



Qualitätssicherung

Bericht für das Jahr 2010 gemäß § 136 Abs. 1 SGB V der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

1.	Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V).....	1
2.	Vorbemerkungen.....	3
3.	Ziele.....	5
4.	Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen.....	7
5.	Gutachterwesen / Tübinger Modell.....	9
5.1	Gutachterwesen.....	9
5.2	Tübinger Modell.....	9
5.2.1	Tübinger Modell ZE/PAR.....	10
5.2.2	Tübinger Modell KFO.....	12
6.	Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung.....	15
6.1	Qualitätsmanagement-Richtlinie.....	15
6.2	Qualitätssicherungs-Richtlinie.....	16
7.	Honorarverteilungsmaßstab (HVM).....	19
8.	ergänzende Maßnahmen.....	21
9.	Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung.....	23
9.1	Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V.....	23
9.2	Beauftragter gemäß § 81a SGB V.....	23
9.3	Weiteres.....	24
10.	Selektivverträge nach § 73c SGB V.....	25

Hinweis:

Für diesen Bericht zeichnen als Vorstand verantwortlich:

Dr. Dirk Mittermeier dmittermeier@kzv-bremen.de

Oliver Voitke owoitke@kzv-bremen.de

Haus der Zahnärzte, Universitätsallee 25, 28359 Bremen, info@kzv-bremen.de

Tel.: 04 21 – 22 00 7 – 0 Telefax: 04 21 - 22 00 7 – 96

1. Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus dem SGB V¹)

§ 135a

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet,
 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.
- (...)

§ 136

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. **Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.**
- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; (...).
- (3) (...)
- (4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet den Regelungen der §§ 87a bis 87c ab dem 01. Januar 2009 gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. (...)

¹ Zuletzt geändert mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem Organisationsstrukturen-Weiterentwicklungsgesetz mit Wirkung ab dem 01.01.2009.

Richtlinie und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragszahnärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere
 1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 (...) sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.Soweit erforderlich, erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschlüsse für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.
- (2) Die Richtlinien nach Abs. 1 sind sektorübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.
- (3) (...)
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen.; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- und Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

2. Vorbemerkungen

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

Die geltende Gesetzgebung führt besonders in Hinblick auf die im vertragszahnärztlichen Bereich unverändert weitergeltende Budgetierung zu der widersprüchlichen Situation, dass zwar einerseits die Qualität gesichert werden muss. Andererseits sind angemessene Vergütungen zur Umsetzung dieser Qualitätssicherung durch die zwingende Koppelung der Honorare für vertragszahnärztliche Leistungen an die Grundlohnsummensteigerung nahezu ausgeschlossen. Diese gesetzliche Einschränkung wurde durch das jüngst beschlossene GKV-FinG mit einer Verringerung der Grundlohnsummensteigerung für 2011 um 0,25 % und für 2012 um 0,5 % noch verschärft.

Unter Berücksichtigung dieses Spannungsfeldes haben die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bereits in 2005 fünf Grundsätze zur Qualitätsförderung in der Zahnheilkunde erarbeitet, die auch für die Qualitätssicherung uneingeschränkt gelten:

- I. Qualitätsförderung ist eine originäre innerprofessionelle Aufgabe; damit wird die berufliche Tätigkeit transparent.
- II. Qualitätsförderung dient der Verbesserung der Patientenversorgung und ist kein Selbstzweck. Der Patient steht im Mittelpunkt der Qualitätsförderung und muss in die Lage versetzt werden, daran mitzuwirken.
- III. Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind vom Berufsstand selbst zu entwickeln und zu implementieren, ohne Vorgaben und direkte Einflussnahme durch Gesetzgeber oder Kostenträger. Zwang und Kontrolle zur Qualitätsförderung sind nicht zielführend.
- IV. Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen. Diese sind mit Kosten verbunden. Voraussetzungsorientierte Qualitätsförderung wird vom Berufsstand verwirklicht, wo immer sie für Zahnärzte und Patienten von Nutzen ist. Qualitätsförderung setzt eine angemessene Honorierung der hochwertigen zahnmedizinischen Dienstleistungen voraus.
- V. In Zukunft können mehr Menschen mehr eigene Zähne bis ins Alter behalten, was eine Steigerung der Lebensqualität bedeutet. Voraussetzung dafür ist die Umsetzung einer qualitätsgesicherten und gleichzeitig präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Diese fünf Grundsätze fanden Berücksichtigung in dem hier vorliegenden Qualitätssicherungsbericht, zu dessen jährlichen Erstellung die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gemäß §136 Abs. 1 SGB V seit 2004 verpflichtet sind.

Der Vorstand der KZV Bremen vertritt zum Thema „Qualitätssicherung“ die Auffassung, dass diese im Praxisalltag schon von je her eine wichtige Rolle spielt, auch wenn die Verbesserung der Arbeitsprozesse früher nicht mit dem Namen „Qualitätssicherung“ belegt wurde.

Die Qualitätssicherung ist nach einhelliger Auffassung weiterhin eine wichtige Zukunftsaufgabe des Berufsstandes, die im Rahmen der Selbstverpflichtung in eigener Verantwortung zu erfüllen ist. Qualität muss sich in der Praxis beweisen, nicht „auf dem Papier“.

3. Ziele

Die KZV Bremen betreibt seit mehreren Jahren mit differenzierten Ansätzen, die zum Teil aus den Vorgaben durch das GMG und das GKV-WSG resultieren, zum Teil aber auch unabhängig von gesetzlichen Vorgaben sind, Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen:

- I. Fortbildung in Kooperationen mit der Zahnärztekammer Bremen (→ Kapitel 4)
- II. Gutachterwesen / Tübinger Modell (→ Kapitel 5)
- III. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung (→ Kapitel 6)
- IV. Honorarverteilungsmaßstab (→ Kapitel 7)
- V. ergänzende Maßnahmen (→ Kapitel 8)

Die KZV Bremen verfolgt mit diesem Multilevel-Ansatz mehrere Ziele:

Die Fortbildung zu vertragszahnärztlichen Themen wird im Lande Bremen in ein umfassendes Konzept eingebettet, das alle Aspekte des zahnärztlichen Berufes umfasst. Dazu zählen Fortbildungen zu übergreifenden Themen wie z.B. zu Fragen des Praxismanagements und der Praxisorganisation. In diesem Zusammenhang spielen auch die Fortbildungsveranstaltungen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Voraussetzung für einen qualitäts-orientierten Arbeitsablauf ist, dass alle Mitwirkenden an dem Prozess der Leistungserbringung den Qualitätsgedanken verinnerlichen und in ihrem Handeln umsetzen.

Das „Tübinger Modell“, das im Bereich der KZV Bremen bereits in 2001 eingeführt wurde, ist eine weitere, von der Zahnärzteschaft selbst initiierte Stufe der Qualitätssicherung, obwohl dieses Modell vordergründig zunächst eine nachgelagerte Qualitätsprüfung darstellt. Das Modell ermöglicht es aber, anhand objektiver Kriterien Qualitätsmerkmale abzufragen und die Ergebnisse dieser Abfrage zu analysieren. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, um die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen. Ziel des „Tübinger Modells“ ist aber nicht vorrangig die „Kontrolle“ der Beteiligten auf Grundlage irgendwelcher theoretischer Kriterien, sondern eine möglichst unbürokratische, fachlich gesicherte und praxisnahe Verfahrenshilfe für die beteiligten Gutachter und Praxen. Nach den guten Ergebnissen für PAR und ZE wurde 2006 das Tübinger Modell auf den Bereich der Kieferorthopädie erweitert.

Mit der Durchführung von Schulungsmaßnahmen zur Umsetzung der Vorgaben aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie gemäß § 135a Abs. 2 Ziffer 2 SGB V (→ Kapitel 6.1) hat die KZV Bremen – hier in enger Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen – für die Praxen im Lande Bremen die Möglichkeit geschaffen, diese Vorgaben praxisorientiert und mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand umzusetzen. Würde die Qualitätssicherung hingegen ausschließlich auf die „technische“ Qualität der erbrachten Leistungen reduziert, so wie dies zum Teil von den Krankenkassen in den Verhandlungen über die nun in Kraft getretene Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 135a Abs. 2 Ziffer 1 SGB V (→ Kapitel 6.2) versucht wurde, blieben wichtige Aspekte, die in direktem Zusammenhang mit der Qualität stehen, unberücksichtigt. So ist eine der Grundvoraussetzungen für eine gesicherte Qualität der zahnärztlichen Leistungen eine entsprechende Arbeitsvorbereitung und ein qualitätsorientierter Arbeitsablauf.

Mit dem Honorarverteilungsmaßstab setzt die Qualitätssicherung auf der monetären Ebene an, indem für Praxen mit geringeren Fallzahlen höhere höchstzulässige Vergütungen je Fall gelten.

Die ergänzenden „internen“ Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden von der KZV Bremen in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut. Neben statistischen Auswertungen wie der „PAR-/ KBR-Hitliste“ und der „HVM-Fallzahl-Hitliste“ werden bei Bedarf „Praxisneu-

gründer-Seminare“ durchgeführt, in denen jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten ein umfassender Einblick in „das Leben als Vertragszahnarzt“ vermittelt wird.

In Hinblick auf die Qualitätssicherung sind hingegen Selektivverträge (→ Kapitel 10) sehr kritisch zu betrachten. Da derartige Verträge in der Regel rein „preisorientiert“ gestaltet sind, bleibt für Qualitätsaspekte grundsätzlich kein Spielraum.

4. Fortbildung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen

Gemäß § 3 Abs. 4 der geltenden Satzung der KZV Bremen kooperiert die KZV bei der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen mit der Zahnärztekammer Bremen (ZÄK). Die KZV stellt der ZÄK zu diesem Zweck pro Jahr einen Betrag zur Verfügung, für den diese Fortbildungsveranstaltungen zu vertragszahnärztlichen Themen durchführt.

Der permanente Informationsaustausch mit der Kammer stellt dabei sicher, dass die Fortbildungsangebote zu vertragszahnärztlichen Themen

- durch den Vertreter der KZV im Fortbildungsausschuss der Kammer in enger Abstimmung mit der KZV gestaltet werden und
- in ein ganzheitliches Konzept eingebettet sind,

wodurch ein bedarfsgerechtes Fortbildungsangebot gewährleistet wird. So führte die ZÄK in 2010 u.a. folgende – zum Teil mehrtägige – Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte, ZFA und ZMF ganz oder teilweise zu vertragszahnärztlichen Themen durch:

- Abrechnung:
 - Bremer Fachabend für Fachkräfte (BFF): "HKP's Basics" (Neu und Wiedereinsteiger)
 - "Jahrestraining: Abrechnungs-Update quer durch alle Fachgebiete"
 - "Abrechnung auf ein Neues (Wiedereinsteiger)"
 - "'Patchworkzähne' richtig berechnet (Abrechnungstipps für implantologische Leistungen und Suprakonstruktionen)"
 - "Workshop Intensivtraining Abrechnung ZE"
- Prophylaxe:
 - "Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe – Der erste Schritt"
 - "Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe – Der zweite Schritt"
 - "Grundlagen der zahnärztlichen Prophylaxe – Der dritte Schritt"
 - "Prophylaxe für 'Patchworkzähne' – Zahnersatz und Implantate"
 - "Prophylaxe - Auf ein Neues. Für Wiedereinsteiger"
 - "Prophylaxe: Risikofaktoren – Management -Überzeugen statt überreden - Steigern Sie Ihre Fachkompetenz"
- "Lochzange, Klammer & Co - keine Angst vor Kofferdam"
- "Ästhetik zwischen Präp und Fertigstellung. Herstellen von provisorischen Kronen und Brücken"
- "Totalprothesen von A-Z (Von 'Rückwärtstherapie' bis zur Verzahnung von Praxis und Labor)"
- "Stift oder kein Stift? Konventionell zementiert oder adhäsiv befestigt?"
- "Okklusionsschiene und was dann? Therapievarianten. Grenzen. Möglichkeiten"
- "Zahnerhaltung ein Leben lang – Realität oder Utopie?"
- "Diagnose und Therapie, Streit in der Berufsausübungsgemeinschaft"

Ergänzend führte die KZV in 2010 zwei Infoveranstaltungen „Festzuschüsse – Spezial“ zu aktuellen Änderungen der Festzuschuss-Richtlinien durch. Diese Reihe wird mit fünf weiteren Veranstaltungen im ersten Quartal 2011 fortgesetzt.

Die KZV Bremen stellt außerdem Räume sowie Materialien für die regelmäßig stattfindenden und von den teilnehmenden Vertragszahnärzten selbst organisierten Qualitätszirkel zur Verfügung. In 2010 fanden unter der Leitung von speziell geschulten – zahnärztlichen – Moderatoren insgesamt zehn Qualitätszirkel mit durchschnittlich etwa 15 bis 20 Teilnehmern zu verschiedenen Themen aus der zahnärztlichen Leistungs-Erbringung statt. Die Ergebnisse dieser Qualitätszirkel werden jeweils protokolliert. Die Teilnehmer erhalten damit eine aktuelle und mit Erfahrungen aus der täglichen Praxis untermauerte Arbeitsgrundlage für ihre Maßnahmen für eine Qualitätsorientierung und –verbesserung „vor Ort“.

Zusätzlich finden seit 2006 regelmäßig zahnärztliche Colloquien statt, in denen im „kleinen Kreis“ unter Mitwirkung von hochqualifizierten Referenten spezielle Themen aus der Zahnheilkunde intensiv erörtert werden. So referierte z.B. Dr. Dr. Rustemeyer am 02.09.2010 zu dem Thema „Entfernung von Weisheitszähnen“.

5. Gutachterwesen / Tübinger Modell

5.1 Gutachterwesen

Auf Gutachter-Veranstaltungen, die die KZV Bremen regelmäßig durchführt – zuletzt am 08.12.2010 –, werden die Gutachter stets über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung informiert. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist für die Vertragsgutachter der KZV Bremen verpflichtend.

Die Gutachter werden ergänzend dazu angehalten, der Qualität der begutachteten Versorgungen besondere Beachtung zu schenken. So werden die Gutachter für Qualitätsmerkmale sensibilisiert, die über rein „technische“ Aspekte wie den Randschluss oder Lockerungsgrade hinausgehen. Im Rahmen der Veranstaltungen werden auch Erfahrungen z.B. über neue Materialien und Behandlungsmethoden, Korrelationen zwischen Alter eines Zahnersatzes und ggf. auftretende Mängel ausgetauscht und zusammengetragen.

Wenn gegen ein Gutachten durch den Behandler oder die Krankenkasse Widerspruch eingelegt wird, so erhält der Gutachter stets eine Mitteilung über die Entscheidung der nächsten Instanz bzw. der nächsten Instanzen (Primärkassen: Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) / PEA-Widerspruchsstelle; Ersatzkassen: Obergutachten / Vorstand). Damit bekommt der Gutachter ein „Feedback“. Wenn es dazu kommt, dass gutachterliche Entscheidungen eines bestimmten Gutachters in der Folgeinstanz auffallend häufig abgeändert werden, prüft der Vorstand die zugrunde liegenden Fälle und erörtert sie bei Bedarf mit dem Gutachter.

Der Vorstand hat am 09.11.2005 eine Gutachter-Richtlinie beschlossen, in der u.a. definiert wird, welche

- Voraussetzungen designierte Gutachter erfüllen müssen, um berufen zu werden (z.B. Mindest-Tätigkeitszeit als Vertragszahnarzt, vorherige Tätigkeit als stellv. Mitglieder im PEA, mindestens landesdurchschnittliches KZV-Abrechnungsvolumen);
- Pflichten Gutachter haben (z.B. laufende Fortbildung).

Mit dieser Richtlinie wird ein weiterer Beitrag für eine nachhaltige Qualitätssicherung geleistet, indem sichergestellt wird, dass die Berufung von Gutachtern nach objektiven und transparenten Kriterien erfolgt. Hierdurch wird zusätzlich eine kollegiale Akzeptanz der Vertragsgutachter bei den von Gutachten betroffenen Behandlern erreicht.

Diese Akzeptanz wird u.a. dadurch belegt, dass von den jährlich 1.000-1.200 ZE-Planungs- und Mängel-Gutachten weniger als 5 % aufgrund von Widersprüchen in die nächste Instanz gelangen.

5.2 Tübinger Modell

Im Falle einer Begutachtung überlässt der Behandler zusammen mit den diagnostischen Unterlagen das von ihm entsprechend ausgefüllte „Tübinger Modell“-Formular dem Gutachter. Das in Form eines Fragebogens gestaltete Formular dient dem Behandler gleichzeitig als Check-Liste mit Punkten, die für eine fachlich fundierte Planung unerlässlich ist. Das Formular dient auch der Kommunikation zwischen Behandler und Gutachter. Der Gutachter füllt nach Auswertung der vorgelegten Unterlagen und evtl. Untersuchung des Patienten das Formular aus und sendet an die KZV sowie an den Behandler je eine Kopie.

Die Daten aus den Formularen werden von der KZV anonymisiert erfasst und jährlich ausgewertet. Anhand der Auswertungsergebnisse ist dann deutlich erkennbar, welche Probleme ggf. im Rahmen von Gutachten gehäuft zu Tage treten, so dass an diesen Punkten gezielt z.B. mit entsprechenden Fortbildungs-Angeboten (→ Kapitel 4) und Informationen (individuell oder allgemein an alle Praxen z.B. per Rundschreiben) angesetzt werden kann.

Das bereits in 2001 im Lande Bremen eingeführte „Tübinger Modell“ setzt am Anfang einer Behandlung an. Grundlage für den Erfolg einer Behandlung ist eine gründliche befundorien-

tierte Planung mit Diagnostikunterlagen in mindestens ausreichender Qualität. Das Gutachterverfahren bietet sich somit als ergänzendes Qualitätssicherungsinstrument an. Das „Tübinger Modell“ ist voraussetzungsorientiert, ohne Zusatzbelastung für den Patienten. Der Vorteil für die Behandler ist, dass das Formblatt als Kommunikationsbogen und Checkliste zugleich dient.

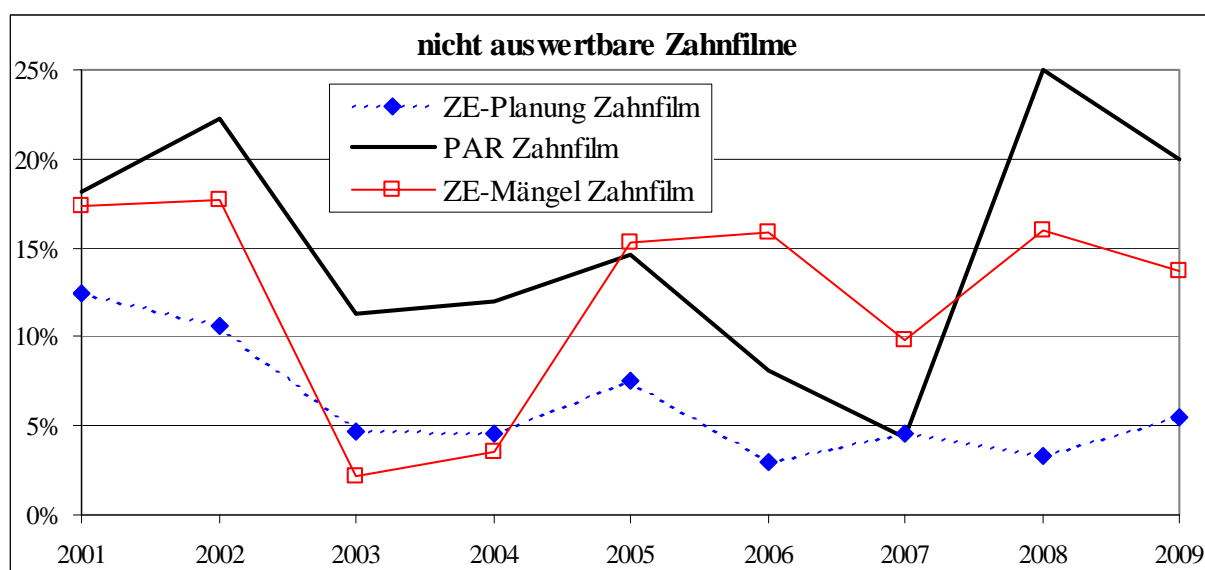
Das fachlich fundamentierte System des „Tübinger-Modells“ ist einer schematischen Qualitätskontrolle mittels rein statistischer Auswertung der Haltbarkeit (z.B. Tragedauer, Wiederholungsleistung) zahnärztlicher Leistungen vorzuziehen. Die Qualitätskontrolle befindet sich sinnvollerweise in der Hand der Zahnärzteschaft, nur diese kann eine fundierte fachliche Beurteilung abgeben. Das „Tübinger Modell“ schafft die Voraussetzung, die Ursachen für erkannte Qualitätsmängel gezielt und effektiv anzugehen und ist durch die Einbeziehung sowohl der Gutachter als auch der Behandler eine Hilfe für die Praxen.

Grundlage ist die zentrale Bedeutung von Befund und Planung unter Beachtung der Richtlinien. *Ziel* ist die gutachterliche (fachliche) Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung zur Sicherung der Qualität zahnärztlicher Behandlungstätigkeit. Die *Durchführung* geschieht unter aktiver Einbeziehung des Behandlers. Qualitätssicherung wird somit unter realen Praxisbedingungen durchgeführt, ohne dass das sensible Beziehungsgeflecht zwischen Zahnarzt, Patient und Krankenkasse gestört wird.

5.2.1 Tübinger Modell ZE/PAR²

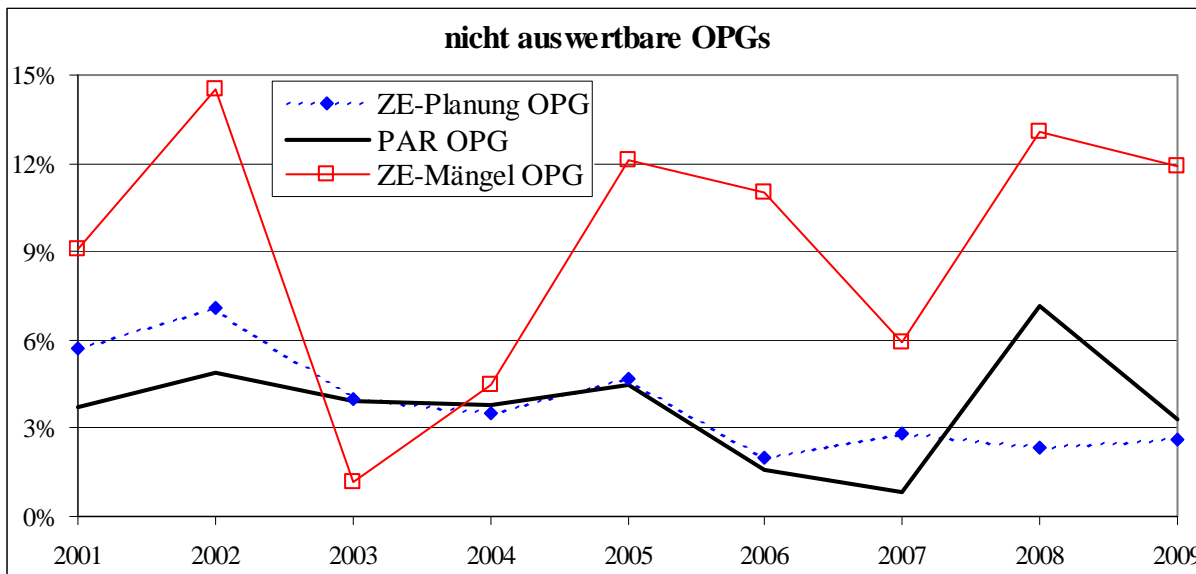
Für die Auswertungen der „Tübinger Modell“-Ergebnisse ist zu beachten, dass die in den nachfolgenden Grafiken angegebenen Prozent-Werte für „ZE-Mängel“ und PAR jeweils nur bedingt aussagekräftig sind, da im Lande Bremen durchschnittlich nur ca. 5-10 PAR-Gutachten und ca. 20 ZE-Mängelgutachten pro Monat erfolgen. Deshalb kann schon eine geringe Schwankung der absoluten Fallzahl zu einer starken prozentualen Veränderung führen. Die durchschnittliche Zahl der ZE-Planungsgutachten liegt hingegen bei rund 100 pro Monat.

Bemerkenswert ist der konstant niedrige Anteil der nicht auswertbaren Zahnfilme bei ZE-Planungsgutachten von rund 5 %. Zu Beginn des „Tübinger Modells“ lag dieser Anteil noch bei deutlich über 10 %. Mit den zwischenzeitlich eingeleiteten Maßnahmen (Hinweise, Beratungsgespräche) konnte die Zahl der nicht auswertbaren Zahnfilme nachhaltig verringert werden:



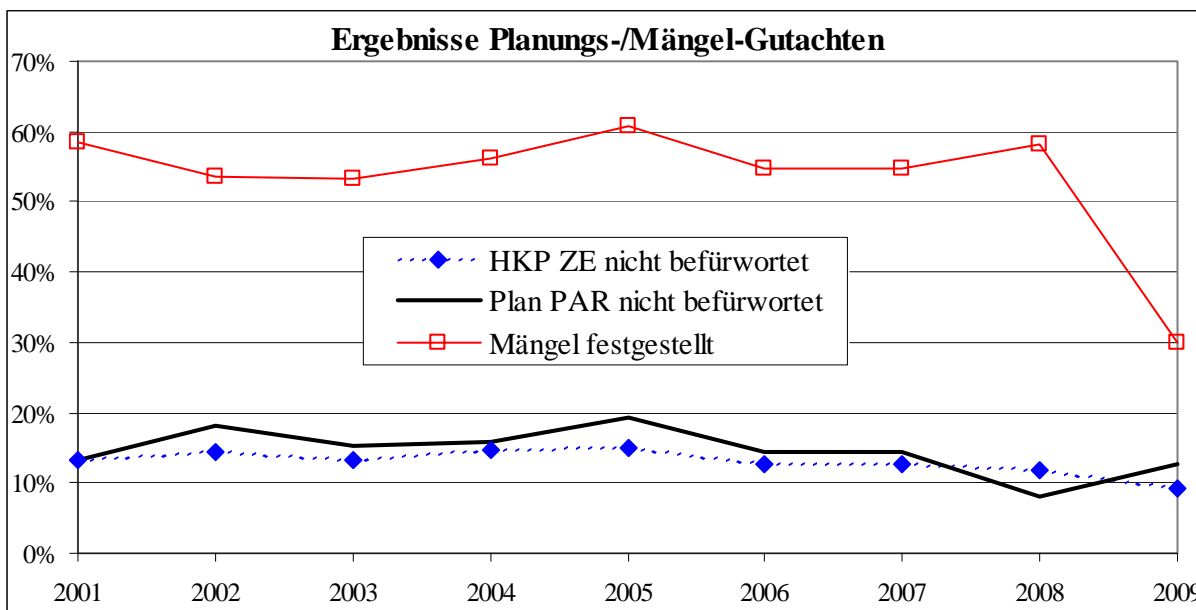
² In den nachfolgenden Auswertungen treten für das Jahr 2008 zum Teil Abweichungen zu den Daten aus dem Qualitätssicherungsbericht 2009 auf, da nach Abschluss der ursprünglichen Auswertungen für 2008 noch „Tübinger Modell“-Bögen eingingen, die nunmehr in den Daten enthalten sind.

Selbiges gilt für die Entwicklung des Anteils nicht auswertbarer OPGs bei ZE-Planungsgutachten, der seit 2006 stabil unter 3 % liegt. Auch hier lag der Anteil zu Beginn des „Tübinger Modells“ noch mehr als doppelt so hoch:



Der Anteil der im Zuge von Planungsgutachten nicht befürworteten ZE-Heil- und Kostenpläne lag seit der erstmaligen Erhebung in 2001 konstant bei lediglich knapp 15 % und ist in 2009 erstmals unter 10 % gefallen. Dies belegt die hohe planerische Kompetenz der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Lande Bremen. Dies gilt genauso für PAR-Planungen, obwohl für 2009 eine leichte Steigerung auf wieder über 10 % vorliegt.

Bei ZE-Mängelgutachten ist auch hier die geringe absolute Anzahl der Gutachten zu beachten. Dies bedeutet aber auch, dass von Seiten der Krankenkassen das Instrument des Mängelgutachtens mit Augenmaß eingesetzt wird, indem offenbar darauf geachtet wird, dass nur für wirklich problematische Fälle Mängelgutachten eingeleitet werden. Dies erklärt unbeschadet des deutlichen Rückganges in 2009 auch den hohen Anteil festgestellter Mängel:



Sowohl hinsichtlich der ZE- als auch der PAR-Gutachten ist die Relation der Zahl der Gutachten zu der Gesamt-Fallzahl zu beachten. Bei insgesamt rund 100.000 ZE-Fällen und über 7.000 PAR-Fällen, die in 2009 von Bremer Zahnärzten über die KZV Bremen abgerechnet wurden, liegt der prozentuale Anteil von

- ZE-Planungsgutachten (1.001) bei 1,0 % (nicht befürwortet: 0,09 %);
- PAR-Planungsgutachten (70) bei 1,0 % (nicht befürwortet: 0,13 %);
- ZE-Mängelgutachten (246) bei 0,2 % (Mängel festgestellt: 0,07 %).

5.2.2 Tübinger Modell KFO

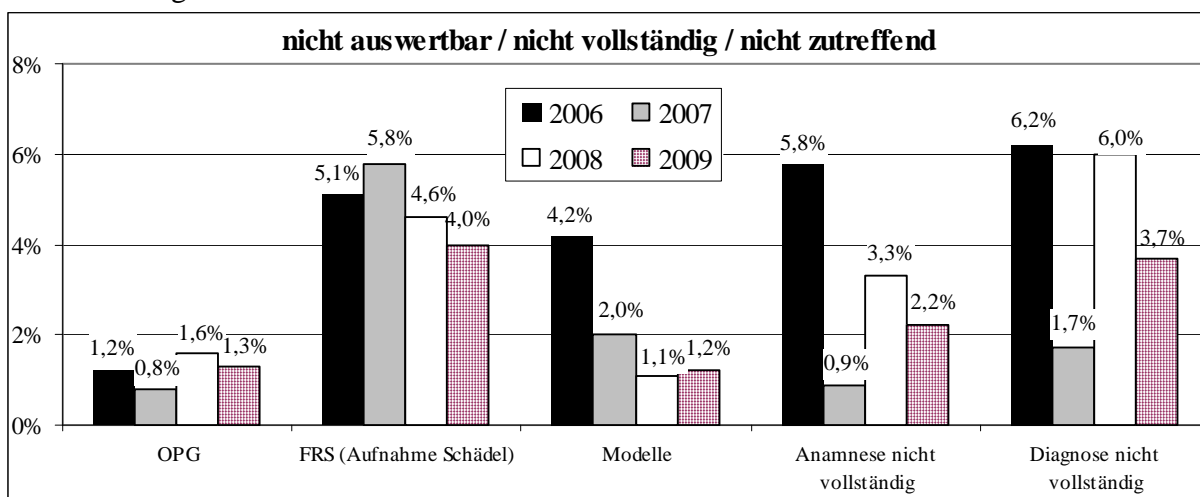
Aufgrund der positiven Erfahrungen hatte der Vorstand der KZV Bremen bereits 2005 beschlossen, das „Tübinger Modell“ mit Wirkung ab dem 01.01.2006 um den Bereich KFO zu erweitern. Besonders in der kieferorthopädischen Behandlung ist die voraussetzungsorientierte Qualitätssicherung von großer Tragweite, da wesentliche Entscheidungen für eine meist drei- bis vierjährige Behandlung eingeleitet werden. Bei einer Fehlbehandlung würde kostbare Entwicklungszeit unwiederbringlich verloren gehen.

In Vorbereitung dieser Erweiterung wurden die kieferorthopädischen Gutachter bereits früh in den Entwicklungsprozess zur Erweiterung des „Tübinger Modells“ einbezogen. Unter Federführung des Vorstandsvorsitzenden und des KFO-Referenten des Vorstandes wurden die Vorschläge und Anregungen der KFO-Gutachter aufgenommen, geprüft und so weit als möglich vorab in das „Tübinger Modell KFO“ eingearbeitet.

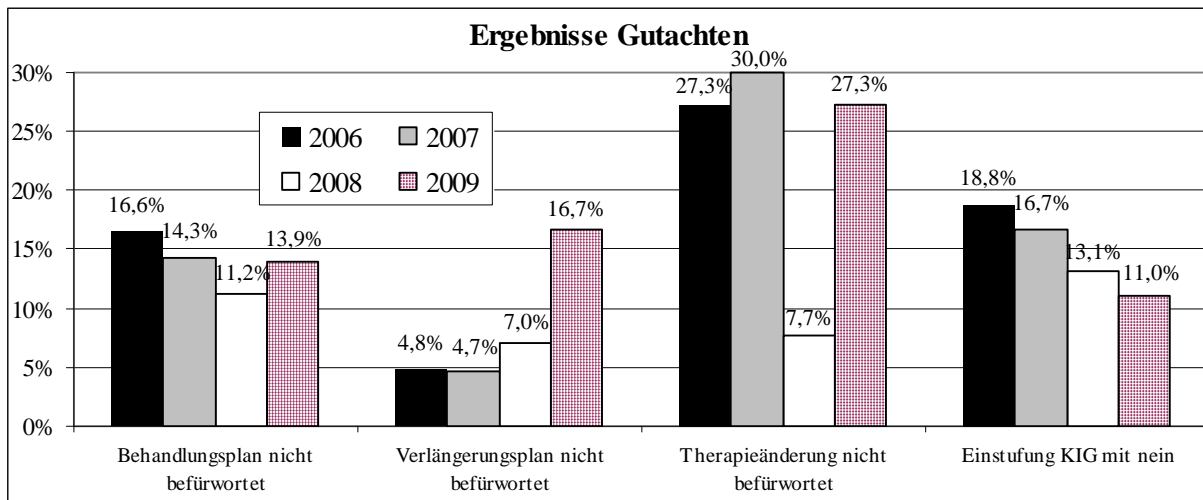
Der „Tübinger Modell KFO“-Ausfüllbogen erfasst die Qualität wesentlicher Voraussetzungen einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung. Alle von den Krankenkassen angeforderten Vertrags-Gutachten werden in die Auswertung einbezogen. Trotz der vergleichsweise geringen Zahl von Kieferorthopäden im Lande Bremen ist auch für das „Tübinger Modell KFO“ eine ausreichende empirische Basis verfügbar. Pro Jahr werden von den Krankenkassen zwischen 300 und 400 KFO-Gutachten in Auftrag gegeben, in den letzten Jahren jedoch mit rückläufiger Tendenz (2006: 378 / 2007: 325 / 2008: 337 / 2009: 315).

Die in diesen vier Jahren erhobenen Werte dokumentieren durchgängig einen sehr hohen Qualitätsstandard in der kieferorthopädischen Planung.

Die im Rahmen der durchgeführten Planungsgutachten – ebenso wie im PAR-Bereich gibt es für KFO keine Mängelbegutachtung – ergaben überwiegend Werte im niedrigen einstelligen Prozent-Bereich. Obwohl auf diesem Niveau kaum noch zu erwarten, zeigt die Auswertung der meisten für die Gutachten vorliegenden Unterlagen für 2009 eine nochmalige Qualitätsverbesserung:



Die KFO-Gutachten im Lande Bremen führten zu folgenden Gesamt-Ergebnissen:



Die starken Schwankungen bei den nicht befürworteten Verlängerungsplänen und den Therapieänderungen ergeben sich vorrangig daraus, dass hier im Lande Bremen pro Monat nur jeweils 2-3 Gutachten anfallen. So führen bereits wenige Gutachten mehr oder weniger zu starken prozentualen Veränderungen.

In Bezug auf die insgesamt von Kieferorthopäden im Lande Bremen über die KZV Bremen in 2009 abgerechneten ca. 60.000 KFO-Fälle ergeben sich folgende prozentuale Anteile:

- Behandlungsplan nicht befürwortet: 0,06 %;
- Verlängerungsplan nicht befürwortet: 0,01 %;
- Therapieänderung nicht befürwortet: 0,01 %.

Die nächste „Tübinger Modell“-Auswertung erfolgt Anfang 2011.

6. Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind im SGB V definiert (im Wesentlichen §§ 135a und 137; → Kapitel 1) und somit durch die KZV zwingend umzusetzen. Gemäß § 135a SGB V ist zu unterscheiden zwischen

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

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

6.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie

Am 31.12.2006 trat die am 17.11.2006 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie zum Qualitätsmanagement (QM) gemäß §§ 135a Abs. 2 Ziffer 2 und § 137 SGB V mit folgender Zielsetzung in Kraft:

„Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. Insbesondere soll die Ausrichtung der Praxisabläufe an gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen unterstützt werden. Qualitätsmanagement muss für Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patienten nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein. Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten, insbesondere der Patienten zu erhöhen.

Die Ziele des Qualitätsmanagements werden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert wird, gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. Diese Schritte liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf beschrieben.“

Im Einzelnen umfasst das vereinbarte Qualitätsmanagement-Modell folgende Grundelemente bzw. Vorgaben für die Praxen:

- Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes,
- Definition von Zielen,
- Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten,
- Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten,
- Durchführung von Änderungsmaßnahmen,
- erneute Erhebung des Ist-Zustandes,
- praxisinterne Rückmeldung über die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement-Maßnahmen.

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

Die KZV Bremen hat umgehend nach Vorliegen der Richtlinie mit den Planungen für Schulungsmaßnahmen zur praktischen Umsetzung begonnen. Hierzu wurde die Firma Kock & Voeste als Kooperationspartner gewonnen. Kock & Voeste hatte derartige Schulungen zuvor bereits im Bereich der KZV Berlin durchgeführt.

In Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Bremen wurde das Berliner Schulungskonzept für das Land Bremen dahingehend angepasst, dass Schnittstellen zu dem bestehenden BuS-Dienst der Zahnärztekammer geschaffen wurden. Damit konnte erreicht werden, dass einige Unterlagen und Daten, die von den Praxen bereits für den BuS-Dienst zusammengetragen

wurden und die in gleicher Weise für die Umsetzung der QM-Richtlinie benötigt werden, von den Praxen direkt übernommen werden können.

Nachdem das Konzept der Bremer Zahnärzteschaft Ende 2007 vor über 200 Teilnehmern vorgestellt wurde, erfolgten die Schulungen, die gemeinsam von KZV und Zahnärztekammer angeboten und von der Firma Kock & Voeste durchgeführt wurden, zwischen Anfang 2008 bis Herbst 2009. Die jeweils halbtägigen Schulungen wurden in Kleingruppen mit je maximal 18-20 Teilnehmern durchgeführt. Die Teilnehmer (aus jeder teilnehmenden Praxis jeweils 1 Behandler + 1 ZFA) erhielten ein Qualitätsmanagement-Handbuch auf CD, in dessen Handhabung sie auf der Schulung eingewiesen wurden.

Die inhaltliche Konzeption der Schulungen sah vor, dass jede Praxis in die Lage versetzt wurde, mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand die Vorgaben aus der Richtlinie zu erfüllen. Außerdem war die Schulung inhaltlich dergestalt aufgebaut, dass die Teilnehmer bei Bedarf weitergehende freiwillige Maßnahmen bis hin zur Zertifizierung anschließen konnten. Sowohl in 2008 als auch in 2009 erfolgten zwischenzeitlich Updates der QM-CD, die allen Teilnehmern der Schulungen zur Verfügung gestellt wurden.

Bis zum Abschluss der Kursreihe im September 2009 nahmen an den insgesamt 29 Kursen in Bremen und Bremerhaven knapp 300 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte teil.

Die KZV Bremen hat im September 2010 eine Umfrage über die Zufriedenheit der Anwender des QM-Handbuches von Kock & Voeste durchgeführt. An dieser Umfrage haben sich über 100 Praxen im Lande Bremen beteiligt. Die Umfrage ergab u.a., dass die Mehrheit der Teilnehmer die QM-Richtlinie in ihren Praxen entweder zu wesentlichen Teilen bereits umgesetzt oder die Umsetzung schon vollständig abgeschlossen hat. Da im Rahmen dieser Umfrage auch der Bedarf für zusätzliche Schulungen geäußert wurde, ist für Anfang 2011 geplant, einmalig Ergänzungs-Schulungen anzubieten, deren Inhalte in direkter Anknüpfung an die Basis-Schulungen auf die konkrete Erstellung des QM-Handbuches ausgerichtet sind.

Sofern zukünftig z.B. für Neu-Niedergelassene Schulungsbedarf besteht, wird die Zahnärztekammer entsprechende Basis-Kurse anbieten.

Gemäß § 6 der Qualitätsmanagement-Richtlinie „fordern (die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen) nach Ablauf von 4 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Ergebnisse sind der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu melden, die spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet“.

Die KZV Bremen hat die zufällige Auswahl bereits vorgenommen. Die „gezogenen“ Mitglieder erhalten Anfang Januar 2011 einen von der KZBV entwickelten, bundeseinheitlichen Berichtsbogen mit der Bitte, diesen bis Ende Januar an die KZV Bremen zurück zu senden.

6.2 Qualitätssicherungs-Richtlinie

Nach mehrjährigen Verhandlungen verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) am 19.04. bzw. 20.05.2010 die Bundesrichtlinie zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (QS) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13, § 135a, Abs. 2, Ziffer 1 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Am 05.11.2010 sprach das Bundesgesundheitsministerium die Nichtbeanstandung aus. Dabei wurden u.a. folgende Auflagen erhoben:

- der GBA muss bis zum 31.12.2011 eine Regelung beschließen, die für Transparenz über die auf Landesebene geschlossenen Vereinbarungen und ihre Folgekosten herstellt und dem Ministerium bis zum 31.12.2012 über die Ergebnisse berichten;

- spätestens mit der Beschlussfassung des GBA über die themenspezifischen Bestimmungen ist eine Einwilligungslösung für nicht gesetzlich versicherte Patienten vorzusehen;
- bis zum 31.12.2011 muss eine Regelung getroffen werden zur Überprüfung des Datenflusses auf dessen Vereinbarkeit mit datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Die QS-Richtlinie sieht stark vereinfacht ein Themen-bezogenes „Praxis-Benchmarking“ auf Grundlage von Abrechnungsdaten vor (einschließlich der Daten für Privat-Leistungen). Jede Praxis erhält dann einen Bericht, in dem ihr mitgeteilt wird, wie sie bei dem Benchmarking abgeschnitten hat.

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

Die QS-Richtlinie gilt für „sektorübergreifende“ Behandlungen (z.B. Arzt/Krankenhaus). Damit ist die Zahnheilkunde als vorrangig sektorspezifischer Bereich zunächst nicht direkt betroffen. Eine Erweiterung der QS-Richtlinie auf die Zahnheilkunde ist aber angekündigt.

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

- fachliche Auswertung der erhobenen Daten.
- Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
- Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten.
- Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.
- laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von der Institution nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie sieht für die Organisation, die Besetzung sowie die Finanzierung der LAG folgende bindende Regelungen vor:

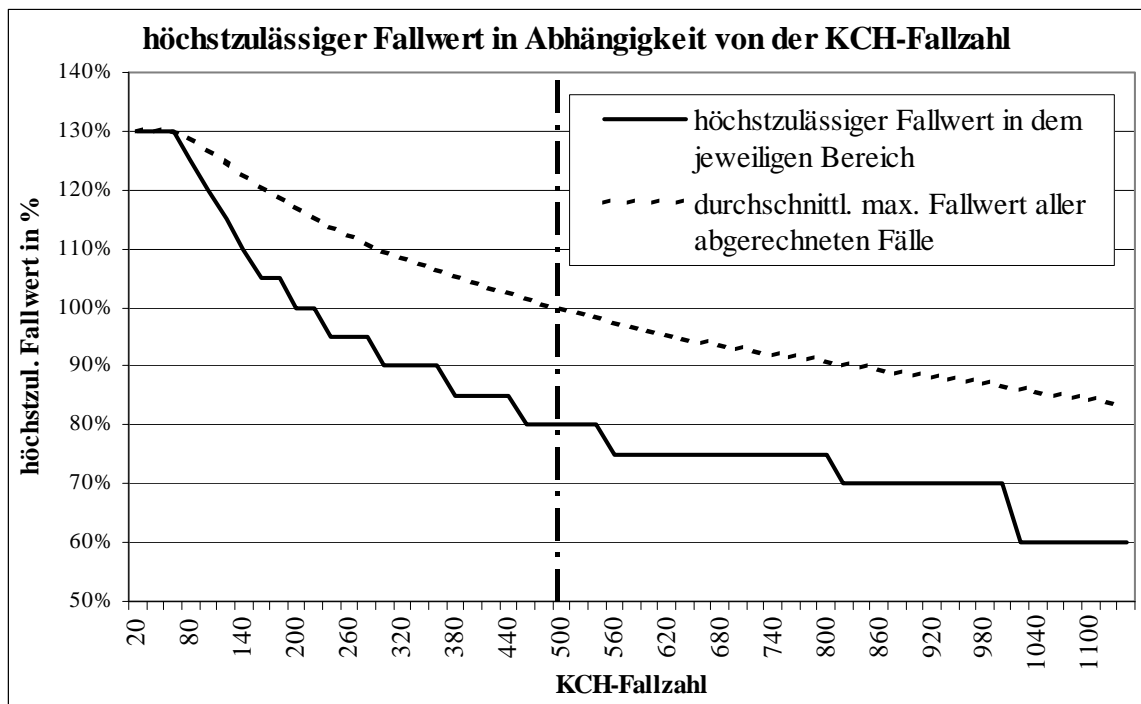
- „Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungsgremium. Die Organisationen sind im Lenkungsgremium stimmberechtigt.“
- „Das Lenkungsgremium ist paritätisch besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einerseits und Vertreterinnen und Vertretern der (...) Organisationen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer (KV, KZV Landeskrankenhausgesellschaft/LKG) andererseits.“
- „Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landes Zahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind.“
- „Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.“

Die „Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bremen“ hat die Mitglieder der LAG für das Frühjahr 2011 zu einer ersten Besprechung zur Umsetzung der QS-Richtlinie im Lande Bremen eingeladen.

7. Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Bis einschließlich 2002 wurden die HVM-Bemessungsgrenzen jeweils als absoluter Wert auf Grundlage der Vergütungsergebnisse der Vorjahre ermittelt. Mit Beginn des Jahres 2003 wurde der HVM auf eine gegenwarts-bezogene Fallzahl-Systematik umgestellt.

Danach ergibt sich das jeweilige individuelle „HVM-Praxisbudget“ pro Quartal aus der Multiplikation der für ein Quartal je Vertragszahnarzt aktuell abgerechneten KCH-Fallzahl mit dem jeweiligen höchstzulässigen Fallwert. Dieser Fallwert ist umso niedriger, je höher die abgerechnete KCH-Fallzahl je Vertragszahnarzt pro Quartal ist. D.h. Praxen mit geringen KCH-Fallzahlen erhalten je Fall eine höhere Vergütungsobergrenze als Praxen mit hohen Fallzahlen:



Für die ersten 220 Fälle gilt ein höchstzulässiger Fallwert von mehr als 100 %. Ab dem 221. Fall sinkt der höchstzulässige Fallwert auf unter 100 % ab. Aus diesen Abstufungen ergibt sich bei einer KCH-Fallzahl von 500 ein durchschnittlicher höchstzulässiger Fallwert über alle abgerechneten Fälle von 100 % des festgelegten höchstzulässigen Fallwertes je Leistungsart (siehe auch vorstehende Grafik). Ist die abgerechnete KCH-Fallzahl größer als 500, sinkt der durchschnittliche höchstzulässige Fallwert über alle abgerechneten Fälle unter 100 % ab.

Höhere höchstzulässige Fallwerte für die ersten Behandlungsfälle des Quartals gewährleisten die flächendeckende Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten mit vertragszahnärztlichen Leistungen, weil sie auch kleineren vertragszahnärztlichen Praxen die kosten deckende Versorgung der Patienten gestattet.

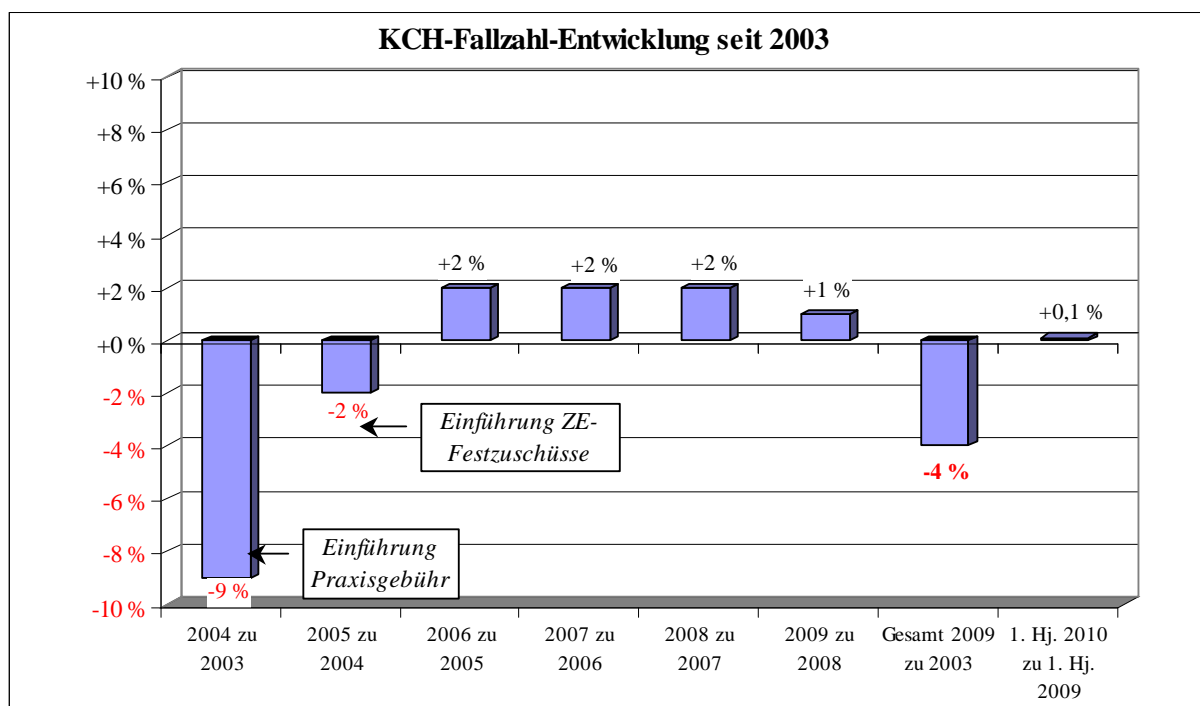
Durch den HVM wurde bis Ende 2004 zusätzlich die Prävention gefördert, indem auch die Vergütung für ZE-Fälle direkt an die KCH-Fallzahl gekoppelt war. D.h. nur Fälle, für die zahnerhaltende Leistungen erbracht wurden, lösten auch ein Budget aus. Dadurch wurde besonders für zuvor vorrangig ZE-orientierte Praxen ein Anreiz geschaffen, sich stärker in Richtung der Zahnerhaltung zu orientieren. Dieser Ansatz wurde noch dadurch ergänzt, dass am Jahresende individuell nicht ausgeschöpfte Anteile der ZE-Praxisbudgets auf die Praxisbudgets für KCH/PAR/KBR übertragen wurden, diese also erhöhten. Voraussetzung dafür war allerdings eine entsprechende Verfügbarkeit von Mitteln aus den von den Krankenkassen zur Verteilung zur Verfügung gestellten Budgets.

Seit Einführung des Festzuschussystems am 01.01.2005 unterliegen die Umsätze für Zahnersatz nicht mehr der gesetzlichen Budgetierung sowie der Honorarverteilung.

Seit Einführung der Fallzahl-/Fallwert-bezogenen HVM-Systematik wird zusätzlich der Anteil von „Fall-Überschneidungen“ insbesondere in Praxisgemeinschaften geprüft. Damit soll vermieden werden, dass Praxisgemeinschaften durch eine „künstliche“ Erhöhung ihrer Fallzahl ihr HVM-Praxisbudget zu Lasten aller anderen Mitglieder der KZV Bremen erhöhen. Gemäß des HVM ist ein Überschneidungsanteil von 15 % der Gesamtfallzahl zulässig. Ausgegangen wurde hierbei von einer insgesamt pro Jahr ca. 6wöchigen gegenseitigen Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall. Wird der Grenzwert von 15 % überschritten, dann bleiben die darüber liegenden Fallzahlen für die Berechnung der Höhe des HVM-Praxisbudgets unberücksichtigt.

Nach mittlerweile 8 Jahren ohne grundsätzliche Änderungen hat der HVM der KZV Bremen eine Kontinuität gewonnen, die – trotz der unverändert fortbestehenden Kritik an der gesetzlichen Budgetierung – den Praxen die Möglichkeit gegeben hat, ihre Behandlungsausrichtungen an die o.g. Vorgaben aus dem HVM anzupassen.

Außer durch gesetzliche Eingriffe (z.B. Praxisgebühr in 2004, Festzuschüsse für Zahnersatz in 2005) ist es nicht zu nachhaltigen Veränderungen in den Fallzahlen gekommen. In 2009 lag die KCH-Fallzahl immer noch um 4 % unter dem Wert des letzten „normalen“ Jahres 2003:



Dies belegt einmal mehr, dass es eine Mengenausweitung mit – unterstelltem – Qualitätsverlust bei den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten im Lande Bremen nicht gibt.

8. ergänzende Maßnahmen

Ausgehend von den regelmäßigen statistischen HVM-Auswertungen wurden bereits vor einigen Jahren verschiedene „Hitlisten“ entwickelt, mit denen zielgerichtet ungewöhnliche Entwicklungen festgestellt werden können.

Bereits vor der Einführung des Fallzahl-bezogenen HVM wurden u.a. PAR- und KBR-„Hitlisten“ erstellt. Grund hierfür war der über mehrere Jahre hinweg kontinuierlich stark ansteigende Anteil der PAR- und KBR-Umsätze an der budgetierten Gesamtvergütung. Mit diesen Listen wurde ausgewertet, welche Praxen einen überdurchschnittlich hohen Anteil ihres KZV-Umsatzes durch PAR- und/oder KBR-Leistungen erzielten. Dabei wurde nicht die absolute Höhe der PAR-/KBR-Umsätze betrachtet, sondern praxisindividuell der Anteil am Gesamt-Praxisumsatz sowie die Relation der PAR- bzw. KBR-Fallzahl zur KCH-Fallzahl. Die Intention dieser Hitlisten war nicht eine Kontrolle dieser Praxen, sondern eine kollegiale Erörterung der Hintergründe der Leistungserbringung.

In den meisten Erörterungen legten die Praxisinhaber zum Teil Einzelfall-bezogen, zum Teil grundsätzlich die medizinische Indikation ihrer PAR- bzw. KBR-Fälle dar. Im Gegenzug boten diese Gespräche dem Vorstand die Möglichkeit, auf geänderte Abrechnungsrahmenbedingungen hinzuweisen (z.B. Einführung des PAR-Screening-Index „PSI“) oder in grundsätzliche Erörterungen über die vertragszahnärztliche Parodontal-Behandlung bzw. Schienungstherapien einzutreten.

Die Informationen, die der Vorstand aus diesen Gesprächen erhielt, konnten zum Teil in Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen genutzt werden, wenn es um die Erörterung der Ausgabensteigerungen der Krankenkassen für diese Leistungsarten ging.

Insbesondere hinsichtlich der PAR-Behandlungen steht die KZV in einem Spannungsfeld. Einerseits ist der stark gestiegene Bedarf an PAR-Behandlungen zahnmedizinisch völlig unumstritten. Andererseits ist die KZV mit § 85 Abs. 4 SGB V verpflichtet, mittels des Honorarverteilungsmaßstabes (→ Kapitel 7) „eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes“ zu verhindern. Einmal mehr wird hier durch gesetzliche Vorgaben monetären Aspekten ein absoluter Vorrang gegenüber dem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf eingeräumt.

Parallel mit der Einführung des Fallzahl-bezogenen HVM wurden in 2003 die sogenannten „HVM-Hitlisten“ eingeführt, die seitdem quartalsweise erstellt werden. Ziel dieser Maßnahme ist die praxisindividuelle Beobachtung der Fallzahl-Entwicklung – jeweils im Vergleich zum Vorjahreszeitraum – zur Feststellung nicht nachvollziehbarer Fallzahlsteigerungen, die ggf. mit einer Verminderung der Qualität der erbrachten Leistungen einher gehen könnten.

Eine der wesentlichen Erkenntnisse aus diesen „HVM-Hitlisten“ ist, dass zumindest länger bestehende Praxen ihre Fallzahl nicht dauerhaft wesentlich steigern können. Zwar war in Einzelfällen z.B. durch den erstmaligen Einsatz eines Recall-Systems ein kurzfristiger Anstieg der Fallzahl zu beobachten. Zumeist nutzten sich derartige Instrumente zur Fallzahlsteigerung aber schnell ab, so dass in der Regel spätestens zwei Quartale später ein Rückgang der Fallzahl auf das vorherige Niveau zu beobachten war.

Kam es aber ohne ersichtlichen Hintergrund zu einer ebenso erheblichen wie dauerhaften Fallzahl-Steigerung, so erfolgte eine detaillierte Einzelfall-Prüfung. In einem Fall ergab diese Einzelfall-Prüfung, dass die Fallzahl-Steigerung auf nicht zulässige Maßnahmen der Praxis zurückzuführen war. Im Rahmen der Qualitätssicherung kam somit ein Fall von Falschabrechnung zu Tage, der für die betroffene Praxis schwerwiegende Konsequenzen hatte.

Am 01.07.2008 trat die Bundes-Richtlinie zu Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V in Kraft. Die KZV Bremen hatte den Krankenkassen-Verbänden zeitnah den Entwurf einer Vereinbarung zur regionalen Umsetzung dieser Richtlinie übermittelt.

Wesentliche Prüf-Inhalte der Vereinbarung über die Plausibilitätsprüfung sind gemäß der Bundesrichtlinie:

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

Die KZV Bremen schlug den Verbänden vor, die bereits seit mehreren Jahren intern durchgeführten Erhebungen (siehe oben: „HVM-Hitlisten“, „Fallüberschneidungen“) zum Gegenstand dieser gesetzlich vorgegebenen Vereinbarung zu machen. Obwohl mit den Verbänden schon in 2008 schnell eine weitgehend Einigung über die Inhalte einer Vereinbarung zur Plausibilitätsprüfung erzielt wurde, stellten die Verbände kurz darauf die weitere Arbeit an der Vereinbarung ein. Eine Wieder-Aufnahme der Gespräche ist bis heute nicht erfolgt.

Unabhängig von dieser Vereinbarung werden die vorstehend dargestellten Erhebungen weiterhin intern von der KZV Bremen durchgeführt. Ergeben diese Auffälligkeiten Klärungsbedarf, so wird umgehend das Gespräch mit den entsprechenden Praxen gesucht. In der Regel führen diese Gespräche zu dem Ergebnis, dass den Praxisinhabern die aufgetretene Problematik gar nicht bewusst ist. Auch ohne gesetzlich verordnete Zwangsmaßnahmen konnte allein durch Aufklärungsarbeit in der überwiegenden Zahl der Fälle eine nachhaltige Veränderung des Abrechnungsverhaltens erreicht werden.

Dieses Beispiel belegt, dass eine wirksame innerzahnärztliche Qualitätskontrolle weder einer gesetzlichen Vorgabe noch formaler Vereinbarungen mit den Krankenkassen bedarf, da sich die Zahnärzteschaft ihrer Aufgaben und ihrer Verantwortung voll inhaltlich bewusst ist.

9. Gesetzliche Vorgaben vs. Qualitätssicherung

Bereits mit dem GMG hat der Gesetzgeber eine Vielzahl von Vorgaben geschaffen, zu denen in den Gesetzesbegründungen auf die Qualitätssicherung bzw. -förderung abgestellt wird.

9.1 Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V

Insbesondere ist hier die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V zu nennen. Danach mussten alle Vertragszahnärzte innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes – erstmals zum 30. Juni 2009 – nachweisen, dass sie „sich in dem Umfang fachlich fortbilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein“ (§ 95 d Abs. 1 SGB V). Gemäß § 95 d Abs. 6 SGB V haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer einvernehmlich geregelt, dass jeder Vertragszahnarzt zur Erfüllung seiner Fortbildungspflicht innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraumes 125 „Fortbildungspunkte“ zu erbringen hat. Die Vergabe der „Fortbildungspunkte“ für Fortbildungsveranstaltungen erfolgt dabei durch die Kammern.

Sofern Mitglieder der KZV ihrer Fortbildungsverpflichtung bis zum 30.06.2009 nicht bzw. nicht in dem vorgegebenen Umfang nachkamen, war die KZV verpflichtet, das abgerechnete Honorar zunächst für vier Quartale um 10 % und für vier weitere Quartale um 25 % zu kürzen, bis der Fortbildungsnachweis vollständig erbracht ist. Kommt der Vertragszahnarzt dieser Verpflichtung bis zwei Jahre nach Ablauf der Fortbildungsfrist nicht nach, so ist die KZV verpflichtet, „unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung zu stellen“ (§95 d Abs. 3 SGB V).

Zahnärztlicherseits wird die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung abgelehnt, da diese Vorgabe dazu führen kann, dass Fortbildung lediglich „der Punkte wegen“ erfolgt. Sinn und Zweck der Fortbildung muss aber in erster Linie die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt zum Wohle des Patienten sein. Mit der gesetzlichen Regelung ist vorprogrammiert, dass Vertragszahnärzte ggf. an Fortbildungen teilnehmen (müssen), die weder für sie noch für ihre Patienten von Nutzen sind, nur um ihr Punktekontingent zu erfüllen.

Die erstmalige Überprüfung der Fortbildungspflicht zum 30.06.2009 ergab, dass insgesamt 7 Mitglieder der KZV Bremen dieser Verpflichtung nicht bzw. nicht vollständig nachgekommen waren (= 1,5 %). Hierbei handelte es sich überwiegend um ältere Mitglieder, die ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit bald beenden werden bzw. zwischenzeitlich bereits beendet haben, so dass es für zwei Mitglieder nur für ein bzw. zwei Quartale zu Honorarkürzungen kam. Ein Mitglied verstarb unmittelbar nach Ablauf der Fortbildungsfrist. Für vier Mitglieder mussten über mehrere Quartale 10%ige Honorarkürzung vorgenommen werden. Zwei dieser Mitglieder haben ihre Fortbildungspflicht zwischenzeitlich nacherfüllt. Für die beiden verbliebenen Mitglieder ist die Honorarkürzung seit dem Quartal III/10 auf 25% angestiegen. Sofern diese Mitglieder Ihre Fortbildungspflicht nicht bis zum 30.06.2011 nachträglich erfüllen, ist die KZV gehalten, unverzüglich einen Antrag auf Entzug der Zulassung zu stellen.

Alle Mitglieder, deren „Fortbildungsfrist“ aufgrund später aufgenommener oder zwischenzeitlich ruhender Zulassung erst nach dem 30.06.2009 ablief, haben ihre Fortbildungspflicht ausnahmslos erfüllt.

9.2 Beauftragter gemäß § 81a SGB V

Schließlich zählt zur Qualitätssicherung im weitesten Sinne auch die ordnungsgemäße Abrechnung von Leistungen durch die Mitglieder der KZV. Qualitätssicherung ist hier weniger

im Sinne einer verstärkten Abrechnungs-Kontrolle zu verstehen, wie sie von der GKV-Prüfgruppe oder auch der Staatsanwaltschaft bereits angestrebt wird.

Qualitätssicherung umfasst in diesem Zusammenhang die regelmäßige und zeitnahe Information der Mitglieder der KZV über Änderungen im Abrechnungsgeschehen, Aufklärung über die möglichen Folgen irrtümlich fehlerhafter Abrechnungen und die fortwährende Beratung in Abrechnungsangelegenheiten.

Zweifelhaft ist, ob auch die Tätigkeit des Beauftragten nach § 81a SGB V zur Qualitätssicherung im weitesten Sinne zu zählen ist. Aufgabe des Beauftragten ist die Verfolgung von Fällen, in denen ein Schaden zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen entstanden ist. Zwar wird von Seiten der Krankenkassen die Tätigkeit des Beauftragten (hier: gemäß § 197a SGB V) als Beitrag zur Qualitätssicherung betrachtet. Allerdings führt diese Sichtweise wieder auf das anfangs genannte Problem zurück, dass Qualitätssicherung damit allein auf den Kosten-Gesichtspunkt reduziert wird.

9.3 Weiteres

Über die beschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die KZV hinaus unterliegen zahnärztliche Praxen noch in einer Vielzahl weiterer Bereiche sowohl der gesetzlichen Verpflichtung als auch einem originären Eigen-Interesse zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Exemplarisch seien hier lediglich die Bereiche

- Patientenschutz,
- Hygienebestimmungen / RKI-Richtlinien,
- Arbeitsschutz,
- Röntgenverordnung

genannt.

10. Selektivverträge nach § 73c SGB V

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber weitere Veränderungen geschaffen, die zwar nicht unmittelbar auf die Qualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung abzielen, diese aber dennoch direkt berühren.

Mit dem am 01.01.2009 in Kraft getretenen Gesundheitsfonds gilt für alle GKV-Kassen der gleiche, gesetzlich vorgegebene Beitragssatz (bis 31.12.2010: 14,9 % / ab 01.01.2011: 15,5 %). Einnahmeunterschiede für die GKV-Kassen ergeben sich nur noch aus den morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Fonds.

Insbesondere für die Ersatzkassen, die im vertragszahnärztlichen Bereich – außer für Zahnersatz-Leistungen – historisch bedingt immer noch geringfügig höhere Vergütungen bezahlen als die Primärkassen, hat sich die finanzielle Situation durch den Fonds zum Teil dramatisch verschlechtert. Dies gilt auch für einige Primärkassen. In jedem Fall steigt der finanzielle Druck auf die Kostenträger weiter an. Außer dem Ansatz, die internen Kosten z.B. durch Fusionen zu verringern, besteht eine Kompensationsmöglichkeit für die Krankenkassen bei den Vergütungen der Leistungserbringer.

Der Gesetzgeber hat dazu für den Bereich der ambulanten Versorgung die Möglichkeit von Selektivverträgen nach §§ 73b und 73c SGB V geschaffen. Trotz ihrer unterschiedlichen Inhalte haben Verträge nach beiden Paragraphen gemeinsam, dass sie von Seiten der Krankenkassen nur mit einzelnen oder einer Gruppe von Leistungserbringern geschlossen werden können.

Die bisherigen kollektivvertraglichen Regelungen werden dadurch ausgehöhlt. Zwar ist die „besondere Qualität“ der im Rahmen derartiger Verträge erbrachten Leistungen in der Außerdarstellung sowohl des Gesetzgebers als auch der Krankenkassen ein wesentliches Argument. Eine genauere Definition, was unter dieser „besonderen Qualität“ zu verstehen ist, steht aber bisher aus. Da diese Selektivverträge zudem nur mit einem Teil der Leistungserbringer geschlossen werden, können sie auch nur einem Teil der Versicherten zu Gute kommen.

Die DAK hat einen bundesweiten Selektivvertrag nach § 73c SGB V mit der Indento GmbH geschlossen. Vertragszahnärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen sich dazu verpflichten, zahntechnische Laborleistungen für ebenfalls an dem Vertrag teilnehmende DAK-Versicherte ausschließlich über die mit der Indento GmbH verbundene Imex GmbH zu beziehen und Zahnersatz-Regelversorgungen zuzahlungsfrei zu erbringen. Finanzielle Einsparungen für die DAK ergeben sich aus diesem Vertrag nicht, da die Festzuschüsse unverändert gezahlt werden. Die Zuzahlungsfreiheit für den Patienten resultiert aus niedrigeren Material- und Laborkosten sowie einem erzwungenen Honorarverzicht der teilnehmenden Behandler. Außervertragliche Leistungen (z.B. Implantate, PZR), die Bestandteil des Vertrages sind, sind für die DAK finanziell ebenfalls gänzlich ohne Belang. Die DAK war bereits vor Einführung des bundeseinheitlichen KV-Beitrages eine vergleichsweise „teure“ Kasse. Seit 2010 erhebt die DAK einen Zusatzbeitrag. Es liegt deshalb die Vermutung nahe, dass die DAK den Vertrag mit der Indento GmbH lediglich als Marketing-Maßnahme mit dem ausschließlichen Ziel der Gewinnung neuer Versicherter betreibt.

Noch einen Schritt weiter ging die BKK Firmus, die Mitte 2010 mit der Managementgesellschaft „Zahnfee GmbH“ einen §73c-Vertrag über den gesamten Bereich der zahnärztlichen Versorgung im Lande Bremen geschlossen hat. Bereits der Umstand, dass die „Zahnfee“-GmbH gemäß des Vertrages plante, die Versorgung der an dem Vertrag teilnehmenden Versicherten der BKK Firmus im gesamte Lande Bremen lediglich durch eine von dem GmbH-Inhaber selbst betriebene Zweigpraxis sicher zu stellen, ließ nachhaltige Zweifel an der Qualität des Vertrages in Hinblick auf die Versorgung der Versicherten aufkommen. Gemäß der bundesmantelvertraglichen Regelungen ist der zeitliche Tätigkeitsumfang des Antragsstellers

in dieser Zweigpraxis auf maximal 13 Stunden pro Woche begrenzt. Wie mit diesem Zeitrahmen eine durchgängige Versorgung der Versicherten auch in Notfällen außerhalb der regulären Sprechzeiten erfolgen soll, blieb offen. Der Antrag der Inhabers der „Zahnfee GmbH“ auf Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis im Lande Bremen wurde von den zuständigen Gremien aufgrund Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen abgelehnt.

Trotz der damit nicht in Kraft getretenen Vertragsgrundlage – § 73c SGB V sieht den Abschluss von Verträgen mit vertragszahnärztlichen Leistungserbringern vor – wurde der Vertrag sowie die „Zahnfee“-Zweigpraxis von der BKK Firmus weiterhin beworben. Mehrere Aufforderung der KZV Bremen an die BKK Firmus zur Stellungnahme zu diesem Vorgang blieben bis heute unbeantwortet. Statt dessen gingen von der BKK Firmus zwischenzeitlich mehrere Schreiben ein, in denen diese ankündigte, dass sie die an die KZV zu zahlende Gesamtvergütung um die Pro-Kopf-Beträge der teilnehmenden Versicherten an dem Selektivvertrag kürzen würde, obwohl die Bereinigung der Gesamtvergütung gemäß § 73c Abs. 6 SGB V ausdrücklich den Vertragspartnern des Kollektivvertrages (hier: KZV Bremen / BKK Landesverband Mitte) obliegt. Die KZV Bremen hat darauf hin am 01.10.2010 Beschwerde beim Bundesversicherungsamt eingelegt, das zugesagt hat, die Angelegenheit zu prüfen.

Dieser Vorgang belegt exemplarisch, dass die Qualität der Versorgung in diesem Vertrag nach § 73c SGB V offensichtlich völlig nachrangig ist. Im Fokus der BKK Firmus steht ausschließlich die Leistungsvergütung außerhalb des Kollektivvertrages und damit die Reduzierung von Zahlungen an die KZV.

Die Selektivverträge der DAK und der BKK Firmus haben gemeinsam, dass sie lediglich bereits heute übliche zahnärztliche Leistungen umfassen. Weder ist erkennbar, wo es sich hierbei um eine „besondere ambulante zahnärztliche Versorgung“ gemäß § 73c SGB V handelt, noch beinhalten die Verträge konkrete Qualitäts-Definitionen. Sofern Qualitätsmerkmale überhaupt beschrieben werden, so erfolgt dies in lediglich allgemeiner Form. Aufgrund der unabhängig von Selektivverträgen bereits geltenden, deutlich konkreten gesetzlichen Qualitätsvorgaben für alle Vertragszahnärzte führen derartige Verträge weder zu einer Qualitätssicherung noch zu einer Qualitätsverbesserung. Offensichtliches Ziel aller Krankenkassen, die derzeit versuchen, Selektivverträge zu etablieren, ist, durch diese Verträge Preissenkungen für ihre Patienten im Bereich der Zuzahlungen zu erreichen und dies als Marketing-Instrument zu nutzen.

Die dennoch nach außen propagierte – aber nicht näher definierte – Qualität der im Rahmen dieser Verträge vereinbarten Leistungen wird spätestens mittelfristig nicht mehr realisierbar sein. Qualität – insbesondere deren Sicherung und ggf. sogar Verbesserung – erfordert laufende Investitionen der Praxen. Doch schon in den letzten Jahren war das Investitionsniveau der überwiegenden Zahl der vertragszahnärztlichen Praxen rückläufig, wie durch sinkende Abschreibungsbeträge eindeutig belegt wird. Wurden zunächst vorrangig Neu-Investitionen zurückgestellt, so sind mittlerweile auch Ersatz-Investitionen betroffen. Mit dem Preisdruck durch Selektivverträge wird diese Entwicklung noch weiter verschärft werden.

Verträge nach § 73c SGB V sind folglich sogar qualitätsfeindlich.

Da an Selektivverträgen definitionsgemäß nur ein Teil der Leistungserbringer als auch der Versicherten teilnehmen können, führen Verträge nach § 73c SGB V zudem zu einer Gefährdung der wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung. An einem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte können nicht mehr ihren langjährigen Hauszahnarzt aufsuchen, wenn dieser nicht ebenfalls an dem selben Selektivvertrag teilnimmt. Das heißt, diese Patienten verlieren ihr Recht auf die freie Wahl des Behandlers und müssen zwangsweise ihren Zahnarzt wechseln. Dies bedeutet nicht nur den Verlust des über Jahre aufgebauten Vertrauens-

verhältnisses zwischen Zahnarzt und Patienten, sondern führt ggf. auch zu einer Unterbrechung der zahnärztlichen Betreuung und Versorgung.

Ein besonderes Problem ist, dass Krankenkassen Verträge nach § 73c SGB V auch mit rein renditeorientierten Managementgesellschaften schließen können (Beispiel: DAK / Indento GmbH). Eine direkte Vertragspartnerschaft zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern besteht dann nicht, die teilnehmenden Vertragszahnärzte unterliegen stattdessen den Regelungen ihres Vertrages mit der Managementgesellschaft. In diesem Konstrukt besteht die Gefahr, dass von Seiten der Managementgesellschaft gegenüber den Behandlern Vorgaben geschaffen werden, die weniger auf die Versorgung der Patienten, sondern vielmehr auf eine Ertragsverbesserung der Gesellschaft ausgerichtet sind. Denkbar sind hier z.B. steigende Rabatte für Material- und Laborkosten bei höherem Umsatz mit Zahnersatz.

Zusammen gefasst betrachtet, konterkariert der Gesetzgeber mit § 73c SGB V seine Vorgaben aus § 135a SGB V. Solange Selektivverträge vorrangig lediglich unter „Preis-“ und Marketing-Aspekten geschlossen werden, sind derartige Verträge auch und gerade aus Qualitäts-Gesichtspunkten grundsätzlich abzulehnen.