dies könnte möglicherweise für den sprunghaften Anstieg an Planungsgutachten sowohl bei der DAK als auch in der Gesamtheit von 2015 zu 2017 ursächlich sein.

Setzt man die Begutachtungshäufigkeit der einzelnen Krankenkassen dem jeweiligen Begutachtungsergebnis gegenüber, zeigt sich kein Hinweis, dass eine hohe Begutachtungshäufigkeit mit einer niedrigeren Befürwortungsquote einhergeht. So hat die AOK Nordost, in dieser Studie mit der höchsten Begutachtungshäufigkeit, mit 28,6 % die gleiche Befürwortungsquote wie die Krankenkasse BIG, welche im unteren Drittel der Begutachtungshäufigkeit einzuordnen ist. Dagegen hat die TK mit der dritthöchsten Begutachtungshäufigkeit mit 36,7 % eine ähnlich hohe Befürwortungsquote wie die BKK VBU mit 36,8 %, die sich hinsichtlich der Begutachtungshäufigkeit im unteren Drittel befindet.

Bedingt durch die hohe Anzahl an Begutachtungsaufträgen durch die AOK Nordost hat die Ergebnisbeurteilung dieser Krankenkasse Einfluss auf das Begutachtungsergebnis aller Gutachten. Allerdings zeigt sich, dass Krankenkassen, welche in einem deutlich geringeren Ausmaß Begutachtungen auslösen, ebenfalls in Bezug auf die jeweiligen Ergebnisse bei den Durchschnittswerten der Grundgesamtheit einzuordnen sind. Ursächlich dafür ist, dass die Krankenkassen keine hauptamtlichen Gutachter beschäftigen, sondern die Begutachtung durch einen Gutachter erfolgt, welcher von der jeweiligen KZV bestellt wurde (5). Damit soll dem Entstehen von möglichen Gefälligkeitsgutachten vorgebeugt werden.

Außerdem ist in § 4 Absatz 6 BMV-Z (10) geregelt, dass bei der Auswahl der Gutachter die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt sowie auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter geachtet werden soll. Zudem sind die Krankenkassen verpflichtet, vorliegende HKPs innerhalb von drei Wochen zu prüfen, die Zuschussfestsetzung zu bestimmen und zurückzusenden (10). Wird seitens der Krankenkassen ein Planungsgutachten in Auftrag gegeben, verlängert sich die Frist auf sechs Wochen (10). Daher müssen auch etwaig anfallende Gutachten in diesem Zeitraum durchgeführt werden, da nur in Ausnahmefällen eine Fristverlängerung möglich ist. Dies macht das Auswählen eines einzigen Gutachters pro Krankenkasse unmöglich, da dieser beispielsweise bei der AOK Nordost an seine Kapazitäten stoßen würde.

Beim Vergleich der Primär- und Ersatzkassen ergibt sich, dass die Primärkassen zwar einen deutlich höheren Anteil an Begutachtungen auslösten, jedoch eine niedrigere Befürwortungsquote haben als die Ersatzkassen. Demzufolge ist das Begutachtungsergebnis abhängig von der Begutachtungshäufigkeit der Krankenkassen und deren Einordnung in Primär- und Ersatzkassen. Das deutet darauf hin, dass es für diese Gruppierungen unterschiedliche Begutachtungsauslöser gibt, welche sich aber nicht eindeutig verifizieren lassen und daher in einer weiteren Studie untersucht werden sollten.

Zusammenhang zwischen der Häufigkeitsverteilung und dem geplanten Zahnersatz

Im Zuge der Auswertungen hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung der Gutachten in Bezug auf den geplanten ZE lässt sich ein klar erkennbares Schema identifizieren. So werden am häufigsten HKPs begutachtet, bei denen ein feststehender ZE geplant wurde. Vergleichend dazu wird ein ausschließlich herausnehmbarer geplanter ZE eher selten begutachtet. Dieser Trend zeigt sich sowohl bei den jeweiligen Krankenkassen als auch in der Gesamtheit aller untersuchten Planungsgutachten der KZV Berlin.

Dass diese Verteilung nicht zufällig ist, beweist der Vergleich zur Studie von Kornett (25). Auch hier überwiegt der Anteil an feststehend geplantem ZE im OK gegenüber den anderen Kategorien. Der Chi-Quadrat-Test zeigt ebenfalls mit $p = 0,006$, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Krankenkasse und feststehendem ZE gibt. Bestätigt wird diese Zuordnung durch die Studie von Schmedes (18), wonach in Gerichtsgutachten mit 53,3 % der feststehende ZE am häufigsten begutachtet wurde. Auch dort machte der herausnehmbare ZE den geringsten Anteil von 3,3 % an Gutachten aus. Weitere Studien hinsichtlich zahnärztlicher Gerichts- und Mängelgutachten (32, 33) untermauern die Dominanz von feststehendem ZE bei zahnärztlichen Gutachten.

Eine Ursache für die vorliegende Verteilung könnte die Zuordnung der Festzuschüsse sein. So sind die Gesamtkosten für feststehenden Zahnersatz und somit auch der Zuschuss seitens der Krankenkasse deutlich höher als für herausnehmbaren Zahnersatz (13). Des Weiteren dient feststehender ZE neben der Stabilisierung der Bissituation auch der Verbesserung der Ästhetik, worauf viele Patienten besonderen Wert legen. Damit wäre denkbar, dass die Krankenkassen durch die Gutachten sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die medizinische Notwendigkeit gezielt bei feststehend geplanten ZE überprüfen lassen. Dies würde auch erklären, warum häufiger feststehend geplanter ZE im OK als im UK begutachtet wurde.

Ein weiterer Grund für die bevorzugte Begutachtung von festsitzendem ZE könnte sein, dass hauptsächlich Patienten im Alter von 31 bis 70 Jahren begutachtet wurden. Wie der DMS V (27) zu entnehmen ist, hat die Mundgesundheit bei den jüngeren Erwachsenen und jüngeren Senioren über die letzten Jahre stetig zugenommen. Das geht mit einem geringeren Zahnverlust und höherem Anteil an eigenen Zähnen einher. Diese Zähne können dann eher mit festsitzendem ZE versorgt werden. Zu dieser Schlussfolgerung kommt auch Schmedes in ihrer Untersuchung (18).

Allerdings sollte beachtet werden, dass aus jeweils ca. einem Fünftel der untersuchten Gutachten, sowohl für den OK als auch den UK, nicht hervorging, welcher ZE geplant war. Hier wurde der geplante ZE nicht durch den Gutachter genannt. Wären die Planungen dieser Fälle auch ermittelbar gewesen, wäre es womöglich zu einer anderen Verteilung der Zuordnungen gekommen.

Mehrfachnennungen waren zudem ebenfalls möglich, was erklären würde, warum der herausnehmbare und implantatgetragene ZE im Verhältnis gesehen deutlich weniger genannt wurde. Implantatgetragener ZE kann nämlich sowohl festsitzend als auch herausnehmbar gestaltet sein, jedoch wird aus funktioneller Sicht betrachtet ein Implantat immer einem Zahn gleichgestellt. Dies führt aber dazu, dass ein herausnehmbarer ZE auf Implantaten als kombinierter ZE gewertet wird. Dieses Vorgehen erfolgte so auch in der vorliegenden Untersuchung.

5.1.3 Einfluss der begutachteten Zahnarztpraxen

Zusammenhang zwischen der Häufigkeitsverteilung und dem Begutachtungsergebnis

Es liegt keine gleichmäßige Verteilung der Begutachtungshäufigkeit von Zahnarztpraxen im Bereich der KZV Berlin für das Jahr 2017 vor. Des Weiteren differieren die Begutachtungsergebnisse.

Die 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen stellen 28,7 % aller Planungsgutachten, wovon 53,0 % abgelehnt, 19,6 % teilweise und 27,4 % genehmigt wurden. In Bezug auf die restlichen Zahnarztpraxen kommt es zu einem Unterschied der Gutachtenergebnisse. Deren Ablehnungsquote ist mit 47,0 % deutlich geringer. Entsprechend dazu ergibt sich mit 34,6 % eine höhere Befürwortungsquote der eingereichten Planungen. Daraus resultiert ein Einfluss von Zahnarztpraxen mit einer erhöhten Begutachtungshäufigkeit auf das Gesamtergebnis. Schlussfolgernd haben Zahnarztpraxen mit einer hohen Anzahl von Planungsbegutachtungen pro Jahr eine niedrigere Befürwortungsquote als Zahnarztpraxen mit einer geringeren

Begutachtungshäufigkeit. Dementsprechend haben Erstgenannte einen Einfluss auf das Gesamtergebnis aller hier untersuchten Zahnarztpraxen.

Fraglich ist, warum einzelne Zahnarztpraxen deutlich häufiger begutachtet werden als andere. Eine mögliche Ursache könnte darin begründet sein, dass in dieser Studie die Zuordnung mittels der Abrechnungsnummer erfolgte und nicht zwischen der Praxisgröße unterschieden wurde. So kam es im Laufe der letzten Jahre zu einer deutlichen Steigerung von Mehr-Behandler-Zahnarztpraxen durch die vereinfachte Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) im zahnmedizinischen Bereich (34). Durch eine größere Anzahl von Zahnärzten innerhalb einer Praxis nimmt mit großer Wahrscheinlichkeit auch die Patientenzahl zu. Dies generiert eine Zunahme von prothetischen Behandlungen und damit ein vermehrtes Aufstellen von ZE-Planungen, was wiederum eine höhere Begutachtungsquote seitens der Krankenkassen auslösen könnte.

Des Weiteren wäre es möglich, dass die Auswahlkriterien zur Begutachtung von Behandlungsplanungen seitens der Krankenkasse eine entscheidende Rolle spielen, da diese nicht einheitlich festgelegt sind. Ein Hinweis darauf sind die verschiedenen Ablehnungsquoten der Krankenkassen dieser Studie. Um dieser Annahme nachzugehen, könnte in einer weiteren Untersuchung geprüft werden, ob die hier genannten 50-Plus-Praxen eine prozentual ähnliche Begutachtungshäufigkeit sowie Befürwortungs- bzw. Ablehnungsquote bei den einzelnen Krankenkassen haben. Sollte dies nicht der Fall sein, könnte möglicherweise eine erhöhte Ablehnungsquote in der Vergangenheit ein Begutachtungsauslöser seitens der Krankenkassen sein.

Dass die in dieser Studie erhobenen Daten plausibel sind, zeigt der Vergleich mit folgenden Untersuchungen:

Vergleichend mit der Jahresstatistik der KZBV des Jahres 2017 für prothetische Planungsgutachten im KZV-Bereich Berlin zeigen sich Unterschiede in der Gesamtzahl der dokumentierten Planungsgutachten ($n = 11.510$) (21). Das kann dahingehend begründet sein, dass in der vorliegenden Untersuchung 30 Gutachten ausgeschlossen wurden. In diesen Fällen fehlten Angaben, was eine komplette Auswertung der Daten mit gleichen Ausgangswerten verhindert hätte. Außerdem wurden nur die Gutachten erfasst, welche in Papierform bei der KZV Berlin vorlagen. Bei der Übermittlung an die KZV kann es zu einem Datenverlust gekommen sein. Des Weiteren wurden Gutachten, die von Berliner Gutachtern formuliert wurden, bei denen jedoch der HKP von KZV-fremden Zahnarztpraxen erstellt wurde, ebenfalls in der Statistik nicht berücksichtigt. Der KZBV wiederum werden die Anzahl an Gutachten gemeldet, welche von den jeweiligen

Gutachtern selbstständig statistisch erfasst wurden. Eine Überprüfung dieser Zahlen erfolgt nicht.

Laut der Jahresstatistik der KZBV wurden 48,8 % der vorliegenden Planungen nicht, 11,5 % mit Einschränkungen und 32,5 % ohne Einschränkungen befürwortet (21). In Bezug auf die jeweiligen Prozentzahlen der einzelnen Beurteilungen ist aber entsprechend der Abbildung 18 deutlich erkennbar, dass bei der Ergebnisbeurteilung „befürwortet“ mit 0,2 % Unterschied und „nicht befürwortet“ mit 0,1 % Unterschied ein vergleichbares Ergebnis erzielt wurde. Lediglich bei „teilweise befürwortet“ kam es zu einem Unterschied von 7,3 %, was sich mit den oben bereits erläuterten Möglichkeiten erklären lässt. Gegebenenfalls kann es auch zu falschen Zuordnungen seitens der übermittelnden Institution gekommen sein.

Die vergleichbaren Ergebnisse sind ein deutlicher Hinweis, dass wenig Fehler bei der Übertragung und Zuordnung der Daten aus den Gutachten in das Erfassungsprogramm aufgetreten und somit die Daten als valide einzuschätzen sind.

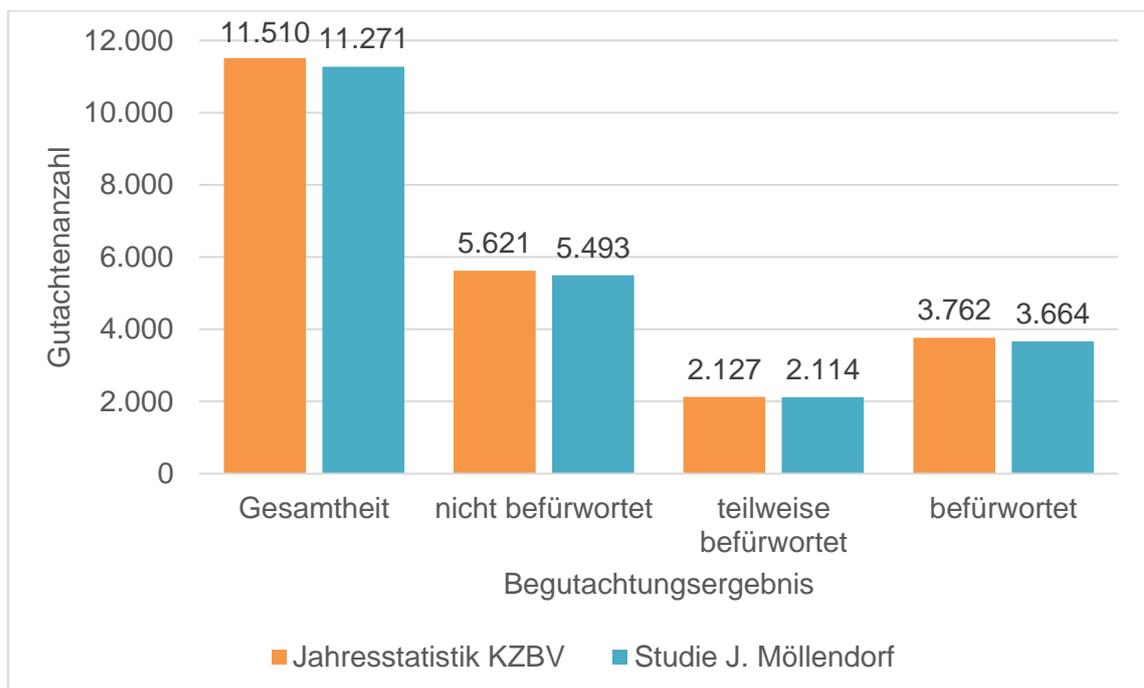


Abb. 18: Verteilung der Begutachtungsergebnisse in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl, vergleichend mit Daten der Jahresstatistik 2017 der KZBV (21)

Vergleichend mit den Ergebnissen der Untersuchung von Kornett (25) aus dem Jahr 2015 (n = 7.227) zeigt sich deutlich, dass es zu einer Zunahme der Planungsgutachten im Jahr 2017 (n = 11.271) gekommen ist. Damit kam es zu einem Anstieg von 56,0 %. Auch die Zahl der begutachteten Zahnarztpraxen hat sich von 1.533 auf 1.669 um 8,9 % erhöht.

Bei Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass die Verteilung zwischen den Gruppen „befürwortet“, „teilweise befürwortet“, „nicht befürwortet“ in Bezug auf die jeweilige Anzahl an Planungsgutachten jedoch annähernd gleichgeblieben ist. Beispielhaft lässt sich das für die nicht befürworteten Gutachten aufschlüsseln: 2015 lag der Anteil dieser bei 45,4 % (n = 3.284). 2017 kam es zu einem Anstieg auf 48,7 % (n = 5.493). Die Befürwortungsquote ist dementsprechend von 35,0 % (n = 2.530) in 2015 auf 32,5 % (n = 3.664) in 2017 gesunken.

Insgesamt zeigt sich, dass sich die Anzahl der Planungsgutachten zwar um 56,0 % erhöht hat, zeitgleich aber die Zahl der Ablehnungen um 67,3 % gestiegen ist (Abbildung 19).

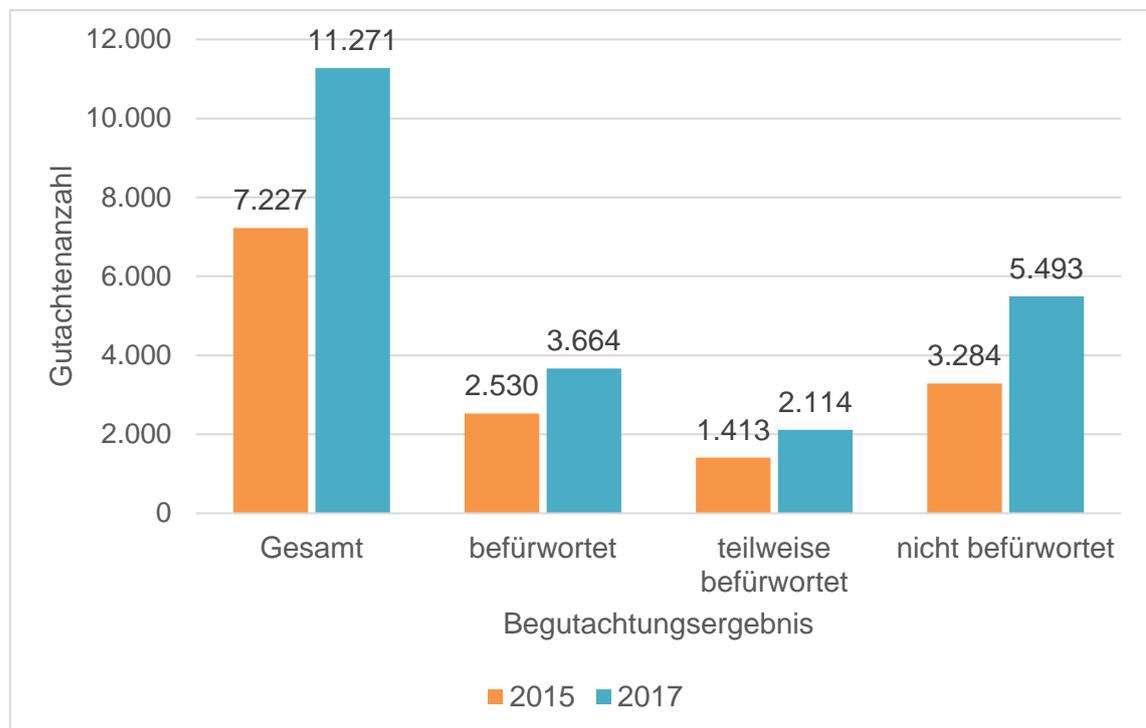


Abb. 19: Verteilung der Begutachtungsergebnisse in Abhängigkeit von der jeweiligen Gutachtenanzahl, vergleichend mit den Daten von 2015 aus der Studie von Kornett (25)

Zusammenhang zwischen der Anzahl an Zweitgutachten und dem Begutachtungsergebnis

Zweitgutachten bzw. Nachbegutachtungen weisen eine höhere Erfolgsquote auf als Erstgutachten. Dies ist darin begründet, dass bereits im Erstgutachten auf die Probleme der prothetischen Planung hingewiesen wurde. Damit bestätigt sich die Annahme, dass Zweitgutachten in Abhängigkeit von der Anzahl einen Einfluss auf das Begutachtungsergebnis haben.

Im Vergleich mit der Studie von Kornett (25) steigt der Anteil an Zweitgutachten von 2,3 % (n = 165) in 2015 auf 9,0 % (n = 1.012) in 2017. Die anteilige Zunahme um das 3,9-Fache ist ein Indikator dafür, dass die Gutachter die Qualitätsrichtlinien hinsichtlich der Begutachtungen vermutlich konsequenter umsetzen. Jedoch verschlechterte sich die Befürwortungsquote von 35,0 % im Jahr 2015 auf 32,5 % im Jahr 2017. Gleichzeitig stieg die Ablehnungsquote von 45,4 % (2015) auf 48,7 % (2017). Dies ist ein Beweis dafür, dass die Empfehlungen seitens der Gutachter nicht umgesetzt wurden. Wäre dies entsprechend geschehen, würde die Ablehnungsquote bei 0 % bzw. die Befürwortungsquote bei nahezu 100 % liegen.

5.1.4 Einfluss der Gutachter

Grundsätzlich hat jeder Gutachter einen Einfluss auf das Ergebnis seines Gutachtens. Allerdings dienen die zuvor beschriebenen Richtlinien und Vorgaben als Grundlage der Entscheidungsfindung und sollen so eine unabhängige Beurteilung gewährleisten. Dementsprechend zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass es zwischen den einzelnen Gutachtern zu Unterschieden kommt. Zum einen liegt dies darin begründet, dass es ein großes Gefälle innerhalb der Verteilung der Gutachtenanzahl pro Jahr gibt. Dadurch ist sicherlich ein Gutachter, der häufig HKPs von verschiedenen Zahnärzten begutachtet, geübter und sicherer im Umgang mit der Erstellung von Gutachten als jemand mit einer geringeren Anzahl von Begutachtungsaufträgen. Zum anderen liegt die Entscheidung, ob eine Planung mit Einschränkungen befürwortet oder abgelehnt wird, häufig im Ermessen des Gutachters. Das heißt, es ist abhängig davon, wie streng er die Qualitätskriterien der Gutachtenerstellung und ZE-Richtlinien auslegt. Hier ist häufig ein gewisser Spielraum gegeben.

Dass diese Probleme bekannt sind, zeigt die Studie von Brauer et al. (35). Dort wurden Gruppendiskussionen zwischen 32 erfahrenen Vertrags- und Gerichtsgutachtern aus Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und dem Saarland durchgeführt, welche als

Ziel die Professionalisierung des Gutachterwesens hatten. Als Ergebnis wurden Verbesserungen durch gutachterliche Qualitätszirkel, kollegialen/interprofessionellen Austausch, Mentor/Supervision bei Neugutachtern und Feedback für Gutachter/Zahnärzte vorgeschlagen, was auch auf ein großes Bedürfnis nach Selbstvergewisserung der gutachterlichen Experten hindeuten würde.

Die KZV Berlin zeigt durch ihr Begleitblatt zur Qualitätssicherung von Planungsgutachten (22) und das Dokument zur Ergebnisbeurteilung (17) bereits Ansätze einer einheitlichen Beurteilung von Planungsgutachten. Dass diese Maßnahmen sinnvoll sind und zur Verbesserung der Qualität sowie einem einheitlichen Bewertungsmaßstab beitragen, ist in der vorliegenden Studie deutlich erkennbar. Hier ist die Verteilung der Ergebnisse beim Vergleich der Gutachter mit vielen Begutachtungsaufträgen und denen mit wenigen Aufträgen zwar nicht gleich, was sowohl die absoluten als auch die prozentualen Verteilungen deutlich machen (Abbildung 14). Aber die niedrigere Befürwortungsquote bei der Gruppe mit den wenigen Gutachten weist darauf hin, dass die Gruppe mit vielen Gutachten trotz deutlich erhöhter Gutachtenanzahl die Begutachtungsergebnisse nicht negativ beeinflusst. Gutachter mit wenigen Gutachten machen 23,3 % der Genehmigungen aus bei einem Begutachtungsanteil von 29,5 % an der Gesamtheit. Gutachter mit vielen Gutachten machen 29,8 % der Genehmigungen aus, aber besitzen ebenfalls einen Anteil von 29,0 %. Die durchschnittliche Befürwortungsquote aller Gutachter lag bei 32,5 %.

Dass die Aussagekraft der Gutachten insgesamt zugenommen hat, zeigt unterstützend der Vergleich mit der Studie von Kornett (25). So lag der Anteil an Gutachten, welche eine fehlende Aussagekraft hatten, in 2015 bei 7,8 % (n = 565), welche sich in 2017 deutlich auf 2,1 % (n = 237) reduziert hatte. Ab 2016 waren in der KZV Berlin erste Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Begutachtung ergriffen worden (36), die sich offenbar bereits 2017 positiv auswirkten. Allerdings kann ein gewisser Einfluss auch seitens der Datenerfasser nicht ausgeschlossen werden, da 2015 die Erfassung der Gutachten und somit die Verständlichkeit nur von einer Person erfolgte; 2017 wurden die Daten von zwei Personen erhoben, wobei der jeweilige Anteil nicht gleichmäßig verteilt war. Insgesamt kann aber dieser Aspekt in Bezug auf die vergleichsweise enorme Anzahl von 11.271 untersuchten Gutachten vernachlässigt werden.

Des Weiteren hat ein Gutachter keinen Einfluss darauf, welche Zahnarztpraxen und wie oft er diese begutachtet. Die Auswahl erfolgt seitens der Krankenkasse nach den Vorgaben des BMV-Z (5).

Damit ist klar, dass ein Gutachter der KZV Berlin einen bedingten Einfluss auf sein jeweiliges Gutachten hat. Der Einfluss steigt aber in Bezug auf die Ergebnisverteilung aller begutachteten Zahnarztpraxen, je mehr Gutachten ein Gutachter verfasst. Trotz dieser Erkenntnis haben Gutachter mit verhältnismäßig wenig Begutachtungsaufträgen eine ähnliche Ergebnisverteilung im Vergleich mit Gutachtern mit sehr vielen Begutachtungsaufträgen. Außerdem wird deutlich, dass die Gutachter der KZV Berlin die Richtlinien bezüglich der ZE-Planungen insgesamt eher streng beurteilen, was bedingt ist durch die internen Vorgaben der KZV Berlin (17). Dies würde auch die deutlich geringere Befürwortungsquote im Vergleich zu den anderen KZV-Bereichen erklären (21).

5.1.5 Beurteilung der Ablehnungsgründe

Bei der Auswertung der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass die Ablehnungsgründe insgesamt sehr heterogen sind. Jedoch kommt es zu einer Häufung einzelner Ablehnungsgründe. So lag in mehr als jedem zweiten Gutachten als Ablehnungsgrund keine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Planung vor. Dies schließt neben Befundfehlern bei der HKP-Erstellung auch falsch berechnete Festzuschüsse durch die Zahnarztpraxen ein. Zudem wurde in 24,6 % der Gutachten eine fehlende Gesamtplanung und in 23,0 % eine nicht vorhandene Überkronungsindikation aufgeführt. Dies impliziert eine erneute Benennung der fehlenden wirtschaftlichen Versorgung als Ablehnungsgrund und würde die starke Häufigkeit dieser Kategorie erklären.

2015 war der Befund in 56,9 % ($n = 3.233$) der Fälle korrekt. 2017 waren es 56,1 % ($n = 5.462$) korrekt erstellte Befunde. Damit zeigt sich, dass sowohl in 2015 als auch in 2017 knapp jede zweite Planung fehlerhaft war. Dass dies ein häufiges Problem ist, hat schon Münstermann in seiner Studie deutlich gemacht (19). Er führt als mögliche Ursachen Übertragungsfehler, insuffiziente Karteiführung und einen unkorrekt aufgenommenen Befund auf. Des Weiteren rät er, insbesondere bei großen Abständen zwischen Erstbefund und Erstellen des HKPs, zur Überprüfung der Antragsunterlagen und des klinischen Befundes vor Antragseinreichung.

Außerdem wurde in knapp jedem fünften Gutachten eine mangelnde Mundhygiene seitens der Patienten beanstandet. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer regelmäßigen professionellen Zahnreinigung, um Patienten über die Mundgesundheit in vollem Umfang aufklären zu können und diese dementsprechend zu motivieren. So kann dann am ehesten der Patient seiner Mitwirkungspflicht hinsichtlich der Mundhygiene entsprechen.

Auch Münstermann kommt in seiner Studie über die Auswertung von Planungsgutachten zwischen 1991 bis 1993 zu dem Ergebnis, dass die Hauptursachen für eine Ablehnung bzw. nur teilweise Befürwortung des HKPs in der nicht richtliniengemäßen Vorbehandlung, fehlerhaften Befundung und mangelhaften Mundpflege zu finden sind (19).

Die Untersuchung von Berndt und Brose weist ebenfalls auf gravierende prothetische Fehlplanungen hin, die „bei Beachtung der konstruktiven Grundsätze vermeidbar“ gewesen wären (20). Dort erfolgte eine statistische Erhebung von Planungsgutachten des MDK Niedersachsen aus dem Jahr 2011, wobei zehn nicht genehmigte HKPs kritisch auf Planungsunzulänglichkeiten bewertet wurden. Die Autoren merken an, dass auffallend häufig festsitzende Versorgungen angeboten, „dabei jedoch die zahnmedizinischen Grundsätze außer Acht“ gelassen wurden.

Des Weiteren war die konservierend-chirurgische Vorbehandlung bei knapp jeder zweiten vorliegenden Planung noch nicht abgeschlossen, wobei eine den kassenzahnärztlichen Richtlinien nicht entsprechende Wurzelkanalbehandlung die Hauptursache war. Schlussfolgernd kann man sagen, dass in nahezu jedem dritten die vorliegende Planung nicht befürworteten Gutachten als Ursache dafür eine fehlerhafte WKB und damit eine nicht richtliniengemäße Vorbehandlung gewertet werden kann.

Die 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen und die Zahnarztpraxen mit geringerer Begutachtungshäufigkeit weisen eine ähnliche Rangfolge in Bezug auf die Gesamtheit der Ablehnungsgründe auf. Jedoch haben Zahnarztpraxen mit > 32 Planungsgutachten pro Jahr einen höheren Einfluss auf die Verteilung der Ablehnungsgründe, obwohl sie nur 28,7 % aller Gutachten ausmachen.

Daraus resultiert, dass ein besonderes Augenmerk auf die präprothetischen Vorbehandlungen zu setzen ist und Unterstützungsbedarf seitens der KZV besteht, um begutachtete Zahnarztpraxen bei der Erstellung von HKPs zu schulen. Dadurch kann vermutlich die Befürwortungsquote gesteigert werden.

Weitere Auswertungen von Planungsgutachten waren bei der Literaturrecherche nicht zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu liegen diverse Auswertungen zu zahnärztlich-prothetischen Sachverständigen- ((32), (37), (38)), Gerichts- ((33), (18)) und Mängelgutachten ((19), (39)) vor. So benennen Jacoby et al. in ihrer Analyse prothetischer Sachverständigengutachten als zweithäufigsten Behandlungsfehler eine „fehlerhafte Prognoseeinschätzung wurzelbehandelter Zähne“, da diese unzureichend aufbereitet, perforiert waren und/oder rezidivierende Abszedierungen hatten (32). Münstermann unterstreicht mit seiner Untersuchung nochmals die Notwendigkeit einer sachgemäßen Präprothetik, um Beschwerden an Pfeilerzähnen sowie deren Verlust zu vermeiden (19). So sind auswertbare Röntgenbilder zwingend nötig, um gegebenenfalls notwendige endodontische und parodontale Maßnahmen erkennen und entsprechend therapieren zu können, bevor eine prothetische Versorgung begonnen wird (19).

Die Ergebnisse der oben genannten Studien belegen, dass prozessrelevante Schäden zu erheblichen Anteilen durch unzureichende Vorbehandlung verursacht oder begünstigt werden. Dies sollte bei der ZE-Planung besonders berücksichtigt und bei einer anstehenden ZE-Planungsbegutachtung nochmals überprüft werden. Das gehäufte Auftreten von einer fehlenden Vorbehandlung und Planungsfehlern als Ablehnungsgrund zeugt von einer mangelnden Kenntnis bzw. ausbleibendem Umsetzen der bekannten ZE-Richtlinien. Dies wird durch die gesonderte Auswertung der Ablehnungsgründe der fünfzig meist begutachteten Zahnarztpraxen belegt. Des Weiteren regt eine regelmäßige Begutachtung umfangreicher ZE-Planungen im Vorfeld durch einen qualifizierten Gutachter zu einer gleichbleibenden Qualität an, so dass ein Mängel- bzw. Gerichtsgutachten mit einer anschließenden Aufforderung zur Neuanfertigung des ZEs vermieden werden könnte.

5.2 Kritische Betrachtung der Methodik

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine deskriptive und univariate Analyse, in der alle vorhandenen Unterlagen einer Grundgesamtheit untersucht werden konnten. Jedoch erfolgte die Eingabe der Informationen durch zwei Datenerfasser, so dass sich trotz des gleichen Studiendesigns unterschiedliche Auffassungen bei der Erfassung durch unterschiedliche Interpretationen der Gutachten bemerkbar machen können. Außerdem wurden die Gutachten durch verschiedene Personen erstellt, wobei die Standards nicht vorgegeben waren. Dementsprechend wurde ein einheitliches Auswerten der Texte erschwert. Das heißt, die ausgewerteten Daten wurden

ausschließlich aus den verfassten Gutachten erhoben. Dies könnte auch mögliche Übertragungsfehler erklären.

Um einheitliche „Kriterien“ für die Ablehnungsgründe zu schaffen, wurde, wie oben beschrieben, eine Probeerfassung durchgeführt. Allerdings konnte bedingt durch die enorme Gutachtenanzahl nicht gänzlich gewährleistet werden, dass alle Gutachten in diesem System eingeordnet werden konnten. So enthielten einige Gutachten beispielsweise keine ausführliche Begründung und einige Gutachten ließen die Ablehnungsgründe nicht eindeutig einer entsprechenden ZE-Richtlinie zuordnen. Hier wären außerdem unterschiedliche Auffassungen bei den Datenerfassern möglich.

Des Weiteren erfolgte die Zuordnung der Zahnarztpraxen mithilfe der Abrechnungsnummer, der sogenannten Stempelnummer. Diese wird bei der Vergabe der Kassenzulassung durch die jeweilige KZV vergeben. Jedoch lässt sich daran nicht erkennen, ob dahinter eine Ein-Behandler-, Mehr-Behandler-Praxis oder ein MVZ steht. Dies würde beispielsweise erklären, warum einige Zahnarztpraxen häufiger begutachtet wurden, da dort gegebenenfalls auch mehr Behandlungen durchgeführt und damit auch mehr Begutachtungen beauftragt wurden. Außerdem wechselt die Nummer, sobald ein Umzug der Praxis ansteht oder es zu einer Änderung des Praxiskonstrukts kommt. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass in dieser Untersuchung beispielsweise eine Praxis doppelt, aber mit verschiedenen Kennzeichnungen enthalten ist.

Die Kennzeichnung „Zweitgutachten“ war nicht separat ausgewiesen, so dass diese Information nur aus dem Gutachertext zu generieren war. Diesbezüglich wäre es möglich, dass Zweitgutachten durch eine ausbleibende Kennzeichnung nicht erkannt worden sind.

Positiv anzusehen ist die Stärke der Daten bedingt durch die Auswertung der Grundgesamtheit und den Einschluss aller vorhandenen Daten durch Vermeiden einer Stichprobenauswahl. Des Weiteren ermöglicht das Studiendesign einen guten Überblick über die einzelnen Einflussfaktoren. Außerdem können durch diese Auswertung gegebenenfalls weitere Rückschlüsse auf andere KZV-Bereiche gezogen werden.

6 Zusammenfassung

Im Zuge eines neuen Zahnersatzes kann die gesetzliche Krankenkasse des Patienten ein Planungsgutachten zur Überprüfung des Befundes, der Versorgungsnotwendigkeit und der geplanten Versorgung auslösen. Dafür bedarf es eines Gutachters, der von der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) bestimmt wird. Dieser führt eine fachliche Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung durch unter Beachtung der aktuellen Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien sowie der allgemein anerkannten zahnmedizinischen Standards.

Ziel der vorliegenden Studie war es, eine Aussage darüber treffen zu können, ob und inwiefern die Krankenkasse, der Gutachter sowie die einzelnen Zahnarztpraxen das Begutachtungsergebnis beeinflussen. Außerdem sollten Begutachtungsauslöser und Gründe, welche zu Ablehnungen der Planungen führen, herausgefunden werden.

Es wurden 11.271 Planungsgutachten des Jahres 2017 der KZV Berlin durch zwei Personen erfasst und nach genauer Durchsicht der einzelnen Papierakten die zu erhebenden Daten durch die Autorin statistisch analysiert und ausgewertet. Als Untersuchungszeitraum wurde das Jahr 2017 gewählt, da in diesem Jahr die Planungsgutachten ausschließlich durch Gutachter der KZV Berlin erfolgten. Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) hatten somit keinen Einfluss auf das Begutachtungsergebnis.

Der Altersmedian der Patienten lag bei 52,9 Jahren. Die Gruppe der 51- bis 60-jährigen Patienten wurde am häufigsten begutachtet.

Insgesamt ließen 46 Krankenkassen zur Genehmigung vorliegende Planungen begutachten, wobei die AOK Nordost mit 38,8 % den größten Anteil ausmachte. Primärkassen gaben mit einem Anteil von 54,4 % häufiger Planungsgutachten in Auftrag als Ersatzkassen mit 45,6 % gemessen an der Gesamtheit aller vorliegenden Planungsgutachten. Die Befürwortungsquote der einzelnen Krankenkassen differierte zwischen 28,6 % bis 54,7 % und ist nicht von der Begutachtungshäufigkeit abhängig. Die Primärkassen haben eine geringere Befürwortungsquote als die Ersatzkassen. Allen gemein ist, dass es die meisten Begutachtungsaufträge bezüglich des geplanten Zahnersatzes in der Kategorie „festsitzend“ im OK gab.

Trotz dieser Gemeinsamkeit deuten unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen und Begutachtungsergebnisse auf verschiedene Begutachtungsauslöser bei den Primär- und den Ersatzkassen hin. Durch eine weitere Untersuchung bzw. durch gezielte Nachfragen bei den Krankenkassen könnten diese verifiziert werden.

Es wurden 1.669 Zahnarztpraxen begutachtet, wobei die Anzahl der jeweils begutachteten Planungen sehr stark variiert. 2017 hatten 86,9 % der Zahnarztpraxen eine Gutachtenanzahl von maximal zehn Gutachten, denen 1,6 % mit über 100 Gutachten gegenüberstehen. Es wurden 48,7 % der Planungen abgelehnt, 18,8 % mit Einschränkungen und 32,5 % ohne Einschränkungen befürwortet.

Eine separate Auswertung der 50 meist begutachteten Zahnarztpraxen (50-Plus-Zahnarztpraxen) verdeutlicht die große Varianz innerhalb dieser Gruppe hinsichtlich der Begutachtungshäufigkeit und des Begutachtungsergebnisses. In Bezug auf die restlichen Zahnarztpraxen kommt es zu einem Unterschied der Begutachtungsergebnisse. Diese haben eine höhere Befürwortungsquote als die 50-Plus-Zahnarztpraxen sowie dementsprechend eine geringere Ablehnungsquote. Daraus resultiert ein Einfluss von Zahnarztpraxen mit einer erhöhten Begutachtungshäufigkeit auf das Gesamtbegutachtungsergebnis.

Zweitgutachten weisen eine höhere Befürwortungsquote auf als Erstgutachten. Damit bestätigt sich die Annahme, dass Zweitgutachten in Abhängigkeit von der Gutachtenanzahl einen Einfluss auf das Begutachtungsergebnis haben.

Im Vergleich mit Daten aus 2015 (25) kommt es im Jahr 2017 zu einer Zunahme von begutachteten Zahnarztpraxen, einer Zunahme von Planungsgutachten und auch zu einer Zunahme von Ablehnungen. Dies entspricht allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht einer höheren Begutachtungshäufigkeit, sondern ist Folge der Tatsache, dass in 2015 auch der MDK mit der Begutachtung beauftragt wurde, dessen Zahlen in der Studie von Kornett (25) nicht berücksichtigt wurden.

Die Anzahl der Begutachtungsaufträge für die 46 Gutachter innerhalb der KZV Berlin ist erheblich ungleich verteilt. Die Gutachtergruppe mit sehr vielen Gutachten kommt im Vergleich mit der Gutachtergruppe mit wenigen Gutachten trotz annähernd gleicher Gutachtenanzahl zwischen den Gruppen zu abweichenden Begutachtungsergebnissen. Ein Einfluss eines Gutachters mit einer sehr hohen Begutachtungshäufigkeit auf das Gesamtergebnis aller ist damit belegbar. Insgesamt weicht die Gruppe mit geringerer Begutachtungshäufigkeit aber nur jeweils ca. 8 % bei der Genehmigungs- und Ablehnungsquote gegenüber der Gruppe mit hoher Begutachtungshäufigkeit ab. Ursächlich dafür sind vermutlich ein seitens der KZV Berlin eigens verfasster, einheitlicher Bewertungsmaßstab der Begutachtungsergebnisse sowie eigene Richtlinien zur Qualitätssicherung bei der Gutachtenerstellung. Außerdem belegt die Studie, unter Hinzuziehen der Daten von 2015 (25), eine stetige Verbesserung der

Begutachtungsqualität. Es ist davon auszugehen, dass eine gewisse Mindestanzahl von Gutachten pro Jahr seitens der Gutachter sinnvoll für eine gleichbleibende Qualität wäre.

Die Gründe für die Ablehnungen waren vielfältig, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Fasst man die Gründe für eine nicht richtliniengemäße präprothetische Vorbehandlung entsprechend der ZE-Richtlinie 11 zusammen, war die Verletzung dieser Richtlinie mit 48,4 % die häufigste Ursache für die Ablehnung der Planungen. Dabei wurde am häufigsten eine fehlerhafte Wurzelkanalbehandlung angegeben, gefolgt von vorhandenen krankhaften Prozessen sowie kariösen Zähnen, dem Belassen von nicht erhaltungswürdigen Zähnen und Wurzelresten und einer nicht abgeschlossenen Parodontitis-Therapie.

Insgesamt lag bei mehr als jedem zweiten Gutachten keine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Planung vor. Ursächlich dafür waren in den meisten Fällen unter anderem eine fehlerhafte Gesamtplanung (24,6 %) und/oder eine falsche Indikationsstellung zur Überkronung (23,0 %).

In knapp jedem fünften Gutachten wurde die Mundhygiene des Patienten kritisiert. Demzufolge wurde die Planung abgelehnt mit dem Vermerk, dass die Mundhygiene verbessert werden muss oder eine Neuplanung entsprechend der vorhandenen Mundhygiene angestrebt werden soll.

Bezüglich der Rangfolge der Ablehnungsgründe gibt es zwischen Zahnarztpraxen mit einer hohen und einer geringen Begutachtungshäufigkeit nur minimale Abweichungen. Jedoch kommt es im Vergleich der prozentualen Anteile bei einigen Ablehnungsgründen zu erheblichen Unterschieden, so dass von einem Einfluss der Zahnarztpraxen mit einer hohen Begutachtungshäufigkeit auf die allgemeinen Ablehnungsgründe ausgegangen werden kann.

Das gehäufte Auftreten einer fehlenden Vorbehandlung sowie von Planungsfehlern als Ablehnungsgrund zeugt von einer mangelnden Kenntnis bzw. ausbleibendem Umsetzen der bekannten ZE-Richtlinien. Dies zeigt sich wiederum in einer höheren Ablehnungsquote.

Eine regelmäßige Begutachtung umfangreicher ZE-Planungen im Vorfeld durch einen qualifizierten Gutachter regt zu einer gleichbleibenden Qualität an, so dass ein Mängel- bzw. Gerichtsgutachten mit einer anschließenden Aufforderung zur Neuanfertigung des ZEs vermieden werden könnte. Außerdem wird zur Verbesserung der Begutachtungsergebnisse eine stetige Reevaluation seitens der KZV empfohlen, um eine gleichbleibende bzw. weiterhin verbesserte Qualität sowohl bei den Begutachtungen als auch den Zahnersatzplanungen zu gewährleisten.

7 Literatur

1. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Geschäftsbericht 2017/2018; 2018 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter:
https://www.vdek.com/ueber_uns/organisation/_jcr_content/par/download/file.res/vdek_satzung_20170718.pdf.
2. Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Satzung vom 18.07.2017 in der Fassung der durch die Mitgliederversammlung am 04.12.2019 beschlossenen 1. Änderung; 2019 [Zitiert am: 01.08.2021]. Verfügbar unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2017_2.pdf.
3. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG); 2006 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter:
<https://dserver.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf>.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenzitiert am Jahresdurchschnitt 2020 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13); 2021 [Zitiert am: 01.08.2021]. Verfügbar unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2020_CPS_bf.pdf.
5. GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZBV). Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) Vertrag über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge gemäß § 82 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V): in der Fassung vom 25.04.2018; 2021 [Zitiert am: 01.08.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.kzbv.de/bmv-z-2021-07-01-web.download.74374f8f92e6642dbcc0ff777d765874.pdf>.

6. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundesverband der Ortskrankenkassen, Knappschaft, Seekrankenkasse, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bundesverband der landw. Krankenkassen. Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) in der Fassung ab 01.04.2017: BMV-Z: KZBV; Primärkassen; 2017 [Zitiert am: 19.04.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.kzbv.de/bmvz-20170401.download.d1d406118a9338cfe7bf21e63d8224e6.pdf>.
7. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKVZ) in der Fassung 01.04.2017: KZBV und Verband der Ersatzkassen; 2017 [Zitiert am: 19.04.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.kzbv.de/ekvz-20170401.download.5abfbb13faf08916fd41cb3b3df77d6b.pdf>.
8. Brauer HU. Checklisten zur Erstellung vertragszahnärztlicher Gutachten: Ein Beitrag zur Qualitätsförderung im Gutachterwesen. ZWR - Das Deutsche Zahnärzteblatt 2011; 120(4):184–8.
9. Berndt A, Seger W. Zahnersatz – Begutachtung der Planung und Durchführung. ZWR - Das Deutsche Zahnärzteblatt 2019; 128(11):646–8. doi: 10.1055/s-0043-120117.
10. GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZVB). Bundesmantelvertrag der Zahnärzte (BMV-Z), Anlage 6: Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2018 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter:
https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Praxis-Service/9_Qualitaet/BMVZ_Anlage_6.pdf?download=1.
11. GKV-Spitzenverband KB(K). Bundesmantelvertrag der Zahnärzte (BMV-Z); Anlage 14a Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Zitiert am 01.07.2021 [Zitiert am: 01.08.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.kzbv.de/bmv-z-20210701-v2-anlage-14a.download.0eafb7f47b6351c26e165e547163ca99.pdf>.

12. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie), in der Fassung vom 8. Dezember 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 4 094) in Kraft getreten am 1. Januar 2005 zuletzt geändert am 18. Februar 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.05.2016 B1) in Kraft getreten am 4. Mai 2016: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA); 2016 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1174/RL-Zahnersatz_2016-02-18_iK-2016-05-04.pdf.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Absatz 4 SGB V (Festzuschuss-Richtlinie) in der Fassung vom 3. November 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 (S. 24 463) in Kraft getreten am 1. Januar 2005 zuletzt geändert am 11. Dezember 2020 veröffentlicht im BAnz AT 22.01.2021 B6 in Kraft getreten am 1. Januar 2021: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) [Zitiert am: 02.05.2021]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2341/FZ-RL_2020-12-11_iK-2021-01-01.pdf.
14. GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Bundesmantelvertrag der Zahnärzte (BMV-Z), Anlage 19 b; 2018 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Recht_u._Vertraege/Gutachter/Formulare/Anlage_19b-19d.pdf.
15. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Vertragszahnärztliches Gutachterwesen: Ein Beitrag zur Qualitätsförderung in der vertragszahnärztlichen Versorgung; 2018 [Zitiert am: 01.08.2021]. Verfügbar unter: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiv7ICazYDyAhXRsaQKHQshBA8QFjAAegQIBRAD&url=https%3A%2F%2Fwww.kzbv.de%2Fkzbv2018-broschuere-gutachterwesen.download.04d1b309dbf21120b745e98882ffbc4.pdf&usg=AOvVaw39cpLW6vOcM5Zi-Ct9OTgv>.

16. Berndt A, Schwarzer CL, Seger W. Qualitätskriterien der (sozial-) medizinischen Begutachtung zahnärztlicher Versorgungsplanungen in der Sozialversicherung. ZWR - Das Deutsche Zahnärzteblatt 2012; 121(5):234–40.
17. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KZV Berlin), Freigang Horst. Ergebnisbeurteilung Planungsbegutachtung vom 30.10.2014; 2014 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter:
https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Praxis-Service/9_Qualitaet/Ergebnisbeurteilung_Planungsbegutachtung.pdf?download=1.
18. Schmedes S. Analyse von Gerichtsverfahren mit zahnärztlich-prothetischem Bezug [Dissertation]. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität; 2014.
19. Münstermann R. Zahnärztliche Behandlung und Begutachtung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage: Thieme; 2009. Verfügbar unter:
<http://dx.doi.org/10.1055/b-002-6255>.
20. Berndt A, Brose D. Grundsätze bei der Planung der prothetisch-rekonstruktiven Therapie. ZWR - Das Deutsche Zahnärzteblatt 2013; 122(4):76–82.
21. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Erhebung von statistischen Eckdaten zum Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Auswertung: Berichtsjahr 2017; 2018 [Zitiert am: 27.03.2021]. Verfügbar unter:
https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Recht_u._Vertraege/Gutachter/Statistische_Eckdaten_2017.pdf.
22. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KZV Berlin). Begleitblatt Qualitätssicherung ZE-Gutachten; 2019 [Zitiert am: 27.01.2020]. Verfügbar unter:
https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Praxis-Service/3_Publikationen/3_Formulare/Begleitblatt_ZE_Gutachten.pdf.
23. Barmer. Satzung vom 1.1.2017 in der Fassung des 15. und 16. Nachtrags; 2021 [Zitiert am: 03.05.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.barmer.de/blob/12014/d481c1612452d248fa46ae248568089b/data/barmer---satzung-der-barmer-19.pdf>.
24. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin, Pentschew A. Anzahl der Abrechnungsnummern zum 31.12.2017 im Bereich der KZV Berlin [E-Mail]. Berlin; 2021.

25. Kornett N. Planungsgutachten im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin 2015 - Eine Studie im Vergleich zu bundesweiten Ergebnissen [Dissertation]. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität; in Vorbereitung.
26. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung in Deutschland, Altersaufbau 2017; 2021 [Zitiert am: 21.08.21]. Verfügbar unter:
<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2017&v=2>.
27. Institut der Deutschen Zahnärzte, Hrsg. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). 1. Aufl. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV; 2016. (Bd. 35) [Zitiert am: 26.07.2021]. Verfügbar unter:
https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Bd_35-Fuenfte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie_DMS_V.pdf.
28. AOK Nordost- Die Gesundheitskasse. Geschäftsbericht 2017; 2018 [Zitiert am: 17.04.2021]. Verfügbar unter:
https://www.aok.de/pk/fileadmin/user_upload/AOK-Nordost/05-Content-PDF/Geschaeftsbericht-2017-AOK-Nordost.pdf.
29. DAK-Gesundheit. Zahlen & Fakten: Der Geschäftsbericht 2017; 2018 [Zitiert am: 17.04.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.dak.de/dak/download/geschaeftsbericht-2017-2126834.pdf>.
30. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin, Noffke G. abgerechnete HKPs 2017 im Bereich der KZV Berlin [E-Mail]. Berlin; 2021.
31. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KZV Berlin). Rundschreiben Nr. 3 vom 26.04.2016; 2016 [Zitiert am: 13.05.2021]. Verfügbar unter:
https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Praxis-Service/3_Publikationen/1_Rundschreiben/2016/rundschreiben_2016_03.pdf.
32. Jacoby ST, Rädels M, Walter MH. Analyse prothetischer Sachverständigengutachten und der verfügbaren Wissensbasis. DZZ - Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 2012; (1):32–9. doi: 10.3238/dzz.2012.0032–0039.
33. Diedrichs G. Gerichtliche Auseinandersetzungen nach prothetischer Behandlung. DZZ - Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 1995; (50):143–6.

34. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KZV Berlin). Zahlen | Daten | Fakten; 2021.000Z [Zitiert am: 13.05.2021]. Verfügbar unter:
<https://www.kzv-berlin.de/aktuelles/zahlen-daten-fakten/>.
35. Brauer HU, Walther W, Dick M. Ergebnisse strukturierter Fokusgruppenarbeit zur Professionalisierung des zahnärztlichen Gutachterwesens in Deutschland. Gesundheitswesen 2018; 80(4):342–5. doi: 10.1055/s-0042-116588.
36. Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin, Seligmann O. Qualitätsverbesserung von Planungsgutachten im Bereich der KZV Berlin [Persönliche Mitteilung]. Berlin; 2021.
37. Oehler K. Der zahnärztliche Sachverständige: Behandlungsfehler in Begutachtung und Rechtsprechung. Dt. Ärzte-Verlag (DAV) 1999.
38. Sigel K. Festsitzender Zahnersatz als Gegenstand von Sachverständigengutachten: eine Untersuchung des Zeitraumes 1970-1994 [Dissertation]. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität; 1998.
39. Kusche C. Misserfolge und Fehlerquellen prothetischer Versorgungen- eine Auswertung von prothetischen Mängelgutachten: KZBV Jahrbuch 2007; 2008.

8 Thesen

1. Diese Untersuchung soll ermitteln, welche Faktoren die Ergebnisse von Planungsgutachten beeinflussen.
2. Es wurden insgesamt 11.271 Planungsgutachten der KZV Berlin für das Jahr 2017 erfasst und nach einheitlichen Kriterien untersucht und statistisch ausgewertet.
3. Für die Patientengruppe zwischen dem 51. und 60. Lebensjahr wurden die meisten Planungsgutachten in Auftrag gegeben.
4. Festsitzend geplanter Zahnersatz wurde seitens der Krankenkassen am häufigsten, herausnehmbarer Zahnersatz am wenigsten begutachtet.
5. Primärkassen hatten eine höhere Begutachtungshäufigkeit, aber eine geringere Befürwortungsquote als Ersatzkassen.
6. Zahnarztpraxen mit einer Begutachtungshäufigkeit von mehr als 32 Gutachten pro Jahr hatten eine geringere Befürwortungsquote als Zahnarztpraxen mit weniger als 33 Gutachten pro Jahr.
7. Zweitgutachten hatten eine höhere Befürwortungsquote als Erstgutachten.
8. Gutachter mit einer hohen Begutachtungshäufigkeit wiesen eine höhere Befürwortungsquote auf als Gutachter mit einer geringen Begutachtungshäufigkeit.
9. Die häufigsten Ablehnungsgründe waren eine nicht bedarfsgerechte und nicht wirtschaftliche Planung, eine nicht richtliniengemäße präprothetische Vorbehandlung (hauptsächlich bedingt durch eine fehlerhafte Wurzelkanalbehandlung), eine fehlerhafte Gesamtplanung und falsche Indikationsstellung zur Überkronung sowie seitens der Patienten eine mangelhafte Mundhygiene.
10. Zur Verbesserung der Begutachtungsergebnisse wird eine stetige Reevaluation seitens der KZV empfohlen, um einen gleichbleibenden Qualitätsstandard sowohl bei den Begutachtungen als auch den Zahnersatzplanungen zu gewährleisten.

A3 – Datentabellen

Tab. 3: Verteilung der Gutachtenanzahl aller Krankenkassen, Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Häufigkeitstabelle)

Krankenkasse	Häufigkeit	Prozent
Actimonda BKK	3	0,0
AOK Baden-Württemberg	2	0,0
AOK Bayern	2	0,0
AOK Bremen	3	0,0
AOK Hessen	1	0,0
AOK Niedersachsen	1	0,0
AOK Nordost	4.371	38,8
AOK Nordwest	8	0,1
AOK Plus Sachsen	6	0,1
AOK Rheinland	17	0,2
Audi BKK	2	0,0
BAHN BKK	70	0,6
Barmer	839	7,4
(Barmer GEK	774	6,9
Deutsche BKK)	65	0,6
BIG	63	0,6
BKK 24	2	0,0
BKK Bosch	10	0,1
BKK firmus	1	0,0
BKK Gildemeister	10	0,1
BKK Mobil Oil	15	0,1
BKK Pfalz	6	0,1
BKK Pro Vita	1	0,0
BKK VBU	95	0,8
BKK Wirtschaft und Finanzen	5	0,0
BKK WMF	1	0,0
Continental BKK	1	0,0
Daimler BKK	5	0,0
DAK	2.200	19,5
Debeka BKK	4	0,0
energie BKK	3	0,0
Hanseatische EK	11	0,1
Heimat BKK	2	0,0
HKK	2	0,0
IKK	802	7,1
KKH	512	4,5
Knappschaft	71	0,6
mhplus BKK	14	0,1
Novitas BKK	117	1,0
Pronova BKK	13	0,1
R+v BKK	1	0,0
Salus BKK	23	0,2
SBK	308	2,7
Schwenninger BKK	7	0,1
Securvita BKK	50	0,4
SKD BKK/OST	1	0,0
TK	1.579	14,0
Viactiv BKK	11	0,1
Gesamt	11.271	100,0
Primärkassen	6.128	54,4
Ersatzkassen	5.143	45,6

Tab. 4: Verteilung der Begutachtungsergebnisse je Krankenkasse; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle)

Krankenkasse		Begutachtungsergebnis		
		nicht befürwortet	teilweise befürwortet	befürwortet
AOK Nordost	n	2.327/ 4.371	796/4.371	1.249/4.371
	%	53,2	18,2	28,6
Bahn BKK	n	31/70	ta17/70	22/70
	%	44,3	24,3	31,4
Barmer *	n	380	144/774	250
	%	49,1	18,6	32,3
Deutsche BKK *	n	31	13/65	21
	%	47,7	20,0	32,3
* beide fusioniert	n	= 411/839	= 157/839	= 271/839
	%	= 49,0	= 18,7	= 32,3
BIG	n	30/63	15/63	18/63
	%	47,6	23,8	28,6
BKK VBU	n	40/95	20/95	35/63
	%	42,1	21,1	36,8
DAK	n	993/2.200	424/2.200	783/2.200
	%	45,1	19,3	35,6
IKK	n	417/802	134/802	251/802
	%	52,0	16,7	31,3
KKH	n	223/512	91/512	198/512
	%	43,6	17,8	38,7
Knappschaft	n	33/71	17/71	21/71
	%	46,5	23,9	29,6
Novitas BKK	n	40/117	13/117	64/117
	%	34,2	11,1	54,7
SBK	n	155/308	52/308	101/308
	%	50,3	16,9	32,8
Securita BKK	n	23/50	10/50	17/50
	%	46,0	20,0	34,0
TK	n	671/1.579	328/1.579	580/1.579
	%	42,5	20,8	36,7
Sonstige Krankenkassen < 50 GA/Jahr	n	99/194	40/194	55/194
	%	51,0	20,6	28,3
Gesamt	n	5.493/ 11.271	2.114/ 11.271	3.664/ 11.271
	%	48,7	18,8	32,5
Primärkassen	n	3.190/ 6.128	1.112/ 6.128	1.826/ 6.128
	%	52,1	18,1	29,8
Ersatzkassen	n	2.303/ 5.143	1.002/ 5.143	1.838/ 5.143
	%	44,8	19,5	35,7

Tab. 5: Verteilung des geplanten Zahnersatzes je Krankenkasse; Mehrfachnennungen möglich; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle)

	Gesamt n %	Festsitzend OK n %	Festsitzend UK n %	Herausnehmbar OK n %	Herausnehmbar UK n %	Kombiniert OK n %	Kombiniert UK n %	Implantat OK n %	Implantat UK n %	Keine Angabe OK n %	Keine Angabe UK n %
AOK Nordost	4.371 100	1.560 35,7	1.179 27,0	79 1,8	67 1,5	586 13,4	608 13,9	163 3,7	187 4,3	1.752 40,1	1.761 40,3
Bahn BKK	70 100	34 48,6	24 34,3	2 2,9	1 1,4	15 21,4	15 21,4	3 4,3	2 2,9	8 11,4	11 15,7
Barmer Deutsche BKK*	774 100	252 32,6	177 22,9	11 1,4	5 0,6	92 11,9	96 12,4	31 4,0	43 5,6	311 40,2	331 42,8
*fusionsiert	65 100	25 38,5	14 21,5	1 1,5	0 0,0	10 15,4	12 18,5	3 4,6	2 3,1	22 33,8	31 47,7
	= 839 100	= 277 33,0	= 191 22,8	= 12 1,4	= 5 0,6	= 102 12,2	= 108 12,9	= 34 4,1	= 45 5,4	= 333 39,7	= 362 43,1
BIG	63 100	22 34,9	10 15,9	0 0,0	0 0,0	8 12,7	4 6,3	1 1,6	1 1,6	30 47,6	33 52,4
BKK VBU	95 100	32 33,7	20 21,1	0 0,0	0 0,0	22 23,2	20 21,1	6 6,3	8 8,4	33 34,7	27 28,4
DAK	2.200 100	807 36,7	506 23,0	98 4,5	75 3,4	429 19,5	440 20,0	57 2,6	46 2,1	601 27,3	629 28,6
IKK	802 100	244 30,4	175 21,8	14 1,4	5 0,6	100 12,5	108 13,5	47 5,9	28 3,5	322 40,1	324 40,4
KKH	512 100	153 29,9	101 19,7	13 2,5	2 0,4	68 13,3	95 18,6	17 3,3	17 3,3	191 37,3	212 41,4
Knappschaft	71 100	24 33,8	12 16,9	0 0,0	1 1,4	5 7,0	6 8,5	2 2,8	1 1,4	37 52,1	30 42,3
Novitas BKK	117 100	50 42,7	29 24,8	1 0,9	0 0,0	17 14,5	27 23,1	7 6,0	5 4,3	25 21,4	29 24,8
SBK	308 100	120 39,0	88 28,6	7 2,3	6 1,9	60 19,5	58 18,8	15 4,9	15 4,9	87 28,2	92 29,9
Securita BKK	50 100	21 42,0	17 34,0	1 2,0	0 0,0	3 6,0	6 12,0	5 10,0	3 6,0	20 40,0	15 30,0
TK	1579 100	659 41,7	368 23,3	13 0,8	6 0,4	163 10,3	181 11,5	70 4,4	57 3,6	532 33,7	576 36,5
Sonstige (< 50 GA)	194 100	73 37,6	50 25,8	1 0,5	3 1,5	27 13,9	28 14,4	15 7,7	14 7,2	68 35,1	62 32,0
Prämär-KK	6.128 100	2.171 35,4	1.602 26,1	105 1,7	83 1,4	842 13,7	877 14,3	263 4,3	263 4,3	2.378 38,8	2.380 38,8
Ersatz-KK	5.143 100	1.902 37,0	1.168 22,7	136 2,6	88 1,7	763 14,8	827 16,1	179 3,5	165 3,2	1.661 32,3	1.783 34,7
Gesamtanteil an ZE	19.636 100	4.073 20,7	2.770 14,1	241 1,2	171 0,9	1.605 8,2	1.704 8,7	442 2,3	428 2,2	4.039 20,6	4.163 21,2
Gesamtanteil der Fälle	11.271 100	4.073 36,2	2.770 24,6	241 2,1	171 1,5	1.605 14,3	1.704 15,2	442 3,9	428 3,8	4.039 35,9	4.163 37,0

Tab. 6: Verteilung der Begutachtungsergebnisse je 50-Plus-Zahnarztpraxen; Angabe in absolutem und prozentualen Anteil (Kreuztabelle)

Zahnarztpraxen		Begutachtungsergebnis			Gesamt
		nicht befürwortet	teilweise befürwortet	befürwortet	
Z1044	n	57	13	13	83
	%	68,7	15,7	15,7	100,0
Z1062	n	74	44	50	168
	%	44,0	26,2	29,8	100,0
Z1087	n	32	9	16	57
	%	56,1	15,8	28,1	100,0
Z1103	n	30	11	14	55
	%	54,5	20,0	25,5	100,0
Z1116	n	86	30	40	156
	%	55,1	19,2	25,6	100,0
Z1180	n	73	46	42	161
	%	45,3	28,6	26,1	100,0
Z210	n	10	9	24	43
	%	23,3	20,9	55,8	100,0
Z2119	n	41	12	4	57
	%	71,9	21,1	7,0	100,0
Z2163	n	14	7	17	38
	%	36,8	18,4	44,7	100,0
Z2266	n	26	4	7	37
	%	70,3	10,8	18,9	100,0
Z2297	n	18	4	14	36
	%	50,0	11,1	38,9	100,0
Z2299	n	39	13	7	59
	%	66,1	22,0	11,9	100,0
Z2347	n	23	12	6	41
	%	56,1	29,3	14,6	100,0
Z2350	n	49	23	37	109
	%	45,0	21,1	33,9	100,0
Z2373	n	17	8	13	38
	%	44,7	21,1	34,2	100,0
Z2378	n	84	31	34	149
	%	56,4	20,8	22,8	100,0
Z2379	n	71	26	13	110
	%	64,5	23,6	11,8	100,0
Z2385	n	17	5	11	33
	%	51,5	15,2	33,3	100,0
Z2394	n	6	4	30	40
	%	15,0	10,0	75,0	100,0
Z2396	n	32	14	20	66
	%	48,5	21,2	30,3	100,0
Z2400	n	18	7	8	33
	%	54,5	21,2	24,2	100,0
Z2404	n	20	7	10	37
	%	54,1	18,9	27,0	100,0
Z2410	n	30	17	57	104
	%	28,8	16,3	54,8	100,0
Z2497	n	46	19	16	81
	%	56,8	23,5	19,8	100,0
Z2530	n	26	9	9	44
	%	59,1	20,5	20,5	100,0
Z2552	n	24	10	7	41
	%	58,5	24,4	17,1	100,0
Z2582	n	42	13	35	90
	%	46,7	14,4	38,9	100,0
Z2677	n	24	6	4	34
	%	70,6	17,6	11,8	100,0
Z2756	n	56	27	36	119
	%	47,1	22,7	30,3	100,0
Z2872	n	38	4	10	52
	%	73,1	7,7	19,2	100,0
Z2873	n	68	18	35	121
	%	56,2	14,9	28,9	100,0
Z2874	n	17	7	13	37
	%	45,9	18,9	35,1	100,0

Z2875	n	27	25	20	72
	%	37,5	34,7	27,8	100,0
Z2876	n	26	10	15	51
	%	51,0	19,6	29,4	100,0
Z2877	n	62	19	9	90
	%	68,9	21,1	10,0	100,0
Z2879	n	21	12	20	53
	%	39,6	22,6	37,7	100,0
Z2886	n	17	7	11	35
	%	48,6	20,0	31,4	100,0
Z2892	n	36	3	3	42
	%	85,7	7,1	7,1	100,0
Z3007	n	13	7	19	39
	%	33,3	17,9	48,7	100,0
Z313	n	23	4	6	33
	%	69,7	12,1	18,2	100,0
Z351	n	24	5	8	37
	%	64,9	13,5	21,6	100,0
Z412	n	43	5	20	68
	%	63,2	7,4	29,4	100,0
Z450	n	20	4	14	38
	%	52,6	10,5	36,8	100,0
Z498	n	26	7	9	42
	%	61,9	16,7	21,4	100,0
Z586	n	23	9	13	45
	%	51,1	20,0	28,9	100,0
Z603	n	35	5	19	59
	%	59,3	8,5	32,2	100,0
Z74	n	20	9	16	45
	%	44,4	20,0	35,6	100,0
Z914	n	28	7	11	46
	%	60,9	15,2	23,9	100,0
Z960	n	22	9	8	39
	%	56,4	23,1	20,5	100,0
Z972	n	38	17	14	69
	%	55,1	24,6	20,3	100,0
Gesamt	n	1.712	633	887	3.232
	%	53,0	19,6	27,4	100,0

Tab. 7: Verteilung der Begutachtungsergebnisse je Gutachter; Angabe in absolutem und prozentualem Anteil (Kreuztabelle)

Gutachter		Begutachtungsergebnis			Gesamt
		nicht befürwortet	teilweise befürwortet	befürwortet	
G01	n	1	3	1	5
	%	20,0	60,0	20,0	100,0
G02	n	328	122	295	745
	%	44,0	16,4	39,6	100,0
G03	n	121	13	115	249
	%	48,6	5,2	46,2	100,0
G04	n	92	38	74	204
	%	45,1	18,6	36,3	100,0
G05	n	164	27	16	207
	%	79,2	13,0	7,7	100,0
G06	n	181	25	39	245
	%	73,9	10,2	15,9	100,0
G07	n	173	82	78	333
	%	52,0	24,6	23,4	100,0
G08	n	13	19	26	58
	%	22,4	32,8	44,8	100,0
G09	n	147	102	127	376
	%	39,1	27,1	33,8	100,0
G11	n	95	40	66	201
	%	47,3	19,9	32,8	100,0
G13	n	17	6	23	46
	%	37,0	13,0	50,0	100,0
G14	n	178	101	141	420
	%	42,4	24,0	33,6	100,0
G15	n	59	44	188	291
	%	20,3	15,1	64,6	100,0
G16	n	12	6	12	30
	%	40,0	20,0	40,0	100,0
G17	n	41	7	18	66
	%	62,1	10,6	27,3	100,0
G18	n	85	12	73	170
	%	50,0	7,1	42,9	100,0
G19	n	146	82	85	313
	%	46,6	26,2	27,2	100,0
G20	n	73	30	28	131
	%	55,7	22,9	21,4	100,0
G21	n	40	11	23	74
	%	54,1	14,9	31,1	100,0
G22	n	99	28	32	159
	%	62,3	17,6	20,1	100,0
G23	n	141	31	37	209
	%	67,5	14,8	17,7	100,0
G24	n	71	54	79	204
	%	34,8	26,5	38,7	100,0
G25	n	47	110	95	252
	%	18,7	43,7	37,7	100,0
G26	n	97	52	57	206
	%	47,1	25,2	27,7	100,0
G27	n	253	154	182	589
	%	43,0	26,1	30,9	100,0
G28	n	38	19	66	123
	%	30,9	15,4	53,7	100,0
G30	n	219	22	67	308
	%	71,1	7,1	21,8	100,0
G32	n	95	18	191	304
	%	31,3	5,9	62,8	100,0
G34	n	105	44	25	174
	%	60,3	25,3	14,4	100,0
G35	n	342	143	243	728
	%	47,0	19,6	33,4	100,0
G36	n	118	105	120	343
	%	34,4	30,6	35,0	100,0
G37	n	121	20	112	253
	%	47,8	7,9	44,3	100,0

G38	n	119	81	119	319
	%	37,3	25,4	37,3	100,0
G39	n	167	56	97	320
	%	52,2	17,5	30,3	100,0
G42	n	573	169	214	956
	%	59,9	17,7	22,4	100,0
G43	n	32	6	3	41
	%	78,0	14,6	7,3	100,0
G44	n	63	34	30	127
	%	49,6	26,8	23,6	100,0
G45	n	42	9	19	70
	%	60,0	12,9	27,1	100,0
G46	n	62	12	14	88
	%	70,5	13,6	15,9	100,0
G47	n	377	125	340	842
	%	44,8	14,8	40,4	100,0
G48	n	42	2	11	55
	%	76,4	3,6	20,0	100,0
G49	n	48	16	17	81
	%	59,3	19,8	21,0	100,0
G50	n	2	0	0	2
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
G51	n	108	7	22	137
	%	78,8	5,1	16,1	100,0
G52	n	37	2	8	47
	%	78,7	4,3	17,0	100,0
G53	n	109	25	36	170
	%	64,1	14,7	21,2	100,0
Gesamt	n	5.493	2.114	3.664	11.271
	%	48,7	18,8	32,5	100,0

Tab. 8: Verteilung der Ablehnungsgründe, vergleichend für die Gesamtheit aller begutachteter Zahnarztpraxen, Zahnarztpraxen >32 GA/Jahr, Zahnarztpraxen < 33 GA/Jahr; Angabe in absolutem und prozentuellem Anteil

Ablehnungsgründe		Gesamt (n = 1.669)	Zahnarztpraxen > 32 GA/Jahr (n = 50)	Zahnarztpraxen < 33 GA/Jahr (n = 1.619)
Keine Planung im Sinne einer bedarfsgerechten & wirtschaftlichen Versorgung	n %	4.326/7.607 57,0	1.358/2.345 57,9	2.968/5.262 56,4
Kein Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen	n %	773/7.607 10,2	222/2.345 9,5	551/5.262 10,5
Funktionsfähigkeit wiederherstellen möglich	n %	166/7.607 2,2	51/2.345 2,2	115/5.262 2,2
Mangelnde Mitwirkung & Mundhygiene der Patienten	n %	1.385/7.607 18,3	495/2.345 21,1	890/5.262 16,9
Fehlendes Gesamtplanungsgebot	n %	1.865/7.607 24,6	540/2.345 23,0	1.325/5.262 25,2
Kariös, fragliche Erhaltungswürdigkeit, reaktionslos	n %	1.421/7.607 18,7	496/2.345 21,2	925/5.262 17,6
Keine Wurzelkanalbehandlung (WKB) nach Richtlinien erfolgt	n %	2.247/7.607 29,5	884/2.345 37,7	1.363/5.262 25,9
Vitalitätsprüfung (ViPr) an zu überkronenden Zähnen	n %	503/7.607 6,6	161/2.345 6,9	342/5.262 6,5
Krankhafte Prozesse, Ausheilung abwarten	n %	1.826/7.607 24,1	703/2.345 30,0	1.123/5.262 21,3
PAR-Therapie nicht abgeschlossen	n %	1.374/7.607 18,1	445/2.345 19,0	929/5.292 17,7
Röntgen nötig, da Verdachtsdiagnose (Vd.) pathologischer Prozess	n %	1.018/7.607 13,4	416/2.345 17,7	602/5.262 11,4
Nicht erhaltungswürdig, Wurzelrest entfernen	n %	1.832/7.607 24,1	645/2.345 27,5	1.187/5.262 22,6
Retinierte, impaktierte Zähne in räumlicher Nähe entfernen	n %	162/7.607 2,1	70/2.345 3,0	92/5.262 1,7
Fehlende Osseointegration des Implantats	n %	310/7.607 4,1	124/2.345 5,3	186/5.262 3,5
Endgültige Versorgung anstreben	n %	6/7.607 0,1	3/2.345 0,1	3/5.262 0,1
Interimsversorgung anstreben	n %	248/7.607 3,3	76/2.345 2,4	172/5.262 3,3
Überkronungsindikation nicht erfüllt	n %	1.746/7.607 23,0	601/2.345 25,6	1.145/5.262 21,8
Keine Indikation, da kein Antagonist bzw. keine Verankerung vorhanden	n %	109/7.607 1,4	23/2.345 1,0	86/5.262 1,6
Einschränkung Freilandbrücke	n %	43/7.607 0,6	13/2.345 0,6	30/5.262 0,6
Keine Brücke wegen ungenügender parodontaler Belastbarkeit	n %	213/7.607 2,8	74/2.345 3,2	139/5.262 2,6
Keine Metallbasis nötig bei Total-/Deckprothese	n %	15/7.607 0,2	6/2.345 0,3	9/5.262 0,2
Weitere Gründe	n %	510/7.607 6,7	115/2.345 4,9	395/5.262 7,5

Tab. 9: Verteilung der Krankenkassen nach Anzahl der erstellten Gutachten, vergleichend für 2015 (25) und 2017; Angabe in absolutem und prozentuellem Anteil

Krankenkasse		2015	2017
AOK Nordost	n	3.599	4.371
	%	49,8	38,8
Bahn BKK	n	93	70
	%	1,3	0,6
Barmer *	n	438	774
	%	6,1	6,9
Deutsche BKK *	n	132	65
	%	1,8	0,6
* beide fusioniert	n	= 570	= 839
	%	= 7,9	7,5
BIG	n	76	63
	%	1,1	0,6
BKK VBU	n	79	95
	%	1,1	0,8
DAK	n	264	2.200
	%	3,7	19,5
IKK	n	542	802
	%	7,5	7,1
KKH	n	465	512
	%	6,4	4,5
Knappschaft	n	70	71
	%	1,0	0,6
Novitas BKK	n	94	117
	%	1,3	1,0
SBK	n	189	308
	%	2,6	2,7
Securvita BKK	n	70	50
	%	1,0	0,4
TK	n	1.005	1.579
	%	13,9	14,0
Sonstige Krankenkassen (< 50 GA/Jahr)	n	111	194
	%	1,4	1,7
Gesamt	n	7.227	11.271
	%	100	100

A4 - Bestätigung der KZV Berlin bezüglich der Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten



KZV Berlin ■ Georg-Wilhelm-Str. 16 ■ 10711 Berlin

85158 prv

Unser Zeichen
Sel/
Ansprechpartner
Herr Dr. Seligmann
Telefon
030 89004-280
Telefax
030 89004-46406
E-Mail
dr.seligmann@kzv-berlin.de

**Wissenschaftliche Auswertung von Gutachten in der KZV Berlin
Datenschutz**

Berlin, 24.07.2021

Sehr geehrte Frau Kollegin Möllendorf,

auf Ihren Wunsch bestätigen wir gern, dass Sie in unserem Hause Akteneinsicht in die notwendigen Daten für Ihr Promotionsvorhaben erhielten und dabei keine personenrelevanten Patientendaten, mit Ausnahme des Geburtsjahrs zur Bestimmung einer Altersverteilung, erfasst wurden.

Darüber hinaus wurden Sie entsprechend der in unserem Haus bestehenden Datenschutzregelungen verpflichtet.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Seligmann', is written over a light blue horizontal line.

Dr. Oliver Seligmann
Referent des Vorstands
Gutachterwesen /Schlichtung

Erklärungen

(1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

(2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

(3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Julia Möllendorf

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt Univ.- Prof. Dr. med. dent. habil. Jürgen M. Setz für die Überlassung des Themas und die stets freundliche und geduldige Begleitung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Ich danke der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin für die Möglichkeit die Planungsgutachten retrospektiv auszuwerten. Insbesondere gilt mein Dank Frau Geraldine Noffke und den Mitarbeiterinnen des Teams Schlichtung / Gutachterwesen / Differenzen für die schnelle Beantwortung von Nachfragen sowie der hilfsbereiten und freundlichen Betreuung während der Datenerfassung.

Weiterhin danke ich Dr. Oliver Seligmann für die fachliche und konstante Unterstützung während aller Phasen der Dissertation.

Außerdem danke ich meiner Kollegin Nadja Kornett- durch dich waren die langen Stunden der Datenerfassung deutlich kurzweiliger. Die Zusammenarbeit mit dir hat mich immer wieder motiviert und unsere Diskussionen haben zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Darüber hinaus bedanke ich mich besonders und von ganzem Herzen bei meiner Familie, vor allem meinen Eltern, sowie meinen Freunden für die Hilfe, die Geduld und den fortwährenden Antrieb. Ohne euch wäre es mir nie gelungen, meine Dissertation in dieser Form abzuschließen.