

Wir konnten unsere Vorstellungen durchsetzen

Dr. Rüdiger Schott über die Gründung der LAG Bayern

Am 2. August 2017 unterzeichneten die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, die Bayerische Krankenhausgesellschaft sowie die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen den Gründungsvertrag für die „Landesarbeitsgemeinschaft Bayern“ (LAG Bayern). Das höchste Selbstverwaltungsorgan im deutschen Gesundheitswesen, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), hatte entschieden, dass in allen Bundesländern derartige Gremien einzurichten sind. Dr. Rüdiger Schott, der als stellvertretender Vorsitzender des KZVB-Vorstands die fast sechsjährigen Verhandlungen zum Abschluss geführt hat, bewertet im BZB-Interview die Ergebnisse.

BZB: Was war Ihr Ziel bei den Verhandlungen?

Schott: Der amtierende Vorstand hat diese Angelegenheit geerbt. Es wurde ja bereits seit Jahren verhandelt. Der Druck auf die Vertragspartner wurde seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einer Fristsetzung und der Androhung einer Ersatzvornahme erhöht. Das Ziel des amtierenden Vorstands war es, so schlanke Strukturen wie möglich zu schaffen, um die Praxisinhaber nicht mit unzumutbarer zusätzlicher Bürokratie und zusätzlichen Kosten zu belasten. Wir wollten ferner ein hohes Mitspracherecht in diesem großen sektorenübergreifenden Gremium erhalten. Ich denke, dieses Ziel wird mit dem Vertragsabschluss im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben gewährleistet. Deshalb haben wir den Vertrag auch unterzeichnet, nachdem unsere Mitarbeiter in einem wahren Verhandlungsmarathon mit den anderen Vertragspartnern unsere Vorstellungen in den Vertragstext einbringen konnten.

BZB: Wer gehört der neuen LAG Bayern an und welche Aufgaben hat sie?

Schott: Nach der sogenannten Qesü-Richtlinie des G-BA zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung waren die Vertragspartner auf Landesebene gehalten, bis zum September 2017 eine Landesarbeitsgemeinschaft Bayern zu gründen. Die Vertragspartner in Bay-



Foto: KZVB

„Wir sind in der LAG Bayern auf Augenhöhe mit den Krankenkassen“, betont der stellvertretende KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott.

ern sind neben den Krankenkassen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) und natürlich für den zahnärztlichen Sektor die KZVB. Diese Vertragspartner gehören auch als stimmberechtigte Mitglieder der LAG Bayern an. Die Krankenkassen haben sechs stimmberechtigte Vertreter. Die sogenannten Leistungserbringer, also KVB, BKG und KZVB, entsenden jeweils zwei stimmberechtigte Vertreter. Wir sind also auf Augenhöhe mit der stationären und der ambulanten ärztlichen Versorgung, was den Stimmenanteil betrifft. Hinzu kommt noch eine Vielzahl von Beteiligten wie Patientenvertreter, Kammern und Vertreter anderer Heilberufe. Aufgabe der LAG Bayern ist es, die sich im Aufbau befindliche gesetzlich veranlasste Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durchzuführen.

BZB: Wo wird diese Organisation ihren Sitz haben?

Schott: Die Vertragspartner waren sich einig, dass man auf vorhandene Strukturen aufbauen sollte, um nicht unnötige zusätzliche Kosten zu veranlassen. Die LAG Bayern wird ihren Sitz in einer bereits vorhandenen Institution der stationären

Qualitätssicherung, der sogenannten BAQ (Baye-rische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung), in der Nähe des Münchner Viktualienmarkts haben. Hinsichtlich des Personals baut man auf ein Drei-Säulen-Modell. Die Leistungserbringerorganisationen (KVB, KZVB, BKG) können je nach Bedarf Mitarbeiter dorthin entsenden. Die KZVB wird hiervon wohl nur am Rande betroffen sein, da der Schwerpunkt der Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären und ambulanten ärztlichen Sektor liegen wird. Man hat hierfür bislang nur eine Mitarbeiterin eingeplant, die auf absehbare Zeit nur wenige Tage im Jahr dort tätig sein wird. Ganz wichtig ist: Die Kosten der Geschäftsstelle einschließlich des entsandten Personals haben alleine die Krankenkassen zu tragen.

BZB: *Wie groß ist der Einfluss der KZVB im Vergleich zu den anderen Partnern?*

Schott: Wie bereits erwähnt haben wir unsere Vorstellungen weitestgehend durchsetzen können. Die LAG Bayern ist ja von der Struktur her ein Spiegelbild des G-BA in Berlin. Was dort das Plenum ist, ist bei der LAG Bayern das Lenkungsgremium. Im G-BA haben die Zahnärzte nur eine Stimme, die Ärzte und die Vertreter der Krankenhäuser jedoch jeweils zwei. In Bayern stehen wir diesbezüglich also besser da. Wir haben genauso viele Stimmen wie die KVB und die BKG.

BZB: *In der Zahnmedizin gibt es bereits eine Fülle an Instrumenten zur Qualitätssicherung. Warum braucht es da noch ein weiteres Gremium?*

Schott: Dies haben wir immer wieder versucht deutlich zu machen. Leider spielt hier die Musik in Berlin und nicht in Bayern. Der Gesetzgeber und auch die Bundesgremien haben eigentlich vorwiegend die stationäre Versorgung im Blick. Es mag sein, dass es dort tatsächlich Defizite gibt, die man in der Zahnheilkunde gar nicht kennt.

Ich nenne hier nur das Beispiel nosokomiale Infektionen. Letztlich besteht ein Trend, nun alles sektorenübergreifend zu regeln. Wir sind also mit betroffen, obwohl wir gar nicht im Fokus stehen. Die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung in Bayern braucht keinen nationalen oder internationalen Vergleich zu scheuen. Sie ist hervorragend. Wir haben auch einzigartige Qualitätssicherungsinstrumente. Ich nenne hier exemplarisch nur das vertragliche Gutachterwesen. Anstatt unser Verfahren auf andere Leistungsbereiche zu übertragen, bekommen wir nun neue Instrumente aus anderen Sektoren übergestülpt.

BZB: *Sehen Sie die Gefahr, dass es eines Tages Honorarabzüge für vermeintlich schlechte Qualität geben könnte?*

Schott: Das kann ich nicht gänzlich ausschließen. Einige Gesundheitspolitiker und Kassenvertreter wünschen sich ein „Pay for Performance“ (P4P). Aktuell ist dies Gott sei Dank noch kein Thema in der Zahnheilkunde. Aber im stationären Bereich wird das bereits erprobt. Dort müssen bis 2019 Qualitätsindikatoren definiert werden, um für gute Qualität Vergütungszuschläge und für schlechte Qualität Vergütungsabschläge erheben zu können. Man will auf das Behandlungsergebnis abstellen und dann ein Bonus-Malus-System anwenden. Da bin ich persönlich ja mal gespannt, ob dies gelingt. Denn der Arzt schuldet ja keinen Behandlungserfolg in dem Sinn, dass der Patient geheilt wird, sondern eine fachgerechte Behandlung. Wenn ich dies an einem Beispiel illustrieren darf: Bei einer endodontischen Behandlung kann es trotz fachgerechter Behandlung zu einem Misserfolg kommen, weil es sich um einen Erhaltungsversuch handelt und möglicherweise die Physiologie, Anatomie oder andere Umstände einen Behandlungserfolg im konkreten Fall nicht zulassen. Es wäre doch absurd, aus der Extraktionsrate nach einer endodontischen Behandlung



Die Gründungsmitglieder der „Landesarbeitsgemeinschaft Bayern“

Rückschlüsse auf die fachgerechte Behandlung zu ziehen. Wenn dies auch noch mit Vergütungsabzügen verbunden wäre, würde der Zahnarzt bei einer schlechten Prognose keine Endo mehr durchführen oder den Patienten an einen anderen Behandler weiterreichen. Letztlich hätte der Behandler mit den gesündesten Patienten immer die höchsten Erfolgsquoten und damit die höchsten Vergütungszuschläge. Ein solches System kann nicht funktionieren und wäre auch für die Patienten von Nachteil.

BZB: *Wie wird sichergestellt, dass die Qualitätsorientierung nicht zu einer Selektion von Risikopatienten führt? Krankenhäuser haben doch kein Interesse an unheilbaren Patienten...*

Schott: Jeder Anreiz führt zu Verhaltensänderungen und zu Ausweichstrategien. Mittlerweile unterliegen ja fast alle Lebensbereiche einer Qualitätsbewertung und einem Ranking. Einer der Hauptparameter bei der Beurteilung der Qualität eines Hochschullehrers ist die Anzahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Was passiert? Was früher in einem Aufsatz stand, steht nunmehr in drei Aufsätzen. Ob dadurch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zwingend zunehmen, vermag ich an dieser Stelle nicht zu beantworten. Auf jeden Fall verbessert sich das Ranking des Lehrstuhlinhabers. Dies erklärt auch die aktuelle Veröffentlichungsflut. Wenn die Vergütung tatsächlich von der Erfolgsrate abhängen würde, könnte dies zu ethisch unvertretbaren Folgen führen. Stellen Sie sich diesen Ansatz in der Onkologie vor. Krankenhäuser, die sich mit schwierigsten Fällen befassen, laufen Gefahr, dass ihre Vergütung reduziert wird. Ein „Pay for Performance“ führt aus meiner Sicht automatisch zu einer Risikoselektion und wäre der größte Feind der Qualität und der Patienten.

BZB: *Welche neuen Qualitätskriterien sind in der Zahnmedizin geplant? Die Haltbarkeit einer Füllung hängt ja stärker von der Mundhygiene des Patienten ab als vom Können des Zahnarztes.*

Schott: Es gibt Ergebnisindikatoren, Prozessindikatoren, Strukturindikatoren und Patientenzufriedenheitsindikatoren. Auch mit noch so vielen ausgeklügelten und berechneten Indikatoren kann man Qualität meines Erachtens nicht adäquat erfassen. Man kann jedoch sehr leicht fragwürdige Anreize schaffen. „You always get what you pay for.“ Um es noch einmal zu verdeutlichen: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

sind wichtig und werden auch ohne gesetzlichen Zwang von der bayerischen Zahnärzteschaft gelebt. Anders wäre die internationale Spitzenstellung der bayerischen Vertragszahnheilkunde nicht zu erklären. Wir wehren uns aber gegen ein qualitätsorientiertes Vergütungssystem. Wir behandeln Menschen und keine Maschinen. Der Zahnarzt schuldet eine fachgerechte Behandlung. Eine Unterschreitung dieses Standards, die im Zweifel ein Gutachter feststellt, führt zu Recht zu Konsequenzen. Es kann aber nicht sein, dass man wie bei einem Werkvertrag zwingend einen Behandlungserfolg einfordert. Die Leidtragenden wären schwer kranke Patienten, die dann womöglich keinen Behandler mehr finden würden. Das wäre unethisch und mit den Grundsätzen eines Heilberufs nicht vereinbar.

BZB: *Vielen Dank für das Gespräch!*

Das Interview führte Leo Hofmeier.

Anzeige

DZR Blaue Ecke

Zahlen / Daten / Fakten

Die chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) (GOZ **3310**) wird im bayerischen Durchschnitt mit dem **2,5**-fachen Steigerungsfaktor berechnet. Um das GKV-Niveau zu erreichen müsste jedoch mit dem **3,9**-fachen Faktor abgerechnet werden.

Der Verschluss einer Perforation bei weit offenem Apex oder bei via falsa ist weder in der GOZ noch in der GOÄ enthalten und muss daher als Analogleistung im Sinne des § 6, Abs. 1 GOZ berechnet werden. Die Leistung wird im bayerischen Durchschnitt mit einem Betrag in Höhe von **93,50** Euro honoriert.

Quelle: BenchmarkPro Professional, 2017

Haben wir Ihr Interesse geweckt, wie Sie durch die Abrechnung mit der ABZ-ZR Ihre Abrechnung analysieren und so Ihren Praxiserfolg steigern können?



Weitere Informationen erhalten Sie unter
www.abz-zr.de oder Telefon 08142 6520-888