GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und -förderung der indikationsgerechten Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines bleibenden therapiebedürftigen Zahns gemäß § 135b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Erstfassung

(Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung Überkappung/QBÜ-RL-Z)

in der Fassung vom 18. April 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.07.2019 Veröffentlichungsnummer (B3)
in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2019

Inhalt

§ 1 Gegenstand und Ziel der Richtlinie 3

§ 2 Auswahl der Stichproben 3

§ 3 Grundlage für die Qualitätsbeurteilung 4

§ 4 Beurteilungskriterium 4

§ 5 Einzelbewertung 4

§ 6 Gesamtbewertung 4

§ 7 Pseudonymisierungspflicht 5

§ 8 Sonderregelungen 5

§ 1 Gegenstand und Ziel der Richtlinie

(1) [1]Diese Richtlinie regelt in Ergänzung zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung (QP-RL-Z) nach § 135b Absatz 2 SGB V, die Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfung bestimmt, die Inhalte der Qualitätsprüfung. [2]Gemäß § 1 Absatz 4 Satz 1 QP-RL-Z legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in dieser Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie (QBÜ-RL-Z) die Kriterien und Bewertungsschemata für Einzel- und Gesamtbewertungen fest und gestaltet die Vorgaben der QP-RL-Z bezogen auf das Prüfthema „indikationsgerechte Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahns“ konkret aus.

(2) [1]Die Richtlinie enthält gemäß § 1 Absatz 4 Satz 1 QP-RL-Z die Kriterien und das Bewertungsschema zur Qualitätsbeurteilung der Indikationsstellungen zur indirekten oder direkten Überkappung. [2]Sie dient den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) als Grundlage zur Prüfung und Förderung der Qualität der Indikationsstellungen von Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa (Überkappungsmaßnahmen) und zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahns im Einzelfall durch Stichproben.

(3) Die Durchführung der Qualitätsprüfungen obliegt der KZV.

(4) Das Nähere zur organisatorischen Umsetzung dieser Richtlinie regelt die KZBV bundeseinheitlich und vergleichbar in der Qualitätsförderungsrichtlinie der KZBV (KZBV-QF-RL), soweit nicht der G-BA in seinen Richtlinien nach § 135b Absatz 2 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 SGB V Regelungen getroffen hat.

§ 2 Auswahl der Stichproben

(1) [1]Die Auswahl der Stichproben hinsichtlich der zu überprüfenden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der pro Zahnärztin und Zahnarzt zu ziehenden Behandlungsfälle obliegt den KZVen nach Maßgabe der Vorgaben in § 3 QP-RL-Z. [2]Ein Behandlungsfall im Sinne von Satz 1 wird durch abgerechnete Leistungsketten im Sinne des Satzes 3 definiert. [3]In die Stichprobenziehung werden die Einrichtungen gemäß § 1 Absatz 3 QP-RL-Z (nachfolgend "Praxen") einbezogen, die innerhalb eines Abrechnungsjahres bei mindestens zehn Patientinnen oder Patienten eine Indikatorleistung in Verbindung mit mindestens einer Folgeleistung nach den folgenden Gebührennummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) in der Fassung vom 4. Juni und 5. November 2003, zuletzt geändert durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen vom 15. Juni 2018 am selben bleibenden Zahn abgerechnet haben:

1. Indikatorleistung

a) Nr. 25 (Abkürzung Cp, Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa) bzw.

b) Nr. 26 (Abkürzung P, Direkte Überkappung)

2. in Verbindung mit mindestens einer der nachstehenden Folgeleistungen:

a) Nr. 28 (Abkürzung VitE, Exstirpation der vitalen Pulpa) oder

b) Nr. 31 (Abkürzung Trep1, Trepanation eines pulpatoten Zahns) oder

c) Nr. 32 (Abkürzung WK, Aufbereiten des Wurzelkanalsystems) oder

d) Nr. 34 (Abkürzung Med, Medikamentöse Einlage) oder

e) Nr. 35 (Abkürzung WF, Wurzelkanalfüllung) oder

f) Nr. 43 (Abkürzung X1, Entfernen eines einwurzeligen Zahns einschließlich Wundversorgung) oder

g) Nr. 44 (Abkürzung X2, Entfernen eines mehrwurzeligen Zahns einschließlich Wundversorgung) oder

h) Nr. 45 (Abkürzung X3, Entfernen eines tieffrakturierten Zahns einschließlich Wundversorgung).

(2) Es werden jährlich nach dem Zufallsprinzip per Stichprobe drei Prozent aller gemäß Absatz 1 betroffenen Praxen ausgewählt.

(3) [1]Bei den ausgewählten Praxen werden jeweils zehn Behandlungsfälle gemäß Absatz 1 per Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. [2]Sofern die Praxis mehrere Folgeleistungen je Behandlungsfall erbracht hat, wird in die Grundgesamtheit der Behandlungsfälle, aus der die Stichprobe gezogen wird, nur die Indikatorleistung in Verbindung mit der ersten Folgeleistung einbezogen.

§ 3 Grundlage für die Qualitätsbeurteilung

Die schriftliche und gegebenenfalls die bildliche Dokumentation i.S.d. § 4 Absatz 1 Satz 2 QP-RL-Z zu den gemäß § 2 ausgewählten Behandlungsfällen dient dem Qualitätsgremium nach § 2 QP-RL-Z als Grundlage für die Beurteilung der Stichproben.

§ 4 Beurteilungskriterium

[1]Einziges Kriterium der Qualitätsbeurteilung nach dieser Richtlinie ist die korrekte Indikationsstellung zur indirekten oder direkten Überkappung (Cp/P). [2]Das Qualitätsziel ist die indikationsgerechte Erbringung der Cp/P zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines bleibenden therapiebedürftigen Zahns.

§ 5 Einzelbewertung

(1) Ob eine korrekte Indikationsstellung stattgefunden hat, wird anhand von Prüfkriterien festgestellt. Diese Kriterien sind in Form von Prüffragen im Prüfkatalog (Anlage 1) festgelegt.

(2) Auf Grundlage des für jeden Einzelfall vom Qualitätsgremium ausgefüllten Prüfkatalogs (Anlage 1) bewertet das Qualitätsgremium unter Heranziehung des Bewertungsschemas (Anlage 2) den Einzelfall.

(3) Die Bewertung jedes einzelnen Behandlungsfalles nach Anlage 2 wird gemäß § 5 Absatz 2 QP-RL-Z in drei Stufen eingeteilt:

a keine Auffälligkeiten/Mängel – Qualitätskriterien erfüllt

b geringe Auffälligkeiten/Mängel – Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllt

c erhebliche Auffälligkeiten/Mängel – Qualitätskriterien nicht erfüllt

§ 6 Gesamtbewertung

(1) Das Bewertungsschema für die Gesamtbewertung (Anlage 3) legt fest, wie die Gesamtbewertung der jeweiligen Praxis aus den Einzelbewertungen der geprüften Behandlungsdokumentationen zu ermitteln ist und mit welcher Gewichtung die unterschiedlichen Stufen gemäß Anlage 2 in die Gesamtbewertung eingehen.

(2) Die Gesamtbewertung nach Anlage 3 erfolgt gemäß § 5 Absatz 2 QP-RL-Z ebenfalls in drei Stufen:

A keine Auffälligkeiten/Mängel – Qualitätskriterien erfüllt

B geringe Auffälligkeiten/Mängel – Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllt

C erhebliche Auffälligkeiten/Mängel – Qualitätskriterien nicht erfüllt

§ 7 Pseudonymisierungspflicht

(1) [1]Praxen pseudonymisieren die gemäß § 3 dieser Richtlinie in Verbindung mit § 4 Absatz 1 QP-RL-Z zur Überprüfung angeforderten zahnärztlichen Behandlungsdokumentationen gemäß § 299 Absatz 2 Satz 1 SGB V, sofern nicht die Pseudonymisierung nach § 299 Absatz 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Absatz 4 dieser Richtlinie durch die gesonderte Stelle bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt. [2]Pseudonymisiert werden alle in der zahnärztlichen Behandlungsdokumentation enthaltenen personenbezogenen Daten der Versicherten. [3]Soweit in der Behandlungsdokumentation erfasst, betrifft dies insbesondere folgende Daten: Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kontaktdaten. [4]Die Einzeldokumente einer zahnärztlichen Behandlungsdokumentation können verschiedenen Dokumententypen im Sinne der Anlage 4 Teil 2 zugeordnet werden, die unterschiedliche Pseudonymisierungsverfahren zur Folge haben können.

(2) Die personenbezogenen Daten der Versicherten werden durch die Praxis nach Maßgabe der Anlage 4 Teil 2 unkenntlich gemacht. Anschließend bringt die Praxis auf jedem Dokument einen Dokumentencode an, der nach Maßgabe der Anlage 4 Teil 3 zu erzeugen ist. [4] Die Zuordnung der Patientinnen oder Patienten zu dem für die Pseudonymisierung verwendeten Dokumentencode ist von der Praxis in einer Zuordnungsliste zu dokumentieren. Diese ist mindestens bis zum bestandskräftigen Abschluss des Qualitätsprüfungsverfahrens nach dieser Richtlinie und für die Zuordnung der Originaldokumente zur jeweiligen Patientenakte aufzubewahren.

(3) [1]Wenn die Pseudonymisierung einen unverhältnismäßigen Aufwand für die Praxis zur Folge hat, kann das Verfahren der Pseudonymisierung gemäß § 299 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf eine gesonderte Stelle bei den KZVen übertragen werden. [2]Die Kriterien zur Bestimmung, wann der Aufwand der Pseudonymisierung für die Praxis unverhältnismäßig ist, werden in Anlage 4 Teil 1 Nummer 2 festgelegt.

(4) Die KZVen haben sicherzustellen, dass keine Depseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten in den eingereichten zahnärztlichen Behandlungsdokumentationen erfolgt.

§ 8 Sonderregelungen

Abweichend von § 5 Absatz 7 QP-RL-Z ist bei bestandskräftiger Feststellung erheblicher Auffälligkeiten/Mängel eine problembezogene Wiederholungsprüfung innerhalb von 24 Monaten anzusetzen.

Anlage 1: Prüfkatalog

Anlage 2: Bewertungsschema für den Einzelfall

Anlage 3: Bewertungsschema für die Gesamtbewertung

Anlage 4 Pseudonymisierungsverfahren

Anlage 1 der QBÜ-RL-Z

_____

Stellen 1-4 des Dokumentencodes der Behandlungsdokumentation

Prüfkatalog

zur Qualitätsbeurteilung und -förderung der indikationsgerechten Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines bleibenden therapiebedürftigen Zahns

Der Prüfkatalog dient dem Qualitätsgremium an Hand der nachfolgend aufgeführten Punkte, den Einzelfall zu bewerten und die Ergebnisse zu dokumentieren:

1. Art und Umfang der Dokumentation der Praxis
2. Anamnese
3. Aussagen zur Sensibilität
4. Bewertung evtl. bildlicher Dokumentation
5. Indikation der Cp/P sowie Erhaltungswürdigkeit und –fähigkeit des Zahns
6. Mögliche Kontraindikation der Indikatorleistung
7. Nachkontrolle der Indikatorleistung

1. Zu Grunde liegende Dokumentation der Praxis

Welche Art der Dokumentation zur Behandlung liegt vor, die als Grundlage für die nachfolgende Beurteilung dient?

a. □ Dokumentation der Abrechnungsdaten
b. □ Weitergehende Dokumentation

Daraus ergibt sich der Sachverhalt, der der Beurteilung im Folgenden zu Grunde liegt:

- Welche Indikatorleistung (siehe § 2 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 QBÜ-RL-Z) wurde erbracht und wann?

  _____

  _____

- Welche erste Folgeleistung (siehe § 2 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 QBÜ-RL-Z) wurde erbracht und wann?

  _____

  _____

- Wie ist das Zeitintervall zwischen Indikator- und erster Folgeleistung?

_____
_____

- Ist die Behandlungsstrecke /der zeitliche Zusammenhang zwischen Indikator- und erster Folgeleistung plausibel?

  _____
  _____

- Weitere relevante Aussagen anhand der schriftlichen Dokumentation:

  _____
  _____

2. Anamnese

Was war der Anlass für die Behandlung des Zahns mit der Cp/P?

a. □ Primär Schmerzen

   _____
   _____

b. □ Andere Gründe

   _____
   _____

c. □ Aus der Dokumentation nicht ersichtlich

   _____
   _____

3. Aussagen zur Sensibilität

Ist ersichtlich, ob im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Erbringung der Cp/P und/oder vor der ersten Folgeleistung eine Sensibilitätsprüfung durchgeführt worden ist?

a. □ Ja, ergibt sich aus

   - Thermischer Überprüfung, z.B. Kältetest (CO_2-Sensibilitätstest)

     _____
     _____

   - Schmerzangabe beim Exkavieren ohne Anästhesie

     _____
     _____

   - Sonstigen Angaben

     _____
     _____

b. □ Nicht dokumentiert (weiter zu Frage 4)

c. Ergebnis der Sensibilitätsprüfung
Ist ein Hinweis zur Vitalität des Zahns zu entnehmen?

(1) □ Ja
- Positives Ergebnis am _____
- Negatives Ergebnis am _____
- Unklares Ergebnis

_____

_____

(2) □ Nein

4. Bewertung eventueller bildlicher Dokumentation

Liegen Röntgenbilder vor, die in Zusammenhang mit der Cp/P gemacht wurden?

a. □ Ja, und zwar
(1) □ Orthopantomogramm (OPG) (bitte Datum/Zeitpunkt angeben)

_____

_____

□ Vor der Cp/P
□ Nach der Cp/P
□ In direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Cp/P
□ In direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Folgeleistung

(2) □ Zahnfilme (bitte Datum/Zeitpunkt angeben)

_____

_____

□ Vor der Cp/P
□ Nach der Cp/P
□ In direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Cp/P
□ In direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Folgeleistung

b. □ Nein (weiter zu Frage 5)

c. Befundung der Röntgenbilder
Können diagnostische Aussagen anhand der vorliegenden Röntgenbilder bezüglich der Indikationsstellung der Cp/P getroffen werden?

(1) □ Ja, und zwar
- o Apikale Veränderungen

  _____
  _____
- o Parodontopathien, z.B. Ausmaß des Knochenabbaus

  _____
  _____
- o Paro-Endoläsion

  _____
  _____
- o Obliteration, Verkalkung, Dentikel

  _____
  _____
- o Sonstige

  _____
  _____

(2) □ Nein

5. Weitere Hinweise zur Indikationsstellung der Cp/P sowie Erhaltungswürdigkeit und -fähigkeit des Zahns

Sind der schriftlichen und ggf. bildlichen Dokumentation weitere Hinweise zur Indikation der Cp/P und zur Erhaltungswürdigkeit / Erhaltungsfähigkeit des Zahns zu entnehmen?

a. □ Ja, ergibt sich aus
- o Taschentiefen und Lockerungsgrad

  _____
  _____
- o Perkussionstest

  _____
  _____
- o Vorbehandlungsmaßnahmen

  _____
  _____

- Trauma, Fraktur

  _____
  _____

- Thermischer Reaktion der Pulpa

  _____
  _____

- Sonstigen Angaben

  _____
  _____

b. □ Keine näheren Angaben

c. □ Nicht eindeutig

   _____
   _____

6. Mögliche Kontraindikation der Cp/P

Sind der Dokumentation Hinweise zu einer möglichen Kontraindikation für die Cp/P-Behandlung zu entnehmen?

a. □ Ja, und zwar

- Nichterhaltungsfähigkeit bzw. -würdigkeit des Zahns

  _____
  _____

- Anhaltende pulpitische Beschwerden

  _____
  _____

- Irreversible Pulpitis

  _____
  _____

- Starke Blutung der eröffneten Pulpa

  _____
  _____

- Keine bakteriendichte Füllung möglich

  _____
  _____

- Seröses, eitriges oder blutiges Exsudat nach Freilegung der Pulpa
  _____
  _____
- Pulpennekrose
  _____
  _____
- Andere (wie z.B. Schwellung, Abszedierung, Fistel, etc.)
  _____
  _____

b. □ Nein

7. Nachkontrolle der Indikatorleistung

Ist ersichtlich, ob im Nachgang zur Cp/P eine Kontrolle des Heilerfolges durchgeführt wurde?

a. □ Ja, durch eine Sensibilitätsprüfung
mit folgendem Zeitabstand und Ergebnis
_____
_____

b. □ Ja, durch eine klinische Kontrolle
mit folgendem Zeitabstand und Ergebnis
_____
_____

c. □ Ja, durch eine röntgenologische Kontrolle
mit folgendem Zeitabstand und Ergebnis
_____
_____

d. □ Nein
_____
_____

Ergebnis:

Einstufung des Falles anhand des Bewertungsschemas für den Einzelfall (Anlage 2 zur QBÜ-RL-Z)

in Stufe a □
b □
c □

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

……
……
……
……
……

_____	_____
Datum der Beurteilung	Unterschrift Mitglied des Qualitätsgremiums
	_____
	Unterschrift Mitglied des Qualitätsgremiums
	_____
	Unterschrift Mitglied des Qualitätsgremiums

Anlage 2 der QBÜ-RL-Z

Bewertungsschema für den Einzelfall gem. § 5 QBÜ-RL-Z

Kategorie a

Die Einstufung des Einzelfalls in Kategorie a setzt voraus, dass eine weitergehende schriftliche Dokumentation vorliegt, die Leistungskette nachvollziehbar und plausibel (anhand der Dokumentation) ist, eine Aussage der Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette vorliegt, das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vor der Indikatorleistung, falls vorhanden, nachvollziehbar ist und eine Kontraindikation weder aus der schriftlichen noch aus evtl. bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.

Kategorie b

Für eine Einstufung des Einzelfalls in Kategorie b können zwei Fälle unterschieden werden:

1. Die Einstufung in Kategorie b erfolgt bei Vorliegen einer weitergehenden schriftlichen Dokumentation und einer **nicht** nachvollziehbaren und plausiblen Leistungskette (anhand der Dokumentation), sofern eine Aussage zur Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette vorliegt, das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vor der Indikatorleistung, falls vorhanden, nachvollziehbar ist und eine Kontraindikation weder aus der schriftlichen noch aus evtl. bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.

2. Die Einstufung in Kategorie b erfolgt, sofern **keine** weitergehende schriftliche Dokumentation vorliegt, aber die Leistungskette nachvollziehbar und plausibel (anhand der Abrechnungsdaten) ist. Zudem darf keine Kontraindikation aus evtl. bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar sein.

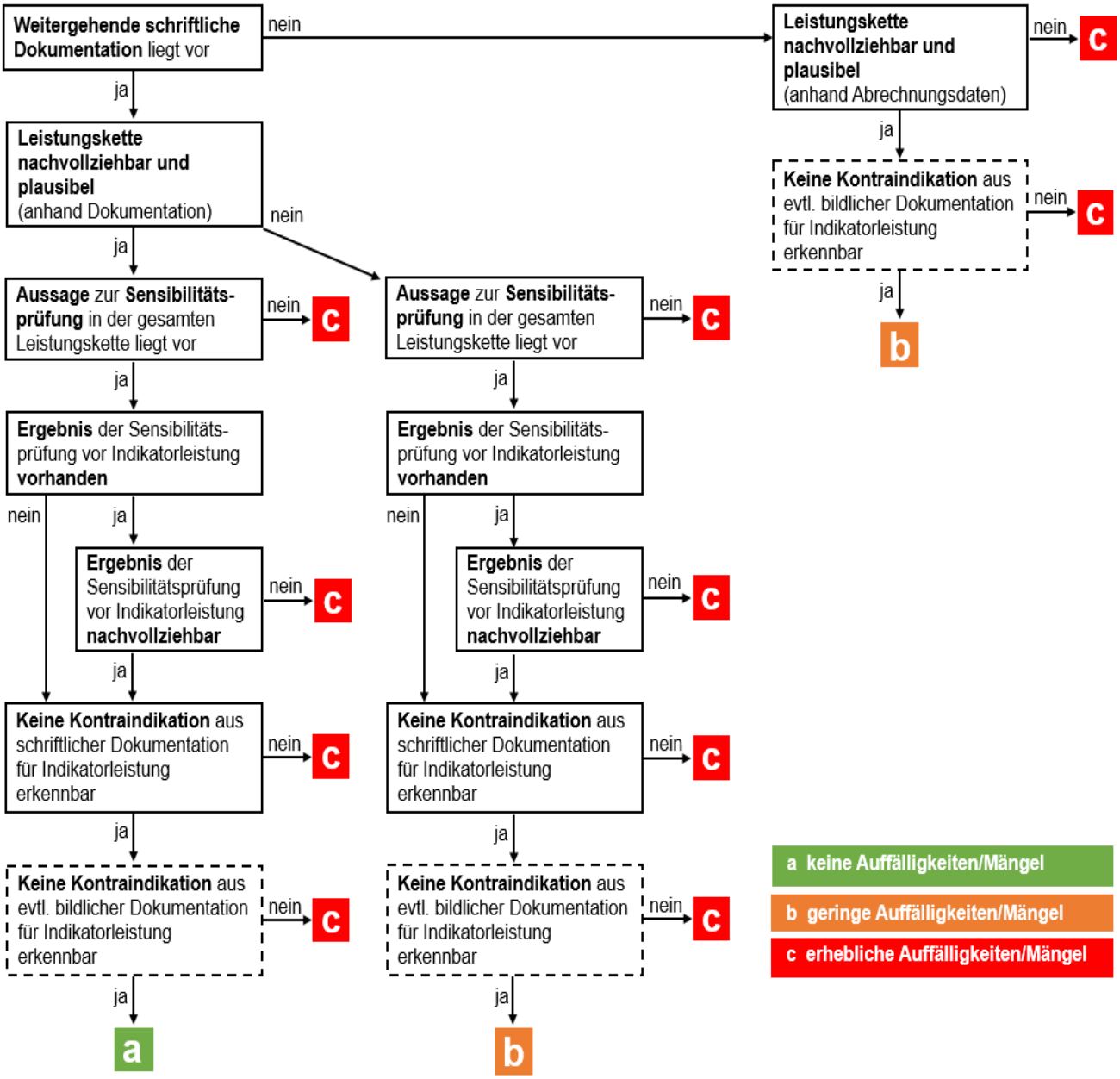
Kategorie c

Für eine Einstufung des Einzelfalls in Kategorie c können die folgenden Fälle unterschieden werden:

1. Die Einstufung in Kategorie c erfolgt bei Vorliegen einer weitergehenden schriftlichen Dokumentation und einer nachvollziehbaren und plausiblen Leistungskette (anhand der Dokumentation), sofern keine Aussage zur Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette vorliegt oder das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vor der Indikatorleistung, falls vorhanden, nicht nachvollziehbar ist oder eine Kontraindikation aus der schriftlichen oder aus evtl. bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.

2. Die Einstufung in Kategorie c erfolgt bei Vorliegen einer weitergehenden schriftlichen Dokumentation und einer **nicht** nachvollziehbaren und plausiblen Leistungskette (anhand der Dokumentation), sofern keine Aussage zur Sensibilitätsprüfung in der gesamten Leistungskette vorliegt oder das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung vor der Indikatorleistung, falls vorhanden, nicht nachvollziehbar ist oder eine Kontraindikation aus der schriftlichen oder aus evtl. bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.

3. Die Einstufung in Kategorie c erfolgt, sofern **keine** weitergehende schriftliche Dokumentation vorliegt und die Leistungskette **nicht** nachvollziehbar und plausibel (anhand der Dokumentation) ist oder eine Kontraindikation aus evtl. bildlicher Dokumentation für die Indikatorleistung erkennbar ist.



Anlage 3 der QBÜ-RL-Z

Bewertungsschema für die Gesamtbewertung

Die sich aus dem Bewertungsschema für den Einzelfall (Anlage 2) ergebenden Einzelbewertungen der einzelnen Leistungen / Behandlungsfälle werden zu einer Gesamtbewertung (10 einzelne Behandlungsfälle) je zu prüfender Praxis zusammengefasst.

Eine Gesamtbewertung ergibt sich wie folgt:

- A: keine Auffälligkeiten =
  - mindestens 70% der Einzelfallbewertungen in Kategorie a und keine Fälle der Kategorie c

- B: geringe Auffälligkeiten =
  - in der Einzelfallbewertung kein Fall in Kategorie c und
    Anteil der Einzelfallbewertungen in Kategorie a kleiner als 70% und
    Anteil der Einzelfallbewertungen in Kategorie b höchstens 80% oder
  - Einzelfallbewertungen in Kategorie c über 0%, aber höchstens 20% und
    Anteil der Einzelfallbewertungen in Kategorie a mindestens 20%

- C: erhebliche Auffälligkeiten =
  - Fälle der Kategorie c größer als 20% oder
  - Fälle der Kategorien b und c größer als 80%

Anlage 4 der QBÜ-RL-Z

Pseudonymisierungsverfahren

Teil 1

Allgemeines

1. Vorbemerkung

Nach § 7 QP-RL-Z erfolgt die Pseudonymisierung durch die Praxen, die im Rahmen der Stichprobenziehung ermittelt wurden. Unter bestimmten Voraussetzungen können sie die Aufgabe an die Gesonderte Stelle bei der KZV (nachfolgend „Gesonderte Stelle“) übertragen (siehe Nummer 2).

2. Pseudonymisierung durch die gesonderte Stelle bei der KZV

Gemäß § 299 Absatz 2 Satz 3 SGB V kann das Verfahren zur Pseudonymisierung auf die Gesonderte Stelle übertragen werden, wenn für die Praxis ein unverhältnismäßig hoher Aufwand für die Pseudonymisierung entsteht. Ein unverhältnismäßig hoher Aufwand liegt vor, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft:

- Die Praxis ist aufgrund der technischen Ausstattung nicht in der Lage alle Dokumententypen zu kopieren, zu drucken bzw. zu pseudonymisieren. Eine Anschaffung technischer Geräte oder Software allein zum Zweck des Pseudonymisierens ist unverhältnismäßig.
- Eine digitale intra- oder extraorale Röntgenaufnahme lässt sich mit der technischen Ausstattung der Praxis nicht ohne für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten ausdrucken.
- Die Praxis verfügt über keine ausreichenden personellen Ressourcen für die Pseudonymisierung.

In diesen Fällen hat die Praxis schriftlich die Übertragung des Pseudonymisierungsverfahrens auf die Gesonderte Stelle zu veranlassen.

3. Einheitliches Verfahren

Die Erzeugung des Dokumentencodes und die Aufbringung auf verschiedenen Dokumentationstypen (schriftliche Dokumentation, Röntgenbilder) wird im Folgenden einheitlich vorgegeben.

Teil 2

Pseudonymisierung der Dokumentationstypen

Unkenntlich gemacht werden alle in der Behandlungsdokumentation enthaltenen personenidentifizierenden Daten der Versicherten. Soweit in der Behandlungsdokumentation erfasst, betrifft dies insbesondere folgende Daten: Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kontaktdaten.
Die Einzeldokumente einer zahnärztlichen Behandlungsdokumentation können verschiedenen Dokumentationstypen zugeordnet werden: analoge oder digitale Schriftdokumentation, analoge oder digitale intraorale und extraorale Röntgenaufnahmen.
Ist eine Pseudonymisierung des Originaldokuments nicht möglich, so ist eine Kopie anzufertigen, um auf dieser die patientenidentifizierenden Daten zu pseudonymisieren.
Die Behandlungsdokumentationen werden in den Praxen oder in der gesonderten Stelle im Rahmen der Qualitätsprüfungen gemäß QBÜ-RL-Z konkret wie folgt pseudonymisiert:

Dokumententyp	**Pseudonymisierung**
a. analoge Schriftdokumentation	1. Kopie erstellen (Kopie 1) 2. Personenidentifizierende Daten unkenntlich machen bzw. schwärzen 3. Auf der Kopie 1 Dokumentencode gemäß Teil 3 dieser Anlage anbringen 4. Kopie 1 erneut kopieren (Kopie 2)
b. analoge intra- und extraorale Röntgenaufnahme	1. Röntgenaufnahme aus der Röntgentasche herausnehmen 2. Röntgenaufnahme in eine neue Röntgentasche legen 3. Auf der neuen Röntgentasche Dokumentencode gemäß Teil 3 dieser Anlage anbringen
c. digitale Schriftdokumentation	Variante 1 (analoge Pseudonymisierung) 1. Datei ausdrucken 2. Personenidentifizierende Daten unkenntlich machen bzw. schwärzen 3. Auf dem Ausdruck Dokumentencode gemäß Teil 3 dieser Anlage anbringen 4. Ausdruck kopieren Variante 2 (digitale Pseudonymisierung) 1. Erstellen einer digitalen Kopie 2. personenidentifizierende Daten aus der digitalen Kopie entfernen 3. Dokumentencode gemäß Teil 3 der Anlage hinzufügen
d. digitale intra- und extraorale Röntgenaufnahme	Variante 1a (analoge Pseudonymisierung - Bilddatei und Textdatei mit den personenidentifizierenden Daten liegen als getrennte Dateien vor) 1. Bilddatei ausdrucken 2. Auf dem Ausdruck Dokumentencode gemäß Teil 3 dieser Anlage anbringen Variante 1b (analoge Pseudonymisierung - Bilddatei und Textdatei liegen nicht als getrennte Dateien vor) 1. Bilddatei ausdrucken

	2. separaten Abschnitt mit den personenidentifizierenden Daten abtrennen 3. Auf dem Ausdruck Dokumentencode gemäß Teil 3 dieser Anlage anbringen Variante 2 (digitale Pseudonymisierung) 1. Erstellen einer digitalen Kopie 2. personenidentifizierende Daten aus der digitalen Kopie entfernen 3. Dokumentencode gemäß Teil 3 der Anlage hinzufügen

Werden aus den pseudonymisierten Dokumenten digitale Dateien erzeugt, sind diesen der entsprechende Dokumentencode als Dateiname zuzuordnen.
Ist auf dem Röntgenbild das Erstellungsdatum nicht vorhanden, ist der Dokumentencode um dieses zu ergänzen.

Teil 3

Erzeugung des Dokumentencodes je Dokument des einzelnen Behandlungsfalles

Nachdem die personenbezogenen Daten in der Behandlungsdokumentation unkenntlich gemacht wurden, ist der Dokumentencode auf jedem Dokument anzubringen. Die Vorgaben zur Generierung eines Dokumentencodes gemäß dieser Anlage werden der Praxis von der KZV schriftlich mitgeteilt. Er setzt sich – verbunden durch Unterstriche - wie folgt zusammen:

Die ersten Stellen 1.-3. werden von der Gesonderten Stelle erzeugt und der Praxis vorgegeben:

1. Stelle: Kürzel für die Qualitätsprüfungen gemäß QBÜ-RL-Z
Dies ist für diese Richtlinie als „Cp“ festgelegt.

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z
→ **Cp**_2019_19bcg7wl_D_b _4_11122018

2. Stelle: Jahr der Stichprobenziehung
Der Stichprobenzeitpunkt wird wie folgt gekennzeichnet: Das Jahr vierstellig, z. B. 2019.

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z in 2019
→ Cp_**2019**_19bcg7wl_D_b _4_11122018

3. Stelle: Praxispseudonym (PX-PSN)
Das Praxispseudonym ist als dritte Position anzufügen. Es wird von der gesonderten Stelle generiert.
Die Erzeugung eines PX-PSN erfolgt durch eine Aneinanderreihung der zufälligen Kombinationen von Buchstaben und Zahlen (z.B. „19bcg7wl“). Nur die letzten zwei Buchstaben des PX-PSN sind vordefiniert und ergeben sich aus dem zuständigen KZV-Bereich (z.B. „19bcg7wl“; eine Praxis in Westfalen-Lippe).

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z in 2019, Praxis XY aus Westfalen-Lippe
→ Cp_2019_**19bcg7wl**_D_b _4_11122018

<u>Die weiteren Stellen 4.-7. werden von der Praxis ergänzt:</u>

4. Stelle: Patientenpseudonym
Die Namen der zu überprüfenden Patienten sind beginnend mit „A“ fortlaufend zu kennzeichnen. Für das Patientenpseudonym sind Großbuchstaben zu verwenden (A, B, C, …, J).

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z in 2019, Praxis XY aus Westfalen-Lippe bei dem vierten Patienten „Max Mustermann“
→ Cp_2019_19bcg7wl_**D**_b _4_11122018

5. Stelle: Dokumentationstyp
Die schriftlichen Dokumentationen zum Behandlungsfall sind mit „s“, die Röntgenaufnahmen mit „b“ zu kennzeichnen. Für die Kennzeichnung von Dokumententypen sind Kleinbuchstaben zu verwenden.

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z in 2019, Praxis XY aus Westfalen-Lippe bei dem vierten Patienten „Max Mustermann“ unter Beifügung von Röntgenaufnahmen
→ Cp_2019_19bcg7wl_D_**b** _4_11122018

6. Stelle: Fortlaufende Nummer der Dokumente je Dokumentationstyp der Behandlungsdokumentation
Schriftliche und bildliche Dokumentationen zum Behandlungsfall sind beginnend mit „1“ fortlaufend zu nummerieren (1, 2, 3, …).

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z in 2019, Praxis XY aus Westfalen-Lippe bei dem vierten Patienten „Max Mustermann“ unter Beifügung der 4. Röntgenaufnahme
→ Cp_2019_19bcg7wl_D_b _**4**_11122018

7. Stelle: ggf. Erstellungsdatum des Röntgenbildes
Das Erstellungsdatum eines Röntgenbildes wird als weitere Stelle dem Code achtstellig beigefügt.

Beispiel:
Qualitätsprüfung nach QBÜ-RL-Z in 2019, Praxis XY aus Westfalen-Lippe bei dem vierten Patienten „Max Mustermann“ unter Beifügung der 4. Röntgenaufnahme vom 11.12.2018
→ Cp_2019_19bcg7wl_D_b _4_**11122018**

Abbildung 1 Erzeugung eines Dokumentencodes

	Kürzel QBÜ-RL-Z	Jahr der Stichproben-ziehung	PX-PSN	Patienten-pseudonym	Dokumen-tationstyp	Fortlaufende Nummer der Dokumente je Dokumentationstyp der Behandlungsdokumentation	ggf. Erstellungs-datum des Röntgen-bildes
Stelle	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Code (Bsp.)	**Cp**	**2019**	**19bcg7wl**	**A B C … J**	**b s**	**1 2 3 …**	**11122018**