

# » Perspektiven



GESCHÄFTSBERICHT 2007/2008 » KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



DER VORSTAND DER KZBV (V.L.N.R.):  
DR. WOLFGANG EßER, STELV. VORSITZENDER  
DR. JÜRGEN FEDDERWITZ, VORSITZENDER  
DR. GÜNTHER E. BUCHHOLZ, STELV. VORSITZENDER



Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2007 bis Juni 2008.

## Vorwort

Wenn Dir das Schicksal eine Zitrone reicht, mache Limonade daraus. So rät der Volksmund. Hinter dem augenzwinkernden Ratschlag steckt aber eine durchaus kluge Perspektive – nämlich die, in einer Veränderung, in einer neuen Situation immer auch die Chancen und positiven Potenziale zu sehen.

Bei der Entwicklung des Gesundheitswesens und besonders der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland mag diese Perspektive zunächst schwer fallen. Das Glas ist halbleer: Es sind in erster Linie die notorischen Finanzierungsdefizite des Systems und die längerfristig sinkenden Ausgabenanteile für die Zahnmedizin, die augenfällig sind. Es ist das Menetekel eines ruinösen Vertragswettbewerbs zwischen den Praxen mit destruktiven Folgen für die Behandlungsqualität, das an der Wand zu stehen

scheint. Es sind die Tendenzen zur Nivellierung der Versicherungs- und Gebührenordnungslandschaft durch die Einführung von Gesundheitsfonds und Basistarif sowie die Novellierung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte, die ins Gesichtsfeld rücken. Sie drohen, die Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Versorgung und die betriebswirtschaftliche Situation der Praxen zu verschlechtern.

Doch andererseits ist wahrzunehmen, dass die Mundgesundheit und das zahnmedizinische Versorgungsniveau in Deutschland in den letzten Jahren eine stetig positive Entwicklung genommen haben. Mit dem System befundbezogener Festzuschüsse ist die Einführung eines Konzeptes gelungen, das eine zeitgemäße Zahnersatzversorgung gesetzlich Versicherter erlaubt, diese aber zugleich unabhängiger von den Restriktionen der GKV macht. Das

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und die Gesundheitsreform 2007 haben neue Freiräume für die zahnärztliche Berufsausübung gebracht. Mit Aufhebung der Bedarfszulassung und der Altersgrenzen sind bürokratische Hürden gefallen. Wahltarife und Selektivverträge bieten die Möglichkeit, innovative Versorgungskonzepte und Vergütungsvereinbarungen in der GKV auch unterhalb der Schwelle langwieriger Gesetzesänderungen zu verwirklichen.

Die KZBV hat sich zum Ziel gesetzt, die Risiken in der Entwicklung der GKV nüchtern zu sehen und zu minimieren, ebenso aber die Chancen zu sehen, die darin liegen, und sie für innovative Versorgungskonzepte zu nutzen. Wir können und wollen positive Perspektiven für die Vertragszahnärzte schaffen. Denn das Glas ist mindestens halbvoll.

Der Vorstand  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

# Inhaltsverzeichnis

 <p><b>Perspektiven</b> 8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Schwierige Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung 8</li> <li>&gt; Die KZBV – Mission, Vision, Strategie 9</li> <li>&gt; Perspektiven schaffen 10</li> </ul>	 <p><b>Der Gesundheitsfonds und die Folgen</b> 12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Wettbewerbssituation 13</li> <li>&gt; Vergütungsanpassung im Ersatzkassenbereich 14</li> <li>&gt; Budgets für die vertragszahnärztliche Versorgung 15</li> </ul>	 <p><b>Digitales Gesundheitswesen</b> 28</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; EDV für die Praxis 28</li> <li>&gt; Zahnärzte Online Deutschland (ZOD) 30</li> <li>&gt; Die elektronische Gesundheitskarte 32</li> </ul>	 <p><b>Interne Organisation</b> 56</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Weiterentwicklung der Strukturen 56</li> <li>&gt; Haushalt 59</li> <li>&gt; Kontrollinstanzen 61</li> </ul>
 <p><b>Versorgungsstrukturen</b> 16</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Der neue Gemeinsame Bundesausschuss 16</li> <li>&gt; Selektivverträge 17</li> <li>&gt; Altersgrenze für Zahnärzte 18</li> </ul>	 <p><b>Forschung</b> 34</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Zukünftige Forschungsarbeit 34</li> <li>&gt; Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung 35</li> <li>&gt; Ökonomische Forschungsfragen 38</li> <li>&gt; Forschungsfragen zur zahnärztlichen Berufsausübung 41</li> </ul>	 <p><b>Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen</b> 62</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung 62</li> <li>&gt; Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen 63</li> <li>&gt; Zahl der Zahnärzte 66</li> <li>&gt; Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen 67</li> </ul>	
 <p><b>Gebührenlandschaft</b> 20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Basistarif 20</li> <li>&gt; Novellierung der privaten Gebührenordnung 22</li> </ul>	 <p><b>Qualität</b> 44</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung 44</li> <li>&gt; Leitlinien 45</li> <li>&gt; Gutachterwesen 46</li> </ul>		
 <p><b>Vertragsgeschäft</b> 24</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Festzuschussystem für Zahnersatz 24</li> <li>&gt; Änderungen der Bundesmantelverträge 25</li> <li>&gt; Vergütungsverhandlungen mit der gesetzlichen Unfallversicherung 26</li> <li>&gt; Verfahren vor dem Bundesschiedsamt 26</li> <li>&gt; Zufälligkeitsprüfung 27</li> </ul>	 <p><b>Kommunikation</b> 48</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Presse- und Öffentlichkeitsarbeit 48</li> <li>&gt; Die zm 52</li> </ul>		

# Perspektiven

## Schwierige Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung

Die Mundgesundheit der Deutschen hat sich in den vergangenen Jahren drastisch verbessert. In keinem Land der Welt sind niedrigere Kariesquoten in der nachwachsenden Generation zu verzeichnen. Ein 12-jähriges Kind hat statistisch betrachtet 0,7 Zähne, die von Karies betroffen waren oder sind. Die Vorsorgeorientierung der Patienten ist hoch. Gut drei Viertel der Erwachsenen suchen kontrollorientiert mindestens einmal jährlich einen Zahnarzt auf. Ca. 95 Prozent aller auftretenden Kariesfälle werden bei ihnen zahnmedizinisch behandelt. Das ist die positive Bilanz der aktuellen Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV).

Doch trotz des hohen Versorgungsniveaus, das die DMS IV abbildet, gibt es keinen Grund zur Entwarnung: Die erreichten Standards in der Kariesbekämpfung können nur durch intensive Anstrengungen gehalten oder verbessert werden. Und die Zahnmedizin steht vor neuen Heraus-

forderungen in anderen Bereichen: Die Zahl der Parodontalerkrankungen hat zugenommen. Bei Erwachsenen hat sie Karies als Zahnkiller Nummer eins längst abgelöst. Und in einer älter werdenden Gesellschaft muss die Alterszahnheilkunde eine neue Dimension erhalten.

Doch zugleich werden die Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland immer schwieriger. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Zahnmedizin sind im langjährigen Trend rückläufig, und die Finanzierungsmisere der GKV ist notorisch. Auch die umfangreiche Gesundheitsreform des Jahres 2007 hat diesen strukturellen Mangel nicht behoben. Sie hat keine neuen Mittel für die GKV erschlossen, sondern allenfalls die Weichen in Richtung einer Einheitsversicherung gestellt. Die Einführung eines Gesundheitsfonds, der Basis-tarif in der privaten Krankenversicherung und die Novellierung der privaten Gebüh-

renordnung für Zahnärzte (GOZ) weisen in Richtung Erosion des dualen Krankenversicherungssystems. Zugleich entsteht aber mit erweiterten Möglichkeiten zur zahnärztlichen Berufsausübung und zum Abschluss von Einzelverträgen ein neues Wettbewerbsmoment im System. Verstärkt wird es durch die anhaltende Diskussion um Sinn und Zweck einer weiteren Spezialisierung innerhalb des zahnärztlichen Berufsstandes.

Diese Rahmenbedingungen bergen Risiken für die Zahnmedizin: Finanzierungsdefizite der GKV und verschärfter Wettbewerb können die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährden, die Qualität zahnmedizinischer Behandlungen in Deutschland in Frage stellen und viele Praxen in wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen. Doch zugleich bieten die neuen Freiräume auch Chancen, innovative Versorgungskonzepte zu verwirklichen.

## Die KZBV – Mission, Vision, Strategie

Die KZBV ist mit einem Team von rund achtzig Mitarbeitern die größte zahnärztliche Berufsorganisation in Deutschland. Ihre Mission ist und bleibt eine doppelte: Als Spitzenverband der 17 regionalen Kassenzahnärztlichen Interessenvertretung für 56.000 Vertragszahnärzte gegenüber Krankenversicherungen, Politik und Öffentlichkeit. Zugleich hat sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts die quasi-hoheitliche Aufgabe, die Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Leistungen sicherzustellen.

Der öffentliche Auftrag einerseits und die effiziente Vertretung der Interessen des Berufsstandes andererseits sind kein Widerspruch. Vielmehr bedingen sich die beiden Kernaufgaben gegenseitig: Denn nur wenn die Vertragszahnärzte in Deutschland ihre beruflichen Interessen konsequent vertreten, schaffen sie die fachlichen und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Dienstleistungen notwendig sind.

Die KZBV hat eine klare Vision: Zum Ersten soll die Mundgesundheit der Deutschen, die bei Kindern und Jugendlichen im internationalen Vergleich bereits einen Spitzenplatz belegt, auch in höheren Lebensaltern weiter verbessert werden. Die Menschen sollen auch bei wachsender Lebenserwartung in der Regel ihre natürlichen Zähne und damit ein hohes Maß an Lebensqualität bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können. Zum Zweiten muss dafür langfristig eine zahnärztliche Versorgung sichergestellt werden, die wohnortnah, qualitativ hochwertig und präventionsorientiert ist. Es braucht ein Umfeld, das dem Zahnarzt trotz aller Beschränkungen der gesetzlichen Krankenversicherung den Freiraum gibt, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft bestmöglich zu behandeln.

Zur Verwirklichung dieser Vision ist eine zweigliedrige Strategie notwendig. Ein flächendeckendes Angebot an zahnmedizinischen Dienstleistungen kann es dauerhaft nur geben, wenn nicht regionale Verdrängungskämpfe überhandnehmen, die zu übergroßen, weit

auseinanderliegenden Behandlungseinrichtungen führen. Hochwertige zahnmedizinische Leistungen können nur garantiert werden, wenn destruktive Wettbewerbsformen, wie das Preisdumping, vermieden werden, die die hohe Qualität der zahnmedizinischen Behandlung in Deutschland gefährden. Ein Glied der Strategie muss daher eine Gestaltung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsträgern sein. Wettbewerb darf sich nicht nur über die Kosten, er muss sich auch über die Qualität und den Service bei zahnmedizinischen Behandlungen entfalten können. Freiberufliche Strukturen, die ein Garant für kleinere, wohnortnahe Versorgungseinheiten sind, müssen deshalb faire Bedingungen im Wettbewerb um die Gunst des Patienten vorfinden.

## Perspektiven schaffen

Die KZBV verfolgt das Ziel, die Negativeffekte der Gesundheitsreform für die zahnmedizinische Versorgung zu begrenzen und Risiken für Patienten und Zahnärzte zu minimieren. Zugleich will sie Chancen nutzen und Perspektiven dafür schaffen, dass die Patientenversorgung gut bleiben und in einigen Bereichen besser werden kann.

### › Politischer Dialog

Möglich ist dies nur im kontinuierlichen Dialog mit der Politik. Für die KZBV gilt wie für andere Akteure im Gesundheitswesen: Eine Präsenz am Regierungssitz ist notwendig, um im Spannungsfeld zwischen gesetzgebenden Körperschaften, Ministerien und Verbänden die Interessenwahrnehmung der Zahnärzteschaft zu institutionalisieren und zu stärken. Das Berliner Büro der KZBV war auch im vergangenen Jahr Dreh- und Angelpunkt für Informationen zwischen den Politikern und den zahnärztlichen Selbstverwaltungsgremien. Es warb bei politischen Entscheidungsträgern für die gesundheitspolitischen

Positionen der Zahnärzte und optimierte umgekehrt den Informationsfluss von der Politik zu den Zahnärzten. Das Berliner Büro informiert durch einen ständigen Austausch mit den Ministerien, den Abgeordneten und Fraktionen, aber auch im Austausch mit dem Bundesrat die Gremien über Entwicklungen, Entscheidungen und Überlegungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Durch dauerhafte und intensive Kontakte lassen sich die Argumente und Anliegen der Vertragszahnärzte Deutschlands einbringen. Bei Gesetzgebungsverfahren lassen sich so bisweilen schwerwiegende Probleme für den Berufsstand abwenden, Teilerfolge erzielen oder eigene Positionen im Gesetzgebungsverfahren verankern.

Der Pflege und dem Ausbau dieser Kontakte dienen auch soziale Ereignisse. Die KZBV richtete am 6. Mai erneut ein Frühjahrsfest auf dem Dach des Reichstages aus, bei dem sich viele Gelegenheiten zum informellen persönlichen Austausch boten. Das Event hat sich mittlerweile zu einer festen Institution im hauptstädtischen

Veranstaltungskalender etabliert, und die Zahl der Anmeldungen übersteigt bereits die Kapazitäten des Veranstaltungsortes.

### › Networking

Das zweite wichtige Gestaltungsfeld der KZBV ist die Arbeit in den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Diese Arbeit kann nur erfolgreich sein, wenn sie demokratisch legitimiert ist und einen starken Rückhalt innerhalb des zahnärztlichen Berufssandes genießt. Entscheidende Fragen zur Zukunft der Zahnärzteschaft wurden während der Vertreterversammlungen diskutiert, die im November 2007 im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages in Düsseldorf und im Juni 2008 in Köln stattfanden.

Darüber hinaus gibt es eine engmaschige Kooperation und Abstimmung zwischen der KZBV als Dachorganisation und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) der Länder. Dabei haben sich die mehrtägigen Strategieworkshops im hessischen Bad Nauheim allmählich zur

Institution entwickelt. Zweimal trafen sich die Vorstände von Bundes- und Landesorganisationen im abgelaufenen Geschäftsjahr, um dort Richtungsbeschlüsse zur Ausgestaltung von Wettbewerb und Versorgungsstrukturen in der vertragszahnärztlichen Versorgung vorzubereiten und zu fassen. Insgesamt sechs Sitzungen von Beirat und Vorsitzendenrunde verstetigten den Dialog zwischen beiden Ebenen. Zudem werden aus Facharbeitsgruppen, die mit Vertretern von KZBV und KZVen besetzt sind, erhebliche Synergien geschöpft. Sie werden aufgabenbezogen eingerichtet und bearbeiteten im zurückliegenden Jahr die Themen Zufälligkeitprüfung und Datenträgeraustausch, beschäftigten sich mit der Operationalisierung des Basistarifs, dem einheitlichen Umgang mit überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG) oder dem Ziel der Abschaffung der zahnärztlichen Budgets. Weitere Arbeitsgruppen wurden für das gemeinschaftliche Vertragsmanagement und die Weiterentwicklung des Festzuschussystems eingerichtet.

Angesichts der Internationalisierung der Gesundheitsmärkte und der zunehmenden überstaatlichen Regelungsintensität in der Europäischen Union setzt die KZBV verstärkt auch auf den internationalen Austausch. In einem Ausschuss für internationale Zusammenarbeit konzertiert sie mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die internationalen Aktivitäten der deutschen Zahnärzteorganisationen. Seit Anfang 2008 wird die KZBV in internationalen Gremien durch ZA Ralf Wagner, Dr. Jürgen Braun-Himmerich und Dr. Jürgen Fedderwitz vertreten.

Auf dem 95. Weltkongress der Fédération Dentaire Internationale (FDI), der vom 24. bis 27. Oktober 2007 in Dubai stattfand, hat die deutsche Zahnärzteschaft ihren Einfluss durch die Wahl von Ralf Wagner in eines der wichtigsten Entscheidungsgremien, das Komitee für zahnärztliche Berufsausübung, deutlich ausbauen können. Insgesamt 14 neue oder aktualisierte Stellungnahmen hat der Kongress unter intensiver deutscher Beteiligung bearbei-

tet – darunter auch solche zum Umgang mit Amalgam als zahntechnischem Werkstoff und zu Fragen der Zahntechnik. Die Europäische Regionalorganisation (ERO) der FDI hat sich im Rahmen des Kongresses vor allem Fragen zur Qualitätssicherung, zur Fortbildung und zu den Kompetenzen des zahnärztlichen Mitarbeiterteams gewidmet. Auf einer Vollversammlung in Istanbul im April 2008 hat die ERO sich des Themas Risikomanagement angenommen. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, eine Kultur der Fehlervermeidung und des Fehlermanagements aus dem Berufsstand heraus zu entwickeln.

Im November 2007 und Mai 2008 fanden Vollversammlungen des Council of European Dentists (CED) statt, deren Hauptthema die geplante Richtlinie der EU zu Gesundheitsdienstleistungen war. Im Zentrum der Richtlinie sollen das Recht des Patienten auf Gesundheitsversorgung und die Patientensicherheit stehen. Das Büro des CED in Brüssel hält kontinuierlichen Kontakt zur Kommission und begleitet die Entwicklung der Richtlinie.



FRÜHJAHRSFEST DER KZBV BERLIN, 6. MAI 2008



## Der Gesundheitsfonds und die Folgen

Zum 1. Januar 2009 stellt der Gesetzgeber die Finanzierung der GKV-Ausgaben um. Für die Krankenkassen wird ein einheitlicher Beitragssatz festgelegt. Die Einnahmen sollen dem neu geschaffenen Gesundheitsfonds zufließen, der den Kassen die Mittel zuteilt. Erwirtschaftet ein Versicherter Überschüsse, kann er Prämien an seine Mitglieder ausschütten. Kommt er mit den zur Verfügung gestellten Mitteln nicht aus, muss er einen Zusatzbeitrag erheben.

Die KZBV sieht die Einführung des Fonds kritisch, denn er bringt nicht nur zusätzliche bürokratische Strukturen. Er ändert auch nichts am grundsätzlichen Dilemma der GKV: den Finanzierungsproblemen der Kassen, die einerseits durch steigende Leistungsausgaben und andererseits durch den langfristigen Rückgang der lohngebundenen Beiträge entstehen. Im Juni 2008 hat die Vertreterversammlung der KZBV die Bundesregierung aufgefordert, die Ein-

führung des Fonds zu überdenken. Aber trotz massiver Kritik breiter Kreise aus Wissenschaft, Gesundheitswesen und Gesellschaft hält die Große Koalition an der Einführung des Fonds fest. Für die Zahnärzteschaft gilt es, die Folgen der Umstrukturierung abzuschätzen und abzufedern.

### Wettbewerbssituation

Der Gesundheitsfonds bringt zunächst die Krankenkassen in eine unsichere Wettbewerbssituation. Sie tragen das Risiko, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen und damit Mitglieder an Konkurrenten zu verlieren, die entweder Beiträge erstatten oder umfangreichere Zusatzleistungen für das gleiche Geld anbieten können. Die Regelungen zur Beitragssatzanpassung sehen vor, dass erst bei einer Unterdeckung der Kassenausgaben von fünf Prozent eine Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes vorgenommen werden muss. In Kombination mit der Begrenzung von Zusatzbeiträgen auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einkommen eines jeden Mitgliedes kann dies einige Kassen schnell in finanzielle Nöte bringen. Ohnehin scheinen die meisten Versicherer außer-

stande, ihre finanzielle Zukunft vernünftig einzuschätzen. Denn die Auswirkungen des ebenfalls 2009 einzuführenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches, der eine riesige Verteilungsmaschinerie zwischen den Kassen in Gang setzt, sind kaum abzusehen. Insgesamt rechnet die KZBV auch wegen der Konstruktionsfehler beim Gesundheitsfonds in der nächsten Zeit mit einer weiteren Welle an Kassenfusionen, die durch die 2007 geschaffene Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Zusammenschlüssen noch begünstigt wird.

Noch ist unklar, wie sich die engen finanziellen Rahmenbedingungen auf das Verhalten der Kassen in den Vergütungsverhandlungen auswirken werden. Die KZBV

wird deutlich machen, dass eine hochwertige vertragszahnärztliche Versorgung im künftigen Wettbewerbsumfeld eine wichtige Rolle bei der Mitgliederbindung spielt, und dass ein entsprechendes Versorgungsniveau nicht zum Nulltarif erhältlich ist. Die ohnehin gedeckelten Mittel, die für die vertragszahnärztliche Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen, dürfen nicht aufgrund einer fehlerhaften Finanzierungsreform noch weiter beschnitten werden. Zugleich muss die KZBV im Blick behalten, dass Wettbewerb und Fusionen eine Situation schaffen können, in der wenige große Versicherer den Markt dominieren und versuchen können, Vergütungs- und Versorgungsstrukturen einseitig zu bestimmen.



## Vergütungsanpassung im Ersatzkassenbereich

Der Gesundheitsfonds zeitigt schon vor seiner Einführung erste Konsequenzen für die zahnärztliche Versorgung. Hier bezahlen Ersatzkassen traditionell höhere Punktwerte als die Primärkassen. Die höheren Einzelleistungsvergütungen waren bislang unumstritten und ließen sich aus ökonomischer Sicht gut rechtfertigen. Die bessere Vergütung stellte insofern einen Wettbewerbsvorteil der

Ersatzkassen dar, als damit auch die Erwartung einer erhöhten Behandlungsqualität in den Praxen verbunden war.

Nun versuchen die Ersatzkassen aber mit verschiedenen Initiativen, eine Anpassung der Vergütungen zwischen den Kassenarten zu bewirken. Begründet wird dies mit dem Hinweis darauf, dass unter dem zukünftig einheitlichen Beitragssatz an-

sonsten Wettbewerbsverzerrungen zu ihren Ungunsten zu erwarten seien. Die KZBV hat mehrere Handlungsoptionen entwickelt und steht im konstruktiven Gespräch mit den Ersatzkassen. Ziel ist eine Lösung, die im Ergebnis sicherstellt, dass etwaige Wettbewerbsverzerrungen eliminiert werden, zugleich aber keine Mittel aus der vertragszahnärztlichen Versorgung abfließen.

## Budgets für die vertragszahnärztliche Versorgung

Der intensivere Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und die erhöhte Bereitschaft der Versicherten, ihre Kasse zu wechseln, verschärfen ein grundsätzliches Problem, das die zahnmedizinische Versorgung schon seit Jahren belastet: die Budgetierung der Leistungen. Vor allem die Mittel für konservierend-chirurgische Leistungen sind begrenzt und erlauben oft keine bedarfsorientierte Versorgung. Da die jährliche Steigerung nicht an das Wirtschaftswachstum, sondern an die deutlich niedrigere Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt ist, erodieren die Budgets stetig weiter und entwerten die zahnärztlichen Leistungen. Damit ist noch nicht einmal ein Inflationsausgleich gewährleistet.

Die KZBV fordert daher seit Jahren die Abschaffung der Budgetierung. Dass dies ohne Weiteres möglich wäre und die Furcht vor unkontrollierten Leistungsausweitungen und Ausgabenzuwächsen der Krankenkassen unbegründet ist, hat die Zahnärzteschaft bereits belegt. Mit der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz wurden die Budgets für den Bereich der Prothetik im Jahr

2005 aufgehoben. Dennoch haben die Ausgaben der GKV in diesem Bereich nicht zu-, sondern abgenommen. Auch der Gesetzgeber hat mittlerweile konzediert, dass das Risiko einer angebotsinduzierten Ausweitung von Leistungen kaum gegeben ist, als er zum April 2007 die Bedarfszulassung für Zahnärzte aufhob.

Der Kassenwettbewerb und die Wanderung von Versicherten zwischen den Kassen haben schon in den letzten Jahren die Risikostruktur des Versichertenbestandes zunehmend verändert, ohne dass die jeweiligen Budgets für die zahnärztliche Versorgung entsprechend angepasst worden wären. Verschlechtert sich aber die Morbidität des Versichertenbestandes einer Kasse, ohne dass sie ihre Budgets erhöht, reichen die Mittel für die Versorgung ihrer Versicherten nicht mehr aus. Bei der Festlegung der Budgets wird heute lediglich den Veränderungen in der Mitgliederzahl Rechnung getragen. Verschiebungen in der Mitgliederstruktur können nicht berücksichtigt werden. In Kombination mit der Fortschreibung der Budgets anhand der Grundlohnsummenentwicklung führt dies zu erheblichen Verwerfungen. Finden

keine Nachjustierungen statt, gehen der vertragszahnärztlichen Versorgung unterhalb der Budgetgrenzen Finanzmittel von 100 bis 150 Mio. Euro jährlich verloren.

Die KZBV hat deshalb auf eine Regelung gedrungen, die es in Zukunft ermöglicht, bei den Verhandlungen der Gesamtvergütungen nicht nur die Versichertenzahl, sondern auch die Mitgliederstruktur der Kassen zu berücksichtigen. Da die Einführung des Gesundheitsfonds Wettbewerb und Mitgliederwanderung weiter verschärfen wird, hat die KZBV auf eine kurzfristige, untergesetzliche Lösung hingearbeitet, die schon ab 2009 greifen kann. Dabei sollten die Bestimmungen in den §§ 71 und 85 SGB V zur Vereinbarung von Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Vergütung so ausgelegt werden, dass auch Veränderungen in der Mitgliederstruktur Berücksichtigung finden. Das BMG hat diesen Weg jedoch abgelehnt und vertritt die Auffassung, dass eine gesetzliche Regelung erforderlich sei. Die KZBV arbeitet im Rahmen ihrer AG Budgetierung intensiv weiter an einer Lösung.



## Versorgungsstrukturen

### Der neue Gemeinsame Bundesausschuss

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind die Bestimmungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 91 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2008 neugefasst worden: Die bisherige Aufteilung in sektorspezifische Beschlussgremien wurde aufgegeben, und ein in der Besetzung reduziertes, sektorenübergreifendes Beschlussgremium (Plenum) vorgeschrieben. Die unparteiischen Mitglieder des Plenums sollen ihre Tätigkeit zukünftig in der Regel hauptamtlich ausüben. Sie sollen während ihrer Amtszeit in Diensten des G-BA stehen und bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden sein.

Besonders problematisch aus zahnärztlicher Sicht war das Vorhaben, die sektorspezifische Besetzung der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Während zuvor Fragen der zahnärztlichen Versorgung nur zwischen Vertretern von Krankenkassen, der KZBV und Patientenvertretern verhandelt

wurden, sollten an den Entscheidungen nun auch der ambulante ärztliche und der stationäre Bereich beteiligt sein. Ebenso sollten vice versa zahnärztliche Vertreter an Beschlüssen für den ärztlichen Bereich mitwirken. Eine solche Regelung provoziert aber eine Majorisierung kleinerer Versorgungsbereiche, wie der vertragszahnärztlichen Versorgung, und negiert deren fachliche Spezifika. Das gilt auch für die sektorübergreifenden Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität.

Für die KZBV galt es, die Probleme, die aus den gesetzlichen Bestimmungen resultieren, weitgehend zu minimieren. Einen Ansatzpunkt dafür bot die Bestimmung, nach der die Vorarbeit für die Beschlussfassung des Plenums in Unterausschüssen erfolgt, die weiterhin sektorbezogen, also zweiseitig besetzt werden können. Im Rahmen einer vierseitig besetzten Arbeitsgruppe des G-BA wurde eine Neufassung der Geschäftsordnung des G-BA erarbeitet

und weitgehend abgestimmt. Die Trägerorganisationen erzielten Einvernehmen darüber, dass für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ein lediglich zweiseitig von der KZBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen besetzter Unterausschuss gebildet werden soll. Dadurch soll vermieden werden, dass über spezifisch vertragszahnärztliche Fragestellungen auch Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beraten müssten. Die Verabschiedung der neuen Geschäftsordnung und möglichst auch ihre Genehmigung durch das BMG standen auf der Agenda der konstituierenden Sitzung des neu strukturierten G-BA-Plenums, die für den 17. Juli terminiert wurde. Wer die KZBV in dem neuen Gremium zukünftig vertreten soll, hat die Vertreterversammlung am 18. Juni 2008 in Köln bestimmt: Dr. Jürgen Fedderwitz ist als Mitglied, Dr. Wolfgang Eßer, Dr. Günther E. Buchholz und Dr. Karin Ziermann sind als Stellvertreter benannt.

### Selektivverträge

Neben den kollektivvertraglichen Regelungen, die von den Gesamt- und Mantelvertragspartnern vereinbart werden und für die gesamte GKV gelten, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG erstmals auch die Möglichkeit eröffnet, Selektivverträge abzuschließen. Über § 73c SGB V können Zahnärzte, Zahnärztegruppen, aber auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen Vereinbarungen über eine „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ schließen. Diese Option bietet Risiken und Chancen zugleich. Für Patienten könnten sich neuen Therapien jenseits des begrenzten GKV-Spektrums erschließen und für Zahnärzte wäre eine verbesserte Honorierung qualitativ hochwertiger Versorgung denkbar. Doch zugleich ist nicht auszuschließen, dass Selektivverträge vor allem zur Senkung der GKV-Ausgaben instrumentalisiert werden.

Erste Selektivverträge für den zahnärztlichen Bereich sind im zurückliegenden Geschäftsjahr auf regionaler Ebene abgeschlossen worden. Allerdings ist derzeit noch nicht absehbar, ob sich die Verträge dynamisch ausweiten oder eher auf

bescheidenem Niveau verbleiben. Viele Krankenkassen bleiben abwartend. Zu groß sind die finanziellen Unsicherheiten, die aus der Einführung von Gesundheitsfonds und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich erwachsen, als dass sie vorab erhebliche Mittel in dieses Experimentierfeld investieren würden. Doch das könnte sich ab 2009 ändern, wenn die Finanzlage der Versicherer klarer wird.

Für diesen Zeitpunkt sollte die Zahnärzteschaft gerüstet sein. Es geht darum, eine flächendeckende, qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung der Patienten mit geeigneten Vertragskonzepten auch in einem selektivvertraglichen Umfeld zu gewährleisten. Und es geht darum, eine ökonomische Zersplitterung des Berufsstandes in zahllose Vertragsfraktionen zu verhindern, denen große, flächendeckend agierende Versicherer mit überlegener Marktmacht gegenüberstehen. KZBV und KZVen haben diese Herausforderung mit ihrem gesamten Know-how angenommen. Im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten wird die Entwicklung einer Matrix-Struktur angegangen, die ein re-

gionales wie bundesweites Agieren mit Selektivverträgen erlaubt und verzahlt. Damit soll verhindert werden, dass große Versorgerkassen die Verhandlungsposition der Zahnärzteschaft durch Selektivverträge mit unterschiedlichsten Gruppen von Leistungserbringern schwächen.

Wo Selektivverträge entstehen, müssen die Landesverbände der Krankenkassen und die KZVen als Gesamtvertragspartner reagieren. Sie müssen die Gesamtvergütungen gemäß § 73c Abs. 6 SGB V um den Leistungsbedarf verringern, der im Rahmen der Einzelverträge gedeckt wird. Dazu sind verschiedene Verfahren umsetzbar, deren Wahl von der Leistungsanspruchnahme der Versicherten im jeweiligen Selektivvertrag und der Entwicklung der Risikostruktur der Versicherten abhängt, die in der kollektivvertraglichen Versorgung verbleiben. Zur Abstimmung eines einheitlichen Vorgehens bei der Budgetbereinigung wurde eine Arbeitsgruppe von KZBV und KZVen eingerichtet, die im Mai 2008 erstmals getagt hat.

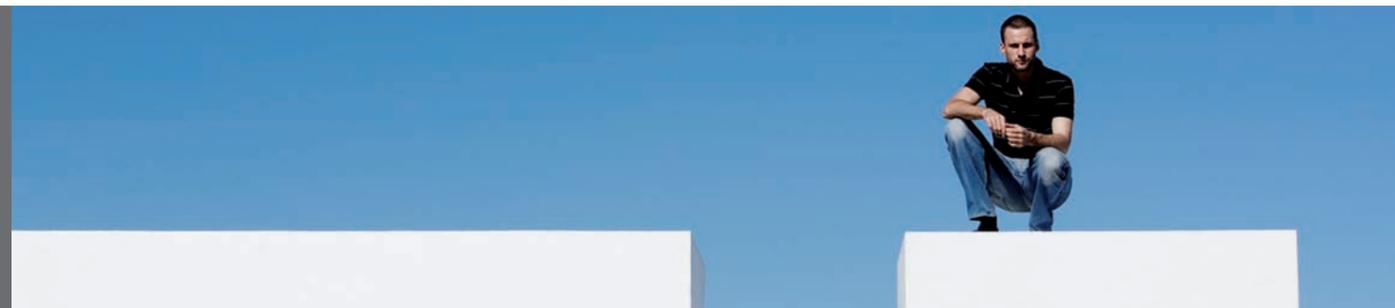


## Altersgrenze für Zahnärzte

Seit 1993 bestimmt § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V, dass die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes mit Ablauf des Quartals endet, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet. Zahlreiche sozial-, verfassungs- und europarechtliche Verfahren haben sich mit der Altersgrenze beschäftigt, ihre Rechtmäßigkeit aber im Endeffekt bestätigt. Das Bundesverfassungsgericht hat in einer grundlegenden Entscheidung ausgeführt, die Altersgrenze sei gerechtfertigt, um Patienten vor körperlich und geistig eventuell nicht mehr voll leistungsfähigen Zahnärzten und Ärzten zu schützen. Zugleich ließ es aber unbeanstandet, dass es für die privat(zahn)ärztliche Tätigkeit eine solche Altersgrenze nicht gibt, und provozierte damit weitere Kritik.

Die KZBV setzt sich seit Jahren dafür ein, dass die Altersgrenze für Vertragszahnärzte fällt. Dies umso mehr, seit klar ist, dass die vom Gesetzgeber befürchtete Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung tatsächlich nicht existiert. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist in einigen Regionen sogar ein Ärztemangel festzustellen. Die Regierung nahm dies bereits zum Anlass, die bisherige Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung zu beseitigen. Die Altersgrenze von 68 Jahren für das Ausscheiden aus der vertragszahnärztlichen Versorgung modifizierte sie zunächst dahingehend, dass ihre Überschreitung in unterversorgten Gebieten möglich ist, die Zulassung aber

auch dann spätestens ein Jahr nach Wegfall der Unterversorgung endet. Doch im Frühjahr 2008 hat der Gesetzgeber schließlich angekündigt, die Altersgrenze von 68 Jahren ganz aus dem SGB V zu streichen. Die Streichung wird voraussichtlich im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen und zum 1. Januar 2009 wirksam werden. Die Vertreterversammlung der KZBV hat diese Entwicklung in ihrer Sitzung am 18. Juni 2008 ausdrücklich begrüßt.



## Gebührenlandschaft

### Basistarif

Als Folge des GKV-WVG wird zum Januar 2009 ein Basistarif in die private Krankenversicherung eingeführt. Die PKV-Unternehmen werden verpflichtet, bestimmte Personengruppen ohne Risikoprüfung in diesen Tarif aufzunehmen. Seine Leistungen müssen nach Inhalt und Umfang denjenigen der GKV vergleichbar sein. Das Nähere hat der PKV-Verband in Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit verbindlicher Wirkung für die PKV-Unternehmen zu regeln. Die Beiträge im Basistarif dürfen den jeweiligen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Die Vergütungen für Leistungen im Basistarif sind in § 75 Abs. 3a SGB V grundsätzlich geregelt. Für zahnärztliche Leistungen sind sie auf den 2,0fachen Satz der GOZ begrenzt, sofern KZBV und PKV-Verband keine abweichenden Vereinbarungen treffen. Obwohl der Basistarif Bestandteil der privaten Krankenversicherung ist, hat das KZV-System den gesetzlichen Auftrag, die Versorgung der Basistarif-Versicherten zu garantieren.

Die KZBV hat von Beginn an eine kritische Haltung zum Basistarif eingenommen, da er systemfremde Elemente in die PKV einbringt und einer Nivellierung des funktionierenden dualen Versicherungssystems Vorschub leistet. Aber als Interessenvertretung der Vertragszahnärzte in Deutschland sieht sie ihre Aufgabe darin, ihn so gut wie möglich im Sinne der Zahnärzte zu gestalten. Ab 2009 muss der Zahnarzt in der Praxis mit Basistarifversicherten rechnen. Sein Verwaltungsaufwand muss so gering wie möglich gehalten werden. Er muss zwischen reinen Privatleistungen und Leistungen nach dem Basistarif unterscheiden können, und die Abgrenzung dieser Leistungsbereiche sollte nicht alleine den Versicherern überlassen werden.

KBV, KZBV und der PKV-Verband haben unter Beteiligung der aufsichtführenden Ministerien (BMF und BMG) im vergangenen Jahr Verhandlungen zur Ausgestaltung des Basistarifs aufgenommen.

Einvernehmen bestand über das Ziel, sicherzustellen, dass sowohl Leistungen als auch Vergütungen im Basistarif diejenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelfall nicht überschreiten dürfen. Schon die Struktur des Basistarifs macht diese Beschränkung notwendig: Der Tarif läuft Gefahr, zum Auffangbecken für „schlechte Risiken“ zu werden. Zugleich macht die Deckelung der Beitragshöhe auf GKV-Niveau die Finanzierung der Aufwendungen ungewiss und birgt die Gefahr, dass eine Quersubventionierung der Kosten aus der PKV-Vollversicherung vorgenommen werden muss. Deswegen muss sowohl dem Versicherten als auch dem Zahnarzt klar sein, dass der Basistarif-Versicherte inhaltlich den gleichen Restriktionen unterliegt wie ein Mitglied der GKV. Abweichend von den Verhandlungen im ärztlichen Bereich will die KZBV aber den formellen Status des Basistarif-Versicherten als Privatpatient für den zahnärztlichen Bereich unangetastet lassen. Eine Übertragung von Regulierungen aus dem Bereich

der GKV, wie die verpflichtende Abrechnung über die KZV oder die Durchführung von Prüfungsverfahren, soll es nicht geben.

Die Abgrenzung der Leistungsinhalte und Honorare für den Basistarif ist nicht ohne Weiteres möglich. Die private Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die eigentlich Grundlage für die Abrechnung der Leistungen von Privatversicherten ist, unterscheidet sich strukturell vom Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA), der Basis für die Versorgung von gesetzlich Versicherten ist. Im BEMA gibt es Leistungen, die in der GOZ keine Entsprechung finden und umgekehrt. Auch die Vergütungsstrukturen weichen stark voneinander ab. Die Abrechnung von Leistungen für Basistarif-Versicherte ist mit einer unveränderten GOZ also nicht machbar. Die KZBV hat daher ein Transformationsmodell vorgeschlagen. Es integriert die erforderlichen Elemente aus Leistungsbeschreibungen, Abrechnungsbestimmungen und Vergütungsstrukturen des BEMA sowie die

leistungseinschränkenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die GOZ. Die Vergütungen sollen dabei einzelleistungsbezogen denjenigen in der GKV angepasst werden.

Das modifizierte Leistungs- und Vergütungsverzeichnis für den Basistarif grenzt den Erstattungsanspruch des Basistarif-Versicherten gegenüber seinem PKV-Unternehmen auf der Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des PKV-Verbandes ein. Und es definiert gleichzeitig die Vergütungsansprüche des Zahnarztes gegenüber dem Versicherten. Damit wird für alle Beteiligten die genaue Unterscheidung zwischen Leistungen, die den Restriktionen des Basistarifs der PKV unterliegen, und solchen, die weiterhin als herkömmliche Privatleistungen erbracht und abgerechnet werden können, sichergestellt. Als zusätzliche Serviceleistung für Zahnarzt und PKV-Unternehmen hat die KZBV angeboten, die Inhalte des Leistungs- und Vergütungssystems in einer Software

abzubilden, die in die bestehenden EDV-Abrechnungssysteme der Zahnärzte integriert werden kann. Entsprechend erweiterte und von der KZBV zertifizierte Abrechnungssysteme würden die sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung von Leistungen im Basistarif vereinfachen und die Versicherungsunternehmen von aufwendigen weiteren Prüfungsmaßnahmen entbinden.

Die Verhandlungen mit dem PKV-Verband dauern noch an, sollen aber so zum Abschluss gebracht werden, dass Leistungen auf dieser Grundlage ab dem 1. Januar 2009 erbracht und abgerechnet werden können.

## Novellierung der privaten Gebührenordnung

Die private Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gilt seit 1988 in beinahe unveränderter Form und bedarf der Aktualisierung. Das BMG arbeitet als Verordnungsgeber seit geraumer Zeit an einer Novellierung, die im kommenden Jahr in Kraft treten soll. Doch Ziel des Ministeriums ist eine möglichst weitgehende Angleichung der GOZ an den gesetzlichen Leistungskatalog des BEMA. Das Novellierungsverfahren soll zugleich als Blaupause für die spätere Neugestaltung der privaten Gebührenordnung für Ärzte (GÖA) dienen.

Die KZBV sieht diese Bestrebungen mit großer Skepsis. Denn zum einen wäre mit der Konvergenz beider Honorarsysteme ein weiterer Schritt hin zur Auflösung des funktionierenden dualen Krankenversiche-

rungssystems und zur Schaffung einer Einheitsversicherung getan. Und zum anderen ist die vertragszahnärztliche Versorgung auf eine eigenständige und funktionierende private Gebührenordnung angewiesen. Besonders sichtbar wird dies in der Füllungstherapie und in der Prothetik. Da die GKV nur begrenzte Leistungen finanzieren kann, wird dem Patienten hier über die Mehrkostenregelung bzw. befundbezogene Festzuschüsse für Zahnersatz die Tür zur Teilnahme am zahnmedizinischen Fortschritt geöffnet. Er kann sich für moderne, aufwendigere Therapien entscheiden, die im BEMA nicht enthalten sind, ohne seinen Zuschuss zu verlieren. Die Kosten für die Zusatzleistungen, die wiederum nach GOZ berechnet werden, übernimmt er selbst.

Doch genau diese erprobte Dualität drohte durch den Entwurf der neuen GOZ ins Wanken zu geraten. Er sah sowohl bei dentin-adhäsiven Füllungen als auch bei der Versorgung mit gleichartigem Zahnersatz eine Aufspaltung in Grundleistungen und Zuschlagspositionen vor: Eingriffe in die Gebührenstruktur, die die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz massiv beeinträchtigen, die Leistungs- und Abrechnungstransparenz für den GKV-Patienten verschlechtern und der vertragszahnärztlichen Versorgung jährlich dreistellige Millionenbeträge entziehen würden. Die KZBV hat sich daher in Rückkopplung mit der Bundeszahnärztekammer, die auf zahnärztlicher Seite federführend für die private Gebührenordnung verantwortlich ist, in die politische Diskussion eingeschal-

tet. Sie hat Ministerium und Fraktionen für die Auswirkungen der geplanten Regelungen sensibilisiert und sich dafür eingesetzt, auf die Aufspaltung in Grundleistungen und Zuschlagspositionen zu verzichten oder alternativ zumindest die Zuschlagspositionen so zu honorieren, dass die befürchteten Millionenverluste kompensiert werden können. Voraussetzungen können die finanziellen Negativ-

effekte aus der neuen GOZ für die Vertragszahnärzte damit deutlich abgeschwächt werden.

Die Arbeiten an der Novelle dauern allerdings noch an. Damit bleibt auch offen, ob und in welcher Form die GOZ eine Öffnungsklausel beinhalten wird. Sie soll es privaten Krankenversicherern und Zahnärztergruppen ermöglichen, Vereinbarun-

gen zu treffen, die von der GOZ abweichen. Damit wäre eine Art Pendant zum Abschluss von Selektivverträgen in der GKV geschaffen, mit dem Risiko, dass die wichtigste Funktion der Gebührenordnung – das Verhindern von Preisdumping und damit verbundenem Qualitätsverlust – unterlaufen werden könnte.



## Vertragsgeschäft

Eine der zentralen Aufgaben der KZBV ist es, die Regelungen zu den Leistungen für Versicherte und zur Vergütung der Zahnärzte im System der gesetzlichen Krankenver-

sicherung auszugestalten. Die KZBV führt regelmäßig Verhandlungen mit den Krankenkassen und den sonstigen Kostenträgern, in denen Leistungsumfänge und die

Vergütungen für die Vertragszahnärzte festgelegt werden.

### Festzuschussystem für Zahnersatz

Die Leistungen der Krankenkassen für Zahnersatz wurden Anfang 2005 auf ein innovatives System befundbezogener Festzuschüsse umgestellt, das die Teilhabe der gesetzlich Versicherten am wissenschaftlichen Fortschritt sicherstellt und ihnen mehr Wahlfreiheit bei der Therapie bietet. Es ist als lernendes System angelegt und wird kontinuierlich evaluiert und optimiert. Auch im vergangenen Jahr wurden Nachjustierungen vorgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien geändert und damit die Indikationen für bestimmte Zahnkronen („Teleskopkronen“) zugunsten der Patienten erweitert. Außerdem wurden Passagen neu formuliert, um zu einer klareren und einheitlicheren Anwendung der Richtlinien zu kommen.

Im Frühjahr 2008 hat die KZBV einen umfangreichen Evaluierungsbericht vorgelegt, der die Auswirkungen des Festzuschussystems in den vergangenen drei Jahren analysiert. Er zeigt ein hohes Versorgungsniveau der Versicherten und belegt, dass

die Patienten ihre erweiterten Therapiemöglichkeiten nutzen. Besonders zeigt sich das bei Implantatversorgungen, die erst seit der Einführung der Festzuschüsse bezuschusst werden. Schon jetzt ist jede zwanzigste Neuversorgung mit Zahnersatz eine mit Implantaten. Die Teilhabe der GKV-Versicherten am zahnmedizinischen Fortschritt ist damit Realität geworden. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass das Festzuschussystem ein Erfolgsmodell ist, das auch für andere Leistungsbereiche beispielgebend sein kann. Verbesserungspotential für die Zukunft wird in einer weiteren Vereinfachung der Zuschussregeln gesehen.

Turnusmäßig wurden im Geschäftsjahr auch die Festzuschussbeträge erhöht, die die Versicherten für die einzelnen Befunde erhalten. Allerdings ist die Erhöhung für 2008 in zwei Schritten erfolgt. Hintergrund ist die Anpassung der Vergütung für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die in der Regelversorgung als Standardtherapie für den jeweiligen Be-

fund hinterlegt sind und so die Höhe der Festzuschüsse mitbestimmen. Die zahnärztlichen Regelversorgungsleistungen bemessen sich nach einem bundeseinheitlichen Punktwert, der wie üblich zum Jahresbeginn angepasst wurde. KZBV und Krankenkassenverbände einigten sich darauf, den Punktwert entsprechend der statistischen Grundlohnsummensteigerung des zurückliegenden Jahres um moderate 0,64 Prozent anzuheben. Zur Vergütung der zahntechnischen Leistungen gab es zunächst Divergenzen zwischen dem Verband Deutscher Zahntechnikerinnungen (VDZI) und der Krankenkassenseite, die durch ein Schiedsamtverfahren im Frühjahr 2008 beigelegt werden mussten. Im Ergebnis wurden die Vergütungen für zahntechnische Leistungen ebenfalls analog zur Grundlohnsummensteigerung erhöht. Entsprechend konnten die Festzuschüsse für die Versicherten erst zum 1. Juli auf das endgültige Niveau für 2008 angehoben werden.

### Änderungen der Bundesmantelverträge

In den Bundesmantelverträgen regelt die KZBV mit den Primärkassen (Bundesmantelvertrag Zahnärzte – BMV-Z) und den Ersatzkassen (Ersatzkassenvertrag Zahnärzte – EKV-Z) die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Im vergangenen Jahr wurden Änderungen an diesen Verträgen notwendig.

Durch die jüngste Gesundheitsreform wurde § 16 Abs. 3a SGB V dahingehend ergänzt, dass für Versicherte, die trotz Mahnung zwei Monate ihre Krankenkassenbeiträge nicht bezahlt haben, der Anspruch auf Leistungen ruht. Ausgenommen ist nur die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Die Regelung knüpft in ihrem Leistungsumfang an das Asylbewerberleistungsgesetz an. Der Anspruch auf Leistungen lebt erst dann wieder auf, wenn die überfälligen und die in der Zeit des Ruhens angefallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder der Ver-

sicherte hilfebedürftig wird. Die Bundesmantelvertragspartner haben diese Regelung in die Praxis umgesetzt und entsprechende Änderungsvereinbarungen getroffen. Es wurde ein Erfassungsschein konzipiert, der als Leistungsnachweis bei Ruhen der Ansprüche für den Versicherten dient. Und es wurden mit Wirkung zum 01.12.2007 Änderungsvereinbarungen zu § 8 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 11 Abs. 5 EKVZ abgeschlossen. Aus dem Leistungsnachweis geht für den Zahnarzt hervor, dass der betreffende Versicherte nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zu behandeln und nur die dafür erforderlichen zahnärztlichen Behandlungsleistungen zu gewähren sind. Grundsätzlich sind also weder Zahnersatz noch kieferorthopädische Leistungen oder Behandlungen von Parodontalerkrankungen möglich. Diese Einschränkung bezieht sich auch auf Verordnungen und Überweisungen.

Zum 01.06.2008 sind Änderungsvereinbarungen zum Gutachterverfahren im Ersatzkassenbereich in Kraft getreten, die die Position des Versicherten und seines Zahnarztes stärken. Die Gebühren für Kieferorthopädie- und Parodontologie-Obergutachten trägt nun grundsätzlich die Krankenkasse, unabhängig davon, welche Seite das Obergutachten beantragt hat. Der Zahnarzt übernimmt nur dann die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. Die Höhe der Gebühr legt die KZBV weiterhin im Einvernehmen mit den Ersatzkassen fest. In § 23 Abs. 5 EKV-Z wurde eine Regelung eingefügt, die eine Begutachtung der Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung vorsieht.



## Vergütungsverhandlungen mit der gesetzlichen Unfallversicherung

Die KZBV hat mit den Kostenträgern der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) Vergütungs- und Vertragsverhandlungen geführt, die im September 2007 erfolgreich abgeschlossen wurden. Der bisherige Westpunktwert für Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung wurde rückwirkend ab 01.07.2007 um 3 Prozent auf 1,03 EUR erhöht und gilt

nun bundesweit. Diese Vergütungsvereinbarung gilt bis zum 31.12.2008. Bei der Weiterentwicklung des GUV-Punktwerthes haben die Vertragsparteien die Mehrwertsteuererhöhung in 2007 und die Auswirkungen der erhöhten Hygiene-Anforderungen an die Praxen nach den neuen Richtlinien des Robert-Koch-Institutes berücksichtigt.

Darüber hinaus ist es gelungen, mit den Kostenträgern der gesetzlichen Unfallversicherung die gemeinsame politische Forderung nach einer Anhebung der Vergütungen in den neuen Bundesländern auf West-Niveau zu formulieren.

raum von höchstens zwei Jahren speichern können. Auch hier hat sich die KZBV mit ihrer Forderung nach einer zeitlich möglichst begrenzten Sammlung von patientenrelevanten Daten durchsetzen können. Die Neufassung des Vertrages zum Datenträgeraustausch ist zum 01.07.2008 in Kraft getreten.

### > Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

Die Auseinandersetzungen um die Ausgestaltung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung sollten ebenfalls Gegenstand eines Schiedsverfahrens werden. Schon im Vorfeld der Verhandlungen vor dem Bundesschiedsamt hatten sich die Vertragsparteien aber darauf verständigt,

den Ausgang des Verfahrens zum Vertrag über den Datenträgeraustausch abzuwarten, dessen Ergebnis eine Einigung unter Umständen vereinfachen könnte. Tatsächlich konnten die Richtlinien im Nachgang zum Schiedsamtverfahren über den Datenträgeraustausch im Konsens verabschiedet werden. Sie sind zum 01. Juli 2008 in Kraft getreten.

## Verfahren vor dem Bundesschiedsamt

Für den Fall, dass Krankenkassen und Kostenträger notwendige Vereinbarungen nicht auf dem herkömmlichen Verhandlungsweg erreichen, können sie ein Verfahren vor dem Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung anstrengen. Im zurückliegenden Geschäftsjahr war dies mehrfach erforderlich.

### > Gutachtergebühren im Primärkassenbereich

In den Verhandlungen mit den Bundesverbänden der Primärkassen wollte die KZBV eine Anhebung der Parodontologie- und Kieferorthopädie-Gutachtergebühren auf 80 Punkte erreichen. Die Kassen waren dazu nicht bereit, und die KZBV strengte daraufhin ein Schiedsamtverfahren an. Vor dem Bundesschiedsamt kam es zu einer Einigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Den Anträgen der KZBV entsprechend wurde die Gutachtergebühr für Kieferorthopädie- und Parodon-

tologie-Gutachten auf 80 Punkte festgesetzt. Die Punktzahlen für die Untersuchung des Patienten wurden von 10 auf 18 Punkte für Kieferorthopädie- und Parodontologie-Planungsgutachten heraufgesetzt. Zusätzlich wurde im Anhang zu Anlage 6 BMV-Z ein Passus eingefügt, der die Begutachtung der Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung vorsieht. Dafür wurden 50 Punkte vereinbart. Die Regelung entspricht derjenigen im Ersatzkassenbereich. Die geänderte Gutachtervereinbarung trat zum 01.02.2008 in Kraft.

### > Datenträgeraustausch

Ebenfalls vor das Bundesschiedsamt kam der Vertrag über den Datenaustausch zwischen KZV-System und Kassen auf Datenträgern. Die KZBV vertritt die Auffassung, dass Patient und Behandlungs-

geschehen in den Praxen weitestgehenden Datenschutz genießen müssen. Zentraler Streitpunkt mit den Krankenkassen war die Verschlüsselung der Zahnarzt Nummer. Das Bundesschiedsamt folgte in seiner Entscheidung dem Antrag der KZBV, dass eine Übermittlung der Zahnarzt Nummer nur in verschlüsselter Form erfolgen soll. Auch die weiteren Streitpunkte zu Art und Inhalt der Datenübermittlung sowie zur Angabe des Befundes wurden im Sinne der KZBV entschieden. Zur Speicherung und Löschung von Daten forderte das Bundesschiedsamt die Vertragsparteien auf, spätestens bis zum 30.06.2008 mit dem Ziel zu verhandeln, eine Aufbewahrungsfrist für gespeicherte Daten festzulegen. Für den Fall, dass keine Einigung zustande kommen sollte, wurde die Frist auf drei Jahre festgelegt. Schließlich gelang es, in Verhandlungen mit den Spitzenverbänden einen Konsens zu erzielen. Er sieht vor, dass die Krankenkassen die Daten der Einzelgestaltungsnachweise für einen Zeit-

## Zufälligkeitsprüfung

Nach § 106 Abs. 2 SGB V sind Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung durch eine Zufälligkeitsprüfung über Stichproben zu kontrollieren. KZBV und Spitzenverbände der Krankenkasse haben die erforderlichen Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen vereinbart. Sie sind allgemeiner Inhalt der regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs. 3 SGB V. Zuständig für die Durchführung der zahnarzt- und versichererbezogenen Zufälligkeitsprüfungen sind die Prüfungsstellen und Beschwerdeaus-

schüsse. Im Falle der KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften liegt die Zuständigkeit bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes. Im Falle KZV-bezirksübergreifender Zweigpraxen sind die Prüfungsgremien im Bezirk der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie im Bezirk der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitsort erbrachten Leistungen zuständig.

Bei den Zufälligkeitsprüfungen müssen in jedem Quartal mindestens zwei Prozent der Vertragszahnärzte oder zahnärztlich

geleiteten Einrichtungen im Bereich einer KZV überprüft werden. Die Stichproben sind nach dem Zufallsprinzip zu bestimmen. Ihre Ziehung erfolgt bei den KZVen. Die Zufälligkeitsprüfungen erfassen einen Zeitraum von mindestens einem Jahr. Geprüft wird grundsätzlich das gesamte abgerechnete Leistungsvolumen. Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt völlig unabhängig von etwaigen Plausibilitäts- oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Richtlinien sind am 01.07.2008 in Kraft getreten.

# Digitales Gesundheitswesen

## EDV für die Praxis

Die Digitalisierung bzw. die Softwareunterstützung von Arbeitsprozessen nimmt im Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle ein. Die KZBV unterstützt ihre Mitgliedsorganisationen und die Zahnarztpraxen vor Ort daher kontinuierlich bei der Anwendung von speziellen Praxisverwaltungs- bzw. Abrechnungsprogrammen. Sie betreut die Programme und stellt ihre Eignung für die zahnärztliche Praxis fest. Im letzten Geschäftsjahr hat die KZBV zwei neue zahnärztliche Programme geprüft und die Eignung attestiert. Zur Zeit befinden sich vier weitere Programme im Fest-

stellungsverfahren. Insgesamt werden von der Prüfstelle der KZBV 118 Programme für den konservierend-chirurgischen Leistungsbereich und einige rein kieferorthopädische Abrechnungsprogramme betreut und verwaltet.

Im Intranet und auf der Internetseite der KZBV (Rubrik: Infos für die Praxis / Praxissoftware) bietet die Datenbank „EDV-Transparent“ Interessierten eine Übersicht über die auf dem Markt angebotenen EDV-Systeme für die Zahnarztpraxis. Die Inhalte sowie Änderungen und Ergänzungen wer-

den von der KZBV eingestellt, die inhaltliche Verantwortlichkeit liegt bei den Software-Herstellern. Die Programme DS-WIN-Plus (Firma Dampsoft) und Z1 (Firma CompuDENT Z1) wurden im zurückliegenden Jahr am häufigsten für die elektronische Abrechnung genutzt. Bei der Abrechnung der kieferorthopädischen Leistungen per Datenträgeraustausch hat sich der Marktanteil des Programms KFO-Win (Firma Computer konkret) um mehr als zwei Prozent auf einen Marktanteil von jetzt knapp 22 Prozent gesteigert.

### Elektronische Abrechnung

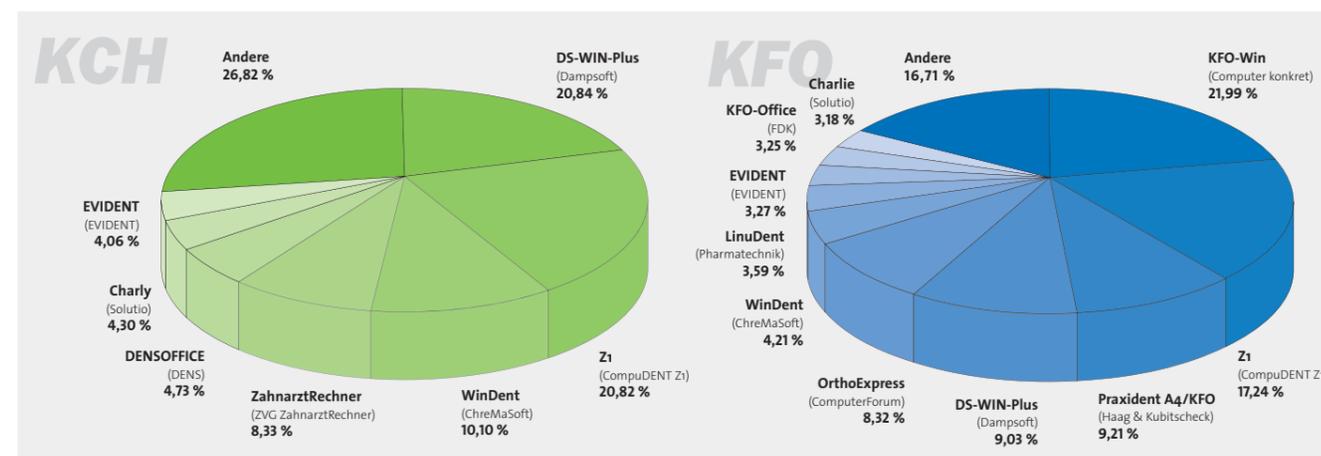
Die KZBV entwickelt die Programmmodule für die Übertragung der Abrechnungsdaten aus den Zahnarztpraxen an die KZVen. Sie müssen aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Änderungen im Leistungsgeschehen regelmäßig modifiziert werden. Die Softwarehäuser erhalten daher regelmäßige Updates zum Einpflegen in ihre Praxissoftware, die KZVen entsprechend angepasste Empfangsmodule.

Im zurückliegenden Jahr wurden zwei aktualisierte Versionen der Datenübertragungsmodule für den konservierend-chirurgischen Bereich, drei für den kieferorthopädischen und zwei für den Zahnersatzbereich an die Software-Hersteller ausgeliefert.

Die Abrechnung per Datenträgeraustausch hat sich im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung in den Praxen mittlerweile fast durchgängig etabliert. Ende 2007 machte sie hier durchschnittlich 97,9 Prozent aus und lag damit 0,2 Prozent höher als im Vorjahreszeitraum. Unterschiede zwischen den einzelnen KZVen gibt es kaum. Anders sieht es im Bereich der Kieferorthopädie aus. Hier erfolgt lediglich die Hälfte aller Abrechnungen auf elektronischem Wege. Zudem gibt es erhebliche regionale Abweichungen in der Nutzung der digitalen Abrechnung.

Neben der Unterstützung der elektronisch basierten Abrechnung zwischen Praxis und KZV betreut die KZBV auch den nachgelagerten Datenträgeraustausch zwischen

KZV und Krankenkassen. Ebenso führt sie die quartalsweise von den KZVen gelieferten Daten für den Risikostrukturausgleich in der GKV zusammen. Als Dachorganisation pflegt sie ein Bundeseinheitliches Kassenverzeichnis, das den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Kassen und den Praxen als Verzeichnis der gültigen Kassennummern der Kostenträger dient. Und nicht zuletzt unterhält sie ein Bundeszahnarztregister, in dem nach den Regeln der Zulassungsverordnung für Zahnärzte alle Vertragszahnärzte erfasst sein müssen.



ANTEIL DER EDV-SYSTEME AN DER ABRECHNUNG PER DATENTRÄGERAUSTAUSCH



## Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)

### › Betrieb der Infrastruktur

„Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)“ ist eine Sicherheitsinfrastruktur für die elektronische Kommunikation innerhalb der Zahnärzteschaft. Sie ermöglicht den sicheren elektronischen Datenaustausch sowohl der Zahnärzte untereinander als auch des einzelnen Zahnarztes mit seiner KZV, z. B. für die Online-Abrechnung oder den Zugriff auf geschützte Online-Angebote. Im abgelaufenen Geschäftsjahr ist die Zahl der Teilnehmer auf über 3.500 (Juli 2008) gestiegen – eine Verdoppelung

binnen Jahresfrist. Die KZBV betreibt damit die größte derartige Sicherheitsinfrastruktur im Gesundheitswesen.

Mit ZOD nimmt die Zahnärzteschaft außerdem eine Vorreiterrolle bei der Einführung des elektronischen Heilberufsausweises ein, da die ZOD-Karte in vielen Aspekten bereits die Anforderungen an den elektronischen Heilberufsausweis erfüllt. Die Karte wird durch externe Anbieter zur Verfügung gestellt. Firmen, die als ZOD-Anbieter auftreten wollen, erhalten dafür eine Zulassung von der KZBV, wenn sie ein

festgelegtes Anforderungsprofil erfüllen. Die Erfassung der Teilnehmer-Daten in einer von der KZBV gepflegten Datenbank und die Bestätigung, dass es sich um einen zugelassenen Zahnarzt handelt, der zum Erhalt einer ZOD-Karte berechtigt ist, erfolgt durch die KZVen. Die KZBV gewährleistet für zehn der KZVen die Erfassung der Teilnehmerdaten über eine entsprechende Datenbank und stellt die Schnittstelle für die Kommunikation mit den ZOD-Anbietern dar.

### › Weiterentwicklung der Infrastruktur (ZOD 2.0)

Im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden die niedergelassenen Zahnärzte auch einen elektronischen Zahnarzttausweis erhalten. Die ZOD-Karte kann jedoch schon heute einen Teil der Funktionen dieses Ausweises erfüllen. Angesichts der fortschreitenden Verbreitung von ZOD hat die KZBV auf Wunsch der KZVen die ZOD-Infrastruktur daher so weiterentwickelt, dass die teilnehmenden Zahnärzte und KZVen auch im Hinblick auf die Einführung des elektronischen Zahnarzttausweises Investitionssicherheit haben. Die KZBV hat in enger Abstimmung mit den KZVen (Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung ZOD“, Jour fixe „Telematik“ der KZVen) und den derzeit zugelassenen ZOD-Anbietern die notwendigen Anpassungen an der derzeitigen Infrastruktur identifiziert und projektiert.

Die zukünftigen ZOD 2.0-Karten werden technisch bereits weitgehend dem zukünftigen elektronischen Zahnarzttausweis

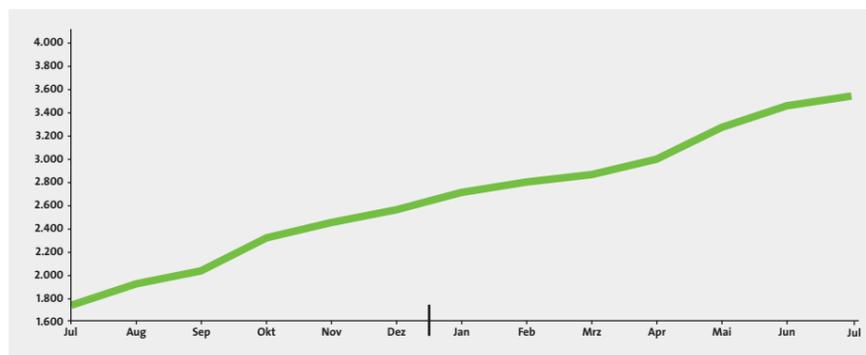
entsprechen. Um sicherzustellen, dass die ZOD-Infrastruktur bei der Einführung des elektronischen Zahnarzttausweises durch die Zahnärztekammern berücksichtigt wird, hat die KZBV im Frühjahr 2008 eine Telematikvereinbarung mit der Bundeszahnärztekammer abgeschlossen. Als Teil des Vertrages ist eine Mustervereinbarung formuliert worden, mit der KZVen und Kammern ihre Zusammenarbeit auf Landesebene regeln können.



Parallel sind die zahlreichen der ZOD-Infrastruktur zugrunde liegenden fachlichen Dokumente überarbeitet, an die neuen Anforderungen angepasst und mit allen Beteiligten abgestimmt worden. Eine übersichtliche Dokumentenlandkarte gibt für jedes Dokument die aktuelle Version und

Bezugsquelle an. Die beiden Hauptdokumente „ZOD-Anforderungsprofil“ und „ZOD-Policy“, in denen die Anforderungen für die ZOD-Anbieter zusammengefasst sind, sind nach Prüfung durch den Datenschutzkontrollausschuss der Vertreterversammlung im Juni 2008 vom Vorstand der KZBV verabschiedet worden und werden in Kürze im Internet veröffentlicht. Die konzeptionellen Arbeiten für ZOD 2.0 sind damit nahezu abgeschlossen.

Derzeit laufen die Implementierungsarbeiten der ZOD-Anbieter (Trust Center-Anpassungen) und der KZBV (Registrierungs-Datenbank) sowie das Bestätigungsverfahren nach dem Signaturgesetz. Nach deren Abschluss können ZOD-Anbieter mit einer entsprechenden Zulassung prinzipiell ZOD 2.0-Karten anbieten. Diese bieten dann neben dem direkten Mehrwert der rechtssicheren elektronischen Signatur den Vorteil, dass sie unabhängig von den Planungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf jeden Fall bis zum Ende ihres Gültigkeitsdatums eingesetzt werden können.



ZUNAHME DER ZOD-TEILNEHMER VON JULI 2007 BIS JULI 2008

## Die elektronische Gesundheitskarte

### ► Politische Begleitung des Projektes

Seit Inkrafttreten der Rechtsverordnung zu den Testmaßnahmen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im November 2005 arbeitet die gematik unter Weisung des BMG. Das Ministerium beschränkt sich dabei nicht auf die ihm zustehende Rechtsaufsicht, sondern trifft auch sämtliche maßgeblichen fachlichen Entscheidungen in der gematik. Dabei wird unverändert ein hoher, politisch motivierter Zeitdruck aufrecht erhalten.

Die Feldtests, die mit je 10.000 Versicherten in sieben Testregionen durchgeführt werden sollen, sind im Herbst 2007 schlep-pend angelaufen. Die in den Test-Praxen erprobten Prozesse erscheinen wenig praktikabel und führen zu häufigen Fehlern und Störungen im Praxisablauf. Da die Anwendungen aufgrund des Zeitdrucks nicht ausgereift sind, werden sie nur vereinzelt genutzt. So werden weniger als die Hälfte der ausgestellten elektronischen Rezepte in der Apotheke eingelöst. (Der Patient erhält aufgrund des Teststatus weiterhin parallel ein Papierrezept.) Not-falldaten werden äußerst selten erstellt und auf der eGK gespeichert, da viele Patienten mit der mehrmaligen Eingabe der sechsstelligen PIN bei der Freischaltung ihrer eGK für die Speicherung überfordert scheinen. Auch die Ärzte kommen mit der häufigen PIN-Eingabe bei Nutzung ihrer Heilberufsausweise nur schwer zurecht. Die Erprobung der Notfalldaten wurde in Flensburg schließlich ausgesetzt, verbunden mit der Forderung an die gematik, die Prozesse zu überarbeiten.

Die Gesellschafterversammlung hatte die gematik im Sommer 2007 instruiert, eine wissenschaftliche Evaluation der Testverfahren durchzuführen. Aufgrund schleppender Verfahren wurde die Evaluation erst im Frühjahr 2008 beauftragt und wird erst im Herbst 2008 starten können. Erste Ergebnisse werden für Frühjahr 2009 erwartet. Die KZBV hat die gematik darauf hingewiesen, dass bei der derzeitigen Planung der Testphasen die Evaluations-ergebnisse nicht in die nächste Phase (Online-Prüfung von Versichertenstammdaten, Online-Übermittlung eRezept) einfließen können.

Neben den Tests arbeitet die gematik weiter an der Konzeption der freiwilligen Anwendungen. Die zugrunde liegenden Fachkonzepte werden in einer Arbeitsgruppe der Leistungsträgerorganisationen erstellt, der neben den Organisationen der Ärzte- und Apothekerschaft und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch die KZBV angehört. Das Gremium hat in zeitintensiver Arbeit die Fachkonzepte „Notfalldaten-Management“, „Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung“ und „Verwaltung freiwilliger Anwendungen“ formuliert und an die gematik übergeben. Sie stellen die Vorgabe für die Ausgestaltung der Anwendungen durch die gematik dar. Allerdings erfahren die Konzepte in der Regel Änderungen durch Weisungen des BMG – auch gegen das Votum der Heilberufsorganisationen. Ein Beispiel dafür ist die Weisung des Ministeriums vom Dezember 2007, Erklärungen zur Organ-spendebereitschaft im Rahmen der Not-falldaten auf der eGK zu speichern. Die Leistungsträgerorganisationen hatten sich

aus rechtlichen und fachlichen Gründen explizit gegen diese Verfahrensweise ausgesprochen und waren auch vom Beirat der gematik unterstützt worden. Dennoch wurde die gematik angewiesen, die Anwendung den Vorstellungen des BMG entsprechend auszugestalten.

Der Beirat der gematik, dem sämtliche von der Einführung der eGK betroffenen Gruppen angehören (Heilberufsgruppen, Patientenvertreter, Forschung, Industrie etc.) hat sich intensiv mit der Ausgestaltung der freiwilligen Anwendungen beschäftigt. Er hat problematisiert, dass in einer elektronischen Patientenakte große Datenmengen anfallen können und der Arzt für den Fall, dass er einen relevanten Eintrag übersieht, in haftungsrechtliche Schwierigkeiten geraten kann.

Vor dem Hintergrund der Aktivitäten der gematik und dem unverändert aufrecht erhaltenen Zeitdruck des BMG, der eine geordnete Projektdurchführung fast unmöglich macht, hat die Vertreter-versammlung der KZBV im Juni 2008 ihre Ablehnung der eGK bekräftigt. Sie hat die Positionen des 111. Deutschen Ärztetages unterstützt, der die Erprobung dezentraler Speichermedien, den Schutz der Daten und die Freiwilligkeit zur Unterstützung der Anwendungen für die Ärzte gefordert hatte. Die KZBV wurde beauftragt, darauf hinzuwirken, dass keine Verpflichtung für die niedergelassenen Zahnärzte besteht, Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte in ihren Praxen umzusetzen, die über das Einlesen von Versichertenstammdaten aus der eGK hinausgehen.

### ► Der „Basis-Rollout“ der eGK

Die Ergebnisse der Testverfahren lassen eine zügige Ausgabe der eGK mit umfangreichen Funktionen kaum realisierbar erscheinen. Da das BMG aber nach wie vor eine zeitnahe Ausgabe der eGK anstrebt, favorisiert es seit Mitte 2007 einen Rollout der eGK mit dem Auslesen der Versichertenstammdaten als einziger Anwendung.

Auf Druck des Ministeriums beschloss die Gesellschafterversammlung im Oktober 2007 eine entsprechende Rollout-Planung, knüpfte daran jedoch eine Reihe von Bedingungen. Vor der Ausgabe der Karte sollten ihre Online-Fähigkeit nachgewiesen werden, die Evaluierungsergebnisse aus den Testverfahren einfließen, die Finanzierungsvereinbarungen geschlossen und eine bundesweit flächendeckende Infrastruktur in den Arzt- und Zahnarztpraxen zur Verarbeitung der eGK geschaffen werden. Außerdem sollte die im Konzept enthaltene „politische Zeitplanung“ in eine realistische Projektplanung überführt werden. Die KZBV stimmte in der Gesellschafter-versammlung gegen das Konzept, weil eine Karte, die auf das Einlesen der Versichertenstammdaten begrenzt ist, keinen Mehrwert gegenüber der heutigen Krankenversicherungskarte bietet, Kosten und Aufwand für die Ausgabe einer um ein Vielfaches teureren Karte mithin nicht gerechtfertigt erscheinen.

Entgegen der Intention des Gesellschafter-beschlusses, vor Beginn des eGK-Rollouts für eine bundesweit flächendeckende Infrastruktur in den Praxen zu sorgen, favorisierte das BMG die schnellstmögliche

regionale Ausgabe der Karte. In einer „Durchstichregion“ sollten die Praxen mit Kartenlesegeräten und sofort anschließend die Versicherten mit der eGK ausgestattet werden. Nachdem Sachsen es aufgrund der zu erwartenden Probleme Ende 2007 abgelehnt hatte, als Durchstichregion zu dienen, soll der Rollout nun in Nordrhein beginnen.

Die KZBV plädierte dafür, vor der Ausgabe der eGK in einer Region zunächst bundesweit alle Praxen eGK-fähig zu machen. Schließlich würden Patienten aus Nordrhein auch in anderen Bundesländern Ärzte oder Zahnärzte mit ihrer eGK aufsuchen und ansonsten dort auf Praxen treffen, die für die Anwendung der Karte nicht gerüstet sind. Gemeinsam mit der KZV Nordrhein konnte die KZBV erreichen, dass das ursprüngliche Konzept des „Durchstichs“ abgemildert wurde. Zwar konnte die bundesweit flächendeckende Ausstattung aller Praxen aufgrund des politischen Drucks zur zeitnahen Ausgabe der eGK nicht durchgesetzt werden. Als Kompromiss ist jedoch im Rollout-Konzept der gematik das so genannte „Zwiebelschalenmodell“ aufgenommen worden, das eine sukzessive bundesland- und quartalsweise Ausstattung der Praxen vorsieht. Die Ausgabe der eGK in Nordrhein soll danach erst starten, wenn zumindest auch die an Nordrhein angrenzenden Länder ausgestattet sind.

Die Vertreterversammlung der KZBV hat im Juni 2008 den Basis-Rollout der eGK abgelehnt. Zugleich beauftragte sie aber den Vorstand, soweit wie möglich für praktikable Verfahren in den Zahnarztpraxen

zu sorgen, falls an der regionalen Einführung der Karte festgehalten wird. Im gleichen Monat haben sich die nordrheinischen Kassen und Leistungsträger-Organisationen auf Druck des Landessozialministeriums darauf verständigt, dass Nordrhein als Einführungsregion zur Verfügung steht. Allerdings wurde die Zustimmung an die Bedingung geknüpft, dass zuvor alle technischen Voraussetzungen geschaffen und eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung auf Bundes-ebene getroffen sein müssen.

Parallel zu ihren Versuchen, gegenüber gematik und übrigen Gesellschaftern ein geordnetes Verfahren zu erreichen, hat die KZBV daher begonnen, Vorbereitungen für die Ausstattung der Zahnarztpraxen zu treffen. Mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen verhandelt sie derzeit eine „eGK-Vereinbarung“, die den Einsatz der Karte in den Praxen regelt. Seit Anfang 2008 wird über die Finanzierung der Praxisausstattung gerungen. Nachdem die Verhandlungen im Frühjahr kurz vor dem Abschluss standen, sorgte eine Modifikation des Rollout-Konzeptes dafür, dass schon konsentrierte Aspekte neu verhandelt werden mussten. Im April riefen die Kassenverbände das Schiedsamt an. Ein Termin für die Verhandlung stand zum Berichtszeitpunkt (Juli 2008) noch nicht fest. Der Abschluss der Finanzierungsvereinbarung ist aber *conditio sine qua non* für den Beginn der Ausstattung der nordrheinischen Zahnarztpraxen.

# Forschung

Die KZBV fördert und finanziert regelmäßig Forschungsvorhaben im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Valide Daten und belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse sind die entscheidende Basis für die Formulierung von berufspolitischen Forderungen und die Entwicklung von Versorgungskonzepten. Die KZBV ist gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer Träger des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Die organisatorisch verselbstständigte Einrichtung hat

die Aufgabe, wissenschaftliche Politikberatung und analytische Grundlagenarbeiten zu betreiben. Ein gemeinsamer Vorstandsausschuss leitet die Aktivitäten des IDZ und legt die langfristige Aufgabenplanung in halbjährlichen Sitzungen fest. Der Vorsitz lag 2007 beim Vorsitzenden des Vorstandes der KZBV und liegt im laufenden Jahr beim Präsidenten der Bundeszahnärztekammer. Die Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen der Oral-epidemiologie, der Gesundheitsökonomie,

der Systemforschung, der zahnärztlichen Berufsausübung und der Verhaltensmedizin. Der wissenschaftliche Leiter des IDZ, Dr. Wolfgang Micheelis, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) im Rahmen des wissenschaftlichen Programms des Deutschen Zahnärztetages im November 2007 für seine Verdienste um die Prävention oraler Erkrankungen und seine grundlegenden epidemiologischen Arbeiten geehrt.

## Zukünftige Forschungsarbeit

Am 23. April 2008 fand in Köln eine Klausurtagung des IDZ statt. Ziel der Veranstaltung war es, im internen Kreis der Mitglieder des IDZ-Vorstandsausschusses und der wissenschaftlichen Mitarbeiter des IDZ eine Bestandsaufnahme der Institutsarbeit vorzunehmen und gleichzeitig die Weichen für die künftige IDZ-Forschungsarbeit zu stellen. Dazu hatte der IDZ-Vorstandsausschuss den stellv. Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Herrn Prof. Dr. Matthias Schrappe, für ein umfangreiches Impulsreferat gewinnen können. Schrappe stellte in seinem Vortrag über „Aktuelle und zukünftige Herausforderungen für die Gesundheitsforschung im ärztlichen bzw. zahnärztlichen Raum“ vor allem heraus, dass drei Mega-Trends die Diskussion im Gesundheitswesen in Deutschland beherrschen, nämlich die Themen „Rationalisierung“, „Patienten-

orientierung“ und „Outcome-Perspektive“. Allen drei Bereichen sei inhärent, dass sie eine Vielzahl von Forschungsfragen auslösen würden, bei deren Bearbeitung auch das IDZ gefordert sei. Insgesamt gelte es, so Schrappe in seinem Fazit weiter, die Versorgungsforschung in ihrer breiten Interdisziplinarität voranzutreiben, um die letzte Meile des Gesundheitswesens überhaupt im Sinne einer Bedarfsbeurteilung angemessen zu verstehen und einen „freien Fall“ der klinischen Forschung in die alltägliche Versorgungspraxis zu vermeiden.



Der IDZ-Vorstandsausschuss stellte in der anschließenden internen Diskussion fest,

dass das IDZ mit seinen zentralen Forschungsschwerpunkten in der nationalen und internationalen Landschaft der Gesundheitsforschung insgesamt gut aufgestellt sei und die neuen Themen und forschungspolitischen Herausforderungen in die tradierten IDZ-Forschungsschwerpunkte gut integrieren könne. In einem einstimmig verabschiedeten Memorandum zog der Vorstandsausschuss eine positive Bilanz der über 25-jährigen Forschungstätigkeit des IDZ: Das Institut wurde als „eigenständige Stimme“ auf dem Gebiet der Gesundheits- und Gesundheitssystemforschung gewürdigt, die sich in den einschlägigen Fachkreisen großer Anerkennung erfreut. Zugleich wurde in Aussicht gestellt, die Arbeit des IDZ im Hinblick auf die neuen Herausforderungen in der nationalen und internationalen Gesundheits- und Versorgungsforschung auszubauen.

## Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

### › Zur epidemiologischen Einschätzung der Parodontitislast in Deutschland

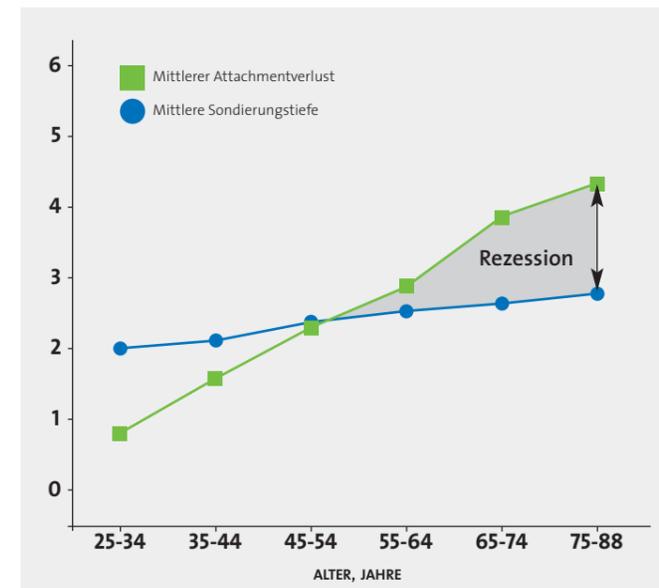
Gerade die Veröffentlichung der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) hat dafür gesorgt, dass ein epidemiologischer Befund verstärkt in den öffentlichen Gesundheitsdiskurs gerückt wurde: die Vorkommenshäufigkeiten (Prävalenzen) parodontaler Erkrankungen in der Bevölkerung und deren Anstieg in den letzten zehn Jahren. Zwar muss man bei der Interpretation der entsprechenden sozialmedizinischen Befunde eine gewisse Vorsicht walten lassen, weil Art und Umfang dieser speziellen Erkrankungsgruppe sowohl klinisch als auch epidemiologisch nicht ganz

einfach zu fassen sind. Dennoch besteht Konsens darüber, dass die parodontalen Prävalenzraten für das zahnmedizinische Versorgungssystem in Deutschland eine Herausforderung darstellen. Vor diesem Hintergrund ist in enger Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Universität Dresden), Prof. Dr. Thomas Kocher (Universität Greifswald), Dr. Birte Holtfreter (Universität Greifswald) und Dipl.-Vw. Ernst Schroeder (TNS München) ein ausführlicher Grundsatzartikel unter dem Titel „Zur epidemiologischen Einschätzung der Parodontitislast in Deutschland – Versuch einer Bilanzierung“ erarbeitet worden, der zur Veröffentlichung in der Deutschen Zahnärztlichen

Zeitschrift (DZZ) eingereicht wurde.

Der Text unterzog nicht nur die parodontalen Datensätze der DMS IV einer eingehenden vertiefenden Analyse, sondern auch Daten aus der SHIP-1-Studie des Forschungsverbundes Greifswald. Zudem wurden weitere klinische Datensätze der Zahnklinik Greifswald einbezogen. Gleichzeitig wurde das gesamte Datenmaterial zu den PAR-Daten in die aktuelle internationale Forschungsliteratur eingeordnet.

Dabei wurde methodisch ein multimodaler Weg gewählt, um die verschiedenen parodontalepidemiologischen Indexsysteme ergebnisvergleichend berücksichtigen zu können.



ZUSAMMENHANG VON ATTACHMENTVERLUSTEN UND SONDIERUNGSTIEFEN NACH ALTERSGRUPPEN



sichtigen zu können. Insbesondere steht eine Nachzeichnung der Bevölkerungsdaten nach dem Schweregrad (severity) und dem Krankheitsausmaß (extent), den statistischen Verteilungsmustern der klinischen Betroffenheit in den Populationen und eine Umrechnung der empirischen Indexdaten auf das Gesamtgebiss im Zentrum des Papiers. Im Fazit zeigte sich, dass man für 2005 in Deutschland bei 4–8 % der Erwachsenen (35–44 Jahre) und bei 14–22 % der Senioren (65–74 Jahre) von dem Vorhandensein einer schweren Parodontitis ausgehen kann. Bei rund 40 % der Durchschnittsbevölkerung dürfte eine moderate Ausprägung der parodontalen Destruktion vorliegen (Schweregrad). Die durchschnittliche Anzahl erkrankter Paro-

dontien pro Gebiss wurde auf der Basis einer Umrechnung der Stichprobendaten an ausgewählten Indexzähnen mit 9–10 Zähnen (Sondierungstiefe  $\geq 4$  mm) bzw. mit 16–21 Zähnen (Attachmentverlust  $\geq 3$  mm) berechnet (Ausmaß).

Über solche Veröffentlichungen hinaus bringt das IDZ seine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Thematik in verschiedene Arbeitsgremien ein. Das gilt für die KZBV-interne Arbeitsgruppe zur Entwicklung zukünftiger Versorgungskonzepte für Parodontalerkrankungen in der GKV ebenso wie für die BZÄK-Arbeitsgruppe für „Versorgungspolitische Konsequenzen der parodontalen Erkrankungssituation bei Erwachsenen und Senioren in Deutsch-

land“. Das Institut hat seine Expertise der Koordinierungskonferenz Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Länder-Pressereferenten in Cottbus zur Verfügung gestellt, die unter dem Thema „Parodontitis – die zahnmedizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts“ stand. Zudem wurde zum Schwerpunkt „Präventionsorientierte Konzepte für parodontale Erkrankungen“ bei der BZÄK-Klausurtagung am 30./31. Mai 2008 referiert. Nicht zuletzt arbeitet das IDZ kontinuierlich im Arbeitskreis Epidemiologie und Public Health der DGZMK mit. Diesjähriges Hauptthema der Jahrestagung war eine „Methodenkritik und Interpretation epidemiologischer Erhebungen am Beispiel der Daten zur Parodontitisprävalenz in SHIP und DMS“.

**> Parodontitisrelevantes Wissen in der Bevölkerung**

Durch die Ergebnisse der DMS IV rücken Parodontalerkrankungen, früher eher ein Stiefkind zahnmedizinischer Forschung und Praxis, mehr und mehr in den Fokus der Erwachsenenzahnheilkunde. Aus Forschungssicht hängt dies u. a. mit einem zunehmenden Verständnis von Parodontalerkrankungen als chronisch-entzündliche Erkrankungen zusammen, die entgegen früherer Annahmen nicht nur lokal die Integrität des Parodontiums beeinträchtigen. Vielmehr stehen sie heute unter dem zum Teil bereits gut begründbaren Verdacht, Risikofaktor für eine Reihe weiterer Erkrankungen zu sein. Vor diesem Hintergrund erhalten präventivmedizinische Überlegungen Gewicht, wie Erkrankungen des Zahnfleisches (Gingivitis) und des Zahnhalteapparates (Parodontitis) durch geeignete

Maßnahmen auf der Bevölkerungs- und Individualebene einzudämmen sind. Ebenso die Frage, welche Risikofaktoren gezielt angegangen werden können. Wie ist aber der Wissensstand der Bevölkerung zu all diesen Fragestellungen?

Hierzu wurde eine bundesweite Telefonbefragung zum „Parodontitisrelevanten Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland“ durchgeführt. Zentrale Befragungsthemen waren das subjektive Begriffsverständnis, die Vorstellungen zu Erkrankungsursachen und Risikofaktoren, die vermuteten medizinischen Folgen und die wahrgenommenen Möglichkeiten einer Erkrankungsprophylaxe zum Thema Parodontitis. In der Ergebnisanalyse wurde deutlich, dass das Wissen zu diesem Erkrankungsbild in der Bevölkerung sehr fragmentarisch ist. Entsprechend besteht umfassender Informations- und Aufklärungs-

bedarf und die Gesundheitskommunikation über parodontale Erkrankungen muss im Zusammenspiel aller Ebenen – Schule, Medien, Fachgesellschaften, Zahnarztteam – verbessert werden. Die Erhebung wurde im Frühjahr 2007 als deutschlandweite Telefonbefragung mit 1001 Zufalls-personen im Alter ab 14 Jahren durchgeführt und in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe (Zahnmedizin/Medizinische Psychologie/Soziologie) zur Berichterstattung gebracht. Die externen Beteiligten waren: Prof. Dr. Renate Deinzer/Universität Gießen, Dr. Nicole Granath/München und Prof. Dr. Thomas Hoffmann/Universität Dresden. Die Ergebnisse wurden als IDZ-Information 1/2008 veröffentlicht, brachten eine große Resonanz in der Fachpresse und wurden auch von in der Gesundheitsaufklärung aktiven Organisationen wie der Sektion Zahngesundheit des Deutschen Grünen Kreuzes aufgegriffen.

	Alterskohorten			
	35-44 Jahre		65-74 Jahre	
	DMS IV	SHIP-1	DMS IV	SHIP-1
<b>Schwere Parodontitis</b>	<b>7,8 %</b>	<b>4,1 %</b>	<b>21,9 %</b>	<b>13,6 %</b>
<b>Moderate Parodontitis</b>	<b>45,3 %</b>	<b>21,2 %</b>	<b>54,1 %</b>	<b>41,9 %</b>
<b>Keine/leichte Parodontitis</b>	<b>46,9 %</b>	<b>74,7 %</b>	<b>24,0 %</b>	<b>44,6 %</b>

**PRÄVALENZSTRUKTUREN ZUR PARODONTITIS IN DEUTSCHLAND 2005**  
 NACH MASSGABE DER CDC/APP-KLASSIFIKATION MIT INTERPROXIMALEM  
 (MESIOVESTIBULÄREM) MESSPUNKT IM STUDIENVERGLEICH

## Ökonomische Forschungsfragen

### Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2006

Das IDZ analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Die ausführlichen Ergebnisse werden jeweils als IDZ-Information veröffentlicht, eine Kurzfassung erscheint in den Zahnärztlichen Mitteilungen (zm). Für das Jahr 2006 (IDZ-Information Nr. 3/2007) sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben: Die Übernahme einer Einzelpraxis war die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 52 % und in den neuen Bundesländern 81 %

der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit. In den alten Bundesländern wählten etwa 29 % der zahnärztlichen Existenzgründer die Gemeinschaftspraxis. In den neuen Bundesländern präferierte lediglich jeder zehnte Existenzgründer (2005: 21 %) die Gemeinschaftspraxis als Praxisform. Während in den alten Bundesländern 58 % der Existenzgründungen von Männern und 42 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den neuen Bundesländern nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 46 % der Existenzgründungen von Männern und 54 % von Frauen vorgenommen. Das Investitionsvolumen für die Neugründung einer westdeutschen Einzelpraxis betrug

316.000 € und lag somit 11 % unter dem Vorjahreswert. Damit sind die Investitionen erstmalig seit 1999 wieder rückläufig. Das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme sank ebenfalls um 7 % auf 246.000 €. In den Jahren 1997 bis 2004 hatte sich der ideelle Wert („Goodwill“) bei einer westdeutschen Praxisübernahme als weitgehend stabil erwiesen; im Jahr 2005 sank der ideelle Wert um 7 %. Im Jahr 2006 verharrte der Goodwill mit 76.000 € auf dem Vorjahresniveau. Trotz des deutlichen Rückgangs blieb das Investitionsvolumen für die Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis in den alten Bundesländern auch im Zeitraum 2005/2006 höher als in allen anderen Facharztgruppen.

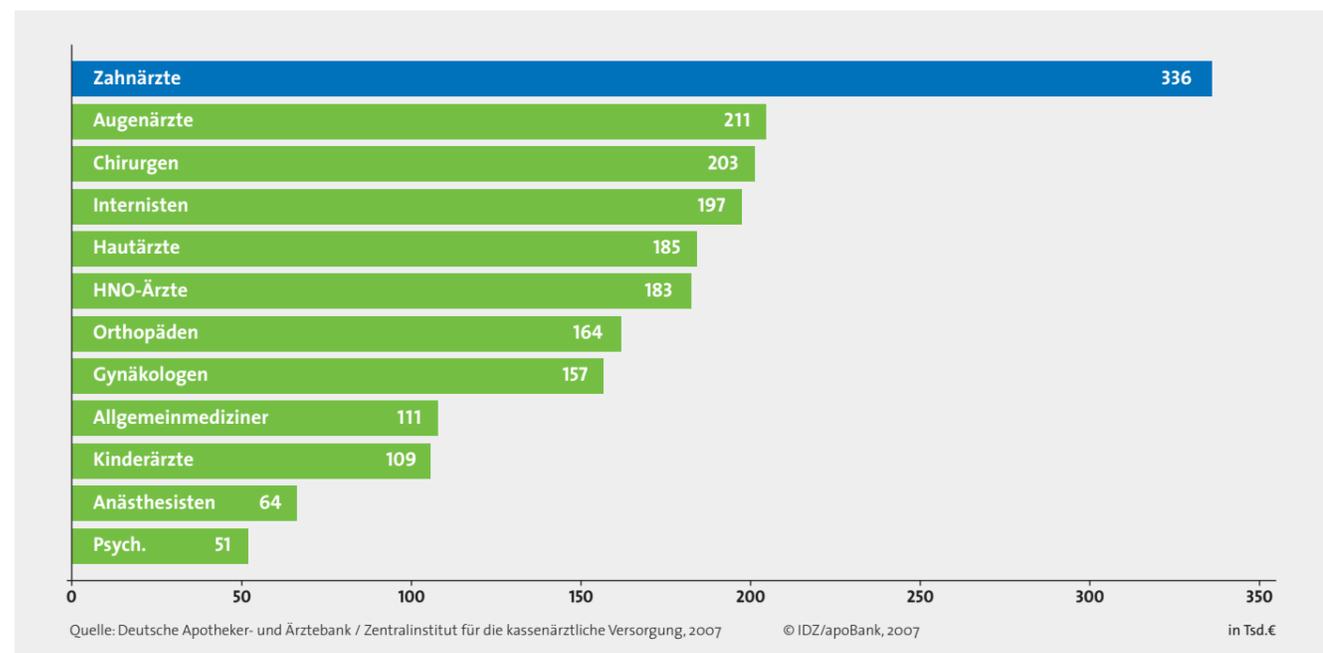
### Beginn, Verlauf und Erfolgsfaktoren von Existenzgründungen

Das IDZ untersucht seit mehreren Jahren Fragen zur zahnärztlichen Existenzgründung. Dabei werden in einem Längsschnittpjekt dieselben Stichprobenzahnärzte zu unterschiedlichen Zeitpunkten wiederholt befragt. In der dritten Welle wurden die „Erfolgsfaktoren“ der betriebswirtschaftlichen Entwicklung von jungen Zahnarztpraxen zwischen dem fünften und dem achten Jahr nach der Existenzgründung untersucht. Das in Kooperation mit PD Dr. Wolfgang Becker von der Universität Augsburg fortgeführte Projekt „Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3)“ macht insgesamt deutlich, dass

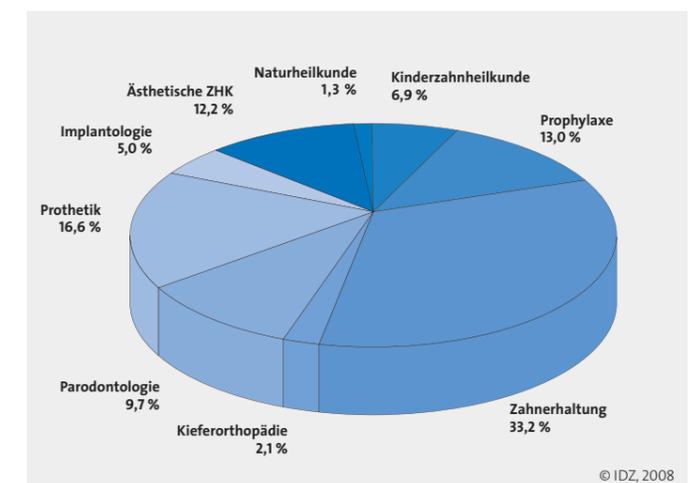
zahnärztliche Existenzgründungen auch in der Expansionsphase sehr unterschiedlichen Wachstumspfaden folgen. Generell erkennbar war aber eine Konzentration auf einzelne Arbeitsschwerpunkte, die von den Patienten verstärkt nachgefragt wurden bzw. betriebswirtschaftlich rentabler sind.

Die Betriebsausgaben lagen über alle Praxisformen hinweg im Jahr 2005 bei durchschnittlich 240.000 €. Dies entspricht einem Rückgang um etwa 10 % gegenüber dem Jahr 2003. Die korrespondierenden Gesamteinnahmen im Jahr 2005 betragen im Schnitt 338.000 €. Dies entspricht einem Rückgang um etwa 6 % gegenüber dem Jahr 2003. Ursächlich für den Umsatzrückgang war u. a. die fehlende Übergangsregelung bei der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz. Im Jahr 2005 lag der Einnahmensaldo über alle Praxisformen hinweg bei durchschnittlich 98.000 € und damit etwa 5 % über dem Einnahmensaldo des Jahres 2003. Während die „jungen Praxen“ in der Konsolidierungsphase noch einen Einnahmensaldo in Höhe von etwa 73 % einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis verbuchen konnten, verbesserte sich das Verhältnis in der Expansionsphase auf 76 %.

Die Ergebnisse wurden als IDZ-Information 3/2008 im April 2008 veröffentlicht. Gemeinsam mit PD Dr. Becker wird eine Gesamtpublikation als IDZ-Materialienband über alle drei Befragungswellen für 2009 vorbereitet. Die Ergebnisse finden vor allem in der Niederlassungsberatung Verwendung. Andererseits versteht sich dieses methodisch ambitionierte Projekt auch als ein Forschungssignal in die gesamte Szene der (zahn)ärztlichen Gründungsforschung.



GESAMTFINANZIERUNGSVOLUMINA BEI DER NEUGRÜNDUNG EINER EINZELPRAXIS IN DEN ALTEN BUNDESLÄNDERN NACH ARZTGRUPPEN 2005/2006



ANTEIL DER ARBEITSSCHWERPUNKTE

AN DER WÖCHENTLICHEN ARBEITSZEIT IN DEN AVE-Z-3-PRAXEN



› **Dentaltourismus und Auslandszahnersatz**

Vor dem Hintergrund der Globalisierung werden nationale Märkte immer durchlässiger. Dieses Phänomen wird zunehmend auch in der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland sichtbar. Es äußert sich in einer größeren Patientenmobilität und wachsenden Marktanteilen für importierten Zahnersatz. Das IDZ hat sich zur Aufgabe gemacht, Ausmaß und Perspektiven dieser Entwicklung näher zu beleuchten und fördernde bzw. hemmende Faktoren der Marktentwicklung zu eruieren. Externer wissenschaftlicher Projektpartner für die Konzeption und Auswertung bei diesem Projekt, dem als Methodik das Willingness-to-pay-Verfahren zugrunde lag, ist das renommierte Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) in Burscheid unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Reinhard

Rychlik. Die Feldarbeit wurde im Mai 2008 im Auftrag des IDZ vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführt. Dazu erfolgten bei einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung Deutschlands (ca. 1.350 Personen) im Alter zwischen 30 und 75 Jahren persönlich-mündliche Interviews.

Im Vorfeld war ein Fragebogen entwickelt und einem ausführlichen Pretest unterzogen worden. Die individuelle Zahlungsbereitschaft, die im Zentrum der Befragung stand, wurde mittels Bidding-Game-Verfahren abgefragt. Das heißt, den Probanden wurden festgelegte Geldbeträge für das hypothetische Szenario der Eingliederung von Auslandszahnersatz zur Zustimmung vorgelegt, bis sie den Preis nicht mehr akzeptierten. Die Befragung bezog sich sowohl auf die Eingliederung aus-

ländischen Zahnersatzes in Deutschland als auch auf eine Versorgung mit Zahnersatz im Ausland. Der Fragebogen enthielt weiterhin u. a. Fragen zur Zahnarztbindung, zu den Erwartungen an und zur Zufriedenheit mit Zahnersatz und zur Soziodemographie. Damit ermöglicht das Projekt auch eine Abschätzung der Marktentwicklung unter Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren. Die Ergebnisauswertung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem IfEG im Rahmen einer IDZ-Information Anfang 2009. Ein allererster Einblick in die Befragungsergebnisse wurde bei der IDZ-Vorstandsausschuss-Sitzung am 4. Juni 2008 gegeben. Danach bewegt sich die Inanspruchnahme von Auslandszahnersatz in der Bevölkerung zur Zeit (2008) in einer Größenordnung von durchschnittlich 2–3 %.

## Forschungsfragen zur zahnärztlichen Berufsausübung

› **Hygienekosten in der Praxis**

Der „physician factor“ als Teil der Versorgungsforschung hat am IDZ naturgemäß einen festen Platz. In Anknüpfung an eine bereits 1996 durchgeführte Untersuchung des IDZ zur Kostenstruktur und Kostenhöhe der arbeitsbezogenen Hygieneaufwendungen aktualisiert und vervollständigt das Gutachten „Hygienekosten in der Zahnarztpraxis – Ergebnisse aus einer kombiniert betriebswirtschaftlich-arbeitswissenschaftlichen Studie“ das entsprechende Zahlenbild auf der Grundlage intensiver betriebswirtschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher Erhebungen in insgesamt 30 Zahnarztpraxen im Raum Westfalen-Lippe. Das Gutachten wurde von Prof. Dr. Karl Nowack von der Fachhochschule Münster im Auf-

trag der KZV Westfalen-Lippe und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe unter Beteiligung des IDZ erstellt. Das IDZ hat in Kooperation mit dem Wuppertaler Arbeitswissenschaftler Prof. Dr. Bernd H. Müller arbeitswissenschaftliche Messungen zu den einzelnen hygienebezogenen Zeitaufwänden eingebracht. Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Gesamthygienekosten einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis über den Zeitraum von 10 Jahren um über 80 % gestiegen sind. Der Forschungsbericht gibt eine Übersicht über die diversen Kostenstellen, informiert über die Berechnungsmodalitäten bei der Umrechnung der empirisch ermittelten Zeitaufwände (Prozesskosten) in Geldeinheiten, dokumentiert das methodische Studiendesign, diskutiert die Kostenentwicklungen im Vergleich zur IDZ-Studie

von 1996 und skizziert die aktuellen rechtlichen Rahmenvorschriften.

Angesichts der steigenden Anforderungen an die Hygiene in Zahnarztpraxen und der existenziellen Bedeutung der daraus folgenden Kosten für die wirtschaftliche Lage insbesondere der Einzelzahnarztpraxis sollten die sich abzeichnenden betriebswirtschaftlichen Folgen dieser Entwicklung noch stärker in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht werden. Die Ergebnisse wurden als IDZ-Information 2/2008 veröffentlicht und den relevanten Stellen zur Kenntnis gebracht, u. a. im Beirat der KZBV und dem BZÄK-Ausschuss für Zahnärztliche Praxisführung. Speziell zu den arbeitswissenschaftlichen Aspekten der Studie ist in der Folge ein Fachartikel geplant.

	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis (zwei Praxisinhaber)
Hygienesachkosten	31.854 €	41.886 €
Hygienepersonalkosten	23.071 €	36.632 €
<b>Hygienekosten insgesamt</b>	<b>54.925 €</b>	<b>78.518 €</b>

HYGIENEKOSTEN IN 2006 IN ABHÄNGIGKEIT VON DER ORGANISATORISCHEN PRAXISFORM

### › Prognose der Zahnärztezahln bis 2030

Mit dem Projekt „PROG 20“ hat das IDZ 2004 erstmals ein Prognosemodell zum künftigen zahnärztlichen Versorgungsbedarf entwickelt, in dem die zahnmedizinischen Behandlungsbedarfe in der Bevölkerung der zahnärztlichen Manpower gegenübergestellt wurden. Aus einem Abgleich beider Parameterabschätzungen konnten Fragen der Über- bzw. Unterversorgung auf ein zahlenmäßiges Fundament gestellt werden. Mit der Zahnärztoprognose wurde in der politischen Szene gearbeitet, auch der hochangesehene Wissenschaftsrat hat das Datenmaterial intensiv genutzt. Da die DMS IV nunmehr neue Daten zum Aufkommen von Karies und Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung geliefert hat, wurde das IDZ mit einer Aktualisierung des Prognosemodells bis zum Jahr 2030 beauftragt. Auch zu einer Reihe weiterer Einflussgrößen, z. B. den Zahlen der Studienabgänger, der erteilten Approbationen, der Gemeinschaftspraxen oder der Bevölkerungsvorausberechnung steht neues Datenmaterial zur Verfügung,

das in das aktualisierte Prognosemodell einfließen soll. PROG 30 wird erneut in Kooperation mit dem Institut InForMed in Augsburg erstellt. Eine erste Projektbesprechung fand am 28. April 2008 statt. Derzeit laufen die Vorarbeiten zum Projekt an; es werden die benötigten Datenkörper zur Demographie, Epidemiologie, Berufsausübungsformen nach Geschlecht, Wochenarbeitszeiten und weitere Parametergrößen zusammengestellt bzw. akquiriert und durchgesehen. Ende 2008 soll das Prognosemodell zur Verfügung stehen.

### › Wandel des zahnärztlichen Berufsbildes

Die heute schon spürbaren demographischen und soziologischen Verschiebungen in Deutschland werden Veränderungen der Praxisführung und der Patientenversorgung bei den Zahnärzten sinnvoll und notwendig machen. Da auch die Erwartungen der Patienten nach neuen und besseren Versorgung zunehmen und sich möglicherweise die Rahmenbedingungen allgemein verändern (Stichworte: Ökonomisierung, Verwis-

senschaftlichung, Patientenemanzipation, work-life-balance, Veränderungen im Morbiditätsspektrum), ist es angezeigt, nach Lösungsstrategien für die künftige zahnärztliche Versorgung zu suchen. Dabei sind verschiedene Ansätze denkbar, die in eine Evaluation einbezogen werden sollten und die seitens der Zahnärzte z. B. eine weitere Qualifikation nach dem Examen, veränderte Unternehmerstrategien oder Kooperationsformen notwendig machen können. Grundlage hierfür soll eine empirische Bestandsaufnahme bei Zahnärzten sein. Eine erste Besprechung zur Konzeption eines Projektrealisierungsvorschlags in Form einer Befragung von 800 Praxisinhabern und 800 Assistenten/Vertretern unter dem Titel „Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotentiale zahnärztlicher Berufsausübung in Deutschland“ (ANFO-Z) fand am 14. April 2008 statt. Das Projekt soll mit externer Beratung von Prof. Dr. Reich aus Biberach realisiert werden und ab September/Oktober 2008 für ein Jahr laufen.

### › Weitere Forschungsvorhaben und Aktivitäten des IDZ

#### DDV 10

Herausgabe der Jubiläumsausgabe „Das Dental Vademekum 2009/2010“ zum Zeitpunkt der IDS 2009; am 30. Januar 2008 fand eine vorbereitende Sitzung der Wissenschaftlichen Kommission statt

#### Soziale Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit

Bereitstellung von Variablen aus den DMS-Studien für den zahnmedizinischen Teil dieser Untersuchung der Medizinischen Hochschule Hannover/Prof. Dr. Geyer, die als Buchbeitrag veröffentlicht wird

#### Prophylaxe

Unterstützung und Beratung zur Prophylaxethematik für die Gremienarbeit in der BZÄK, insbesondere im Ausschuss Präventive Zahnheilkunde, und der KZBV

#### Krankheitskostenrechnung

Zuarbeit u. a. auf der Basis des Datenmaterials aus den DMS-Studien für die Krankheitskostenrechnung für zahnärztliche Diagnosen beim Statistischen Bundesamt zum Juni 2008

#### HTA

Beteiligung im Kuratorium HTA (Health Technology Assessment) und Berücksichtigung der HTA-Berichte für den zahnmedizinischen Bereich, hier insbesondere der 2008 veröffentlichte HTA-Bericht zur Kieferorthopädie

#### Kariesrisikogruppen

Wissenschaftliche Beratung der Zahnärztekammer Nordrhein bei einer Konzeption in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern mit hohem Kariesrisiko

#### Beirat der IfK

Mitarbeit im Wissenschaftlichen Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, die sich vor allem für die Verbreitung der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz einsetzt

#### Festzuschussbericht 2007 der KZBV

Zuarbeit durch einen Beitrag unter dem Titel „Ökonomisch-theoretische Analyse der Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse“

#### RKI-Themenheft Mundgesundheit

Review der vom Team der Zahnklinik Greifswald unter Prof. Dr. Kocher erstellten Konzeption für ein Themenheft des Robert Koch-Instituts zur Mundgesundheit, speziell auch unter Berücksichtigung der DMS IV-Ergebnisse

#### Fachbeiträge von IDZ-Autoren

Mehrstedt, M., John, M. T., Tönnies, S., Micheelis, W.: Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Oral Epidemiol* 35, 5, 2007, S. 357-363

Holtfreter, B., Micheelis, W., Schroeder, E., Reich, E., Kocher, T.: Präsentation Poster "Prevalence of periodontal disease in East Germany assessed by SHIP 0 and DMS III" bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) vom 27.- 29.09.2007 in Bonn

John, M. T., Micheelis, W., Steele, J. G.: Depression as a risk factor for denture dissatisfaction. *J Dent Res* 86, 9, 2007, S. 852-856

Tiemann, B.: Bearbeitung des Kapitels „Berufsständische Selbstverwaltung“. In: Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Schriftenreihe Band 60, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft (GVG), Köln 2007

Klingenberger, D., Micheelis, W.: Der Patient ist beim Zahnarzt mehr einbezogen. Studien zum Shared Decision Making. *Zahnärztl Mitt* 98, 3, 2008, S. 72-73

Klingenberger, D.: Rezension des Buches von Nagel, E.: Das Gesundheitswesen in Deutschland. *Zahnärztl Mitt* 98, 7, 2008, S. 60

Micheelis, W., Schroeder, E.: Medizinische Gründe überwiegen. Forschungsnotiz zur Par-Behandlung. *Zahnärztl Mitt* 98, 12, 2008, S. 58-69

Micheelis, W., Hoffmann, Th., Holtfreter, B., Kocher, Th., Schroeder, E.: Zur epidemiologischen Einschätzung der Parodontitislast in Deutschland – Versuch einer Bilanzierung. *Dtsch Zahnärztl Z* 63, 7, 2008, S. 464-472

# Qualität

Die Förderung und Sicherung sowie das Management von Qualität sind im Gesundheitswesen heute bestimmende Faktoren. Auch für den zahnärztlichen Bereich gibt es ein gewachsenes Regelwerk, das auf Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität in den Praxen abzielt. Dazu zählen die allgemeinen Richtlinien zur zahnärztlichen Versorgung, wissenschaftliche Stellungnahmen zu Themen der Berufsausübung, Hygienerichtlinien, die Überprüfung von Röntgeneinrichtungen, Gutachterwesen und Gutachterverfahren in Streitfällen

oder die Bestimmungen zur zahnärztlichen Fortbildung.

Durch Änderungen am Fünften Sozialgesetzbuch, die einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Maßnahmen zum Qualitätsmanagement (QM) und zur Qualitätssicherung (QS) zur Pflicht machen, hat der Gesetzgeber dem Thema Versorgungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung eine neue Dimension gegeben. Doch auch jenseits gesetzlicher Vorgaben engagiert sich die Zahnärzte-

schaft, das Management und die Sicherung von Qualität in den Praxen voranzutreiben. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer unterhält die KZBV die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ). Sie ist als Stabsstelle im IDZ untergebracht und bearbeitet Fragen zur Qualität in der Zahnmedizin, leistet Zuarbeit für die Trägerorganisationen und deren Ausschüsse bei Aufgaben der Qualitätsförderung, des QM und der QS in der zahnärztlichen Berufsausübung.

## Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Nach § 135a SGB V ist jeder Zahnarzt verpflichtet, in seiner Praxis ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Der G-BA hat diese Verpflichtung in einer Richtlinie ausgestaltet, die Anfang 2007 in Kraft trat. Die KZVen und Landes Zahnärztekammern haben daraufhin im vergangenen Jahr unterschiedliche Konzepte zur Umsetzung der Richtlinie entwickelt und den Praxen angeboten. Die ZZQ beobachtet die Anwendungsphase und sammelt Informationen über die verschiedenen QM-Systeme, die in den Zahnarztpraxen zum Einsatz kommen. Es ist geplant, in absehbarer Zeit eine bundesweite repräsentative Bestandsaufnahme durchzuführen, die erste Rückschlüsse auf die Entwicklung des einrichtungsinternen QM zulässt.

§ 135a SGB V sieht über das einrichtungsinterne QM hinaus vor, dass jeder Zahnarzt sich auch an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu

beteiligen hat. Nach § 137a SGB V soll der G-BA eine fachlich unabhängige Institution damit beauftragen, Verfahren zur Messung der Versorgungsqualität zu entwickeln. Die Institution, die über eine öffentliche Ausschreibung zu ermitteln ist, soll möglichst sektorübergreifende Indikatoren und Instrumente zur Erfassung der Qualität entwickeln.

Die KZBV verhandelt mit den übrigen Leistungsträgern und den Krankenkassen im G-BA derzeit über eine Richtlinie, die Grundsätze der einrichtungsübergreifenden QS regeln soll. Die Verabschiedung der Richtlinie, die für alle Versorgungssektoren gleichermaßen gelten wird, soll bis zum Jahresende erfolgen. Im Zuge der Verhandlungen hat sich die KZBV erfolgreich dafür eingesetzt, dass der zahnmedizinische Bereich neben der ambulanten ärztlichen Versorgung und dem stationären Bereich als dritter eigenständiger Versorgungssektor definiert wird.

Darüber hinaus war und ist die KZBV bzw. die ZZQ in die Vorbereitung und Durchführung des Vergabeverfahrens für die fachlich unabhängige Institution zur Entwicklung von Methoden für die Messung der Versorgungsqualität eingebunden. Auch im Rahmen der Ausschreibungsmodalitäten ist fixiert worden, dass der zahnärztliche Bereich als eigenständiger Versorgungssektor zu sehen ist. Darüber hinaus hat sich die Arbeitsgruppe „Qualität“ der KZBV in den vergangenen Monaten bereits intensiv mit der Problematik auseinandergesetzt, wie Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität beschaffen sein müssen, damit sie im zahnmedizinischen Bereich sinnvoll angewendet werden können.

## Leitlinien

Die ZZQ ist maßgeblich an der Erarbeitung von Leitlinien für die zahnmedizinische Behandlung beteiligt. Zugleich untersucht sie, wie Leitlinien in der zahnmedizinischen Praxis angenommen und beurteilt werden. Das Projekt ELL-QZ (Evaluation von Leitlinien durch Qualitätszirkel), das mit Unterstützung der Zahnärztekammer Hamburg und motivierter Qualitätszirkelmoderatoren durchgeführt wurde, hat zwischenzeitlich erste Ergebnisse geliefert. Sie zeigen eine moderat positive Haltung der Zahnärzte gegenüber eingeführten Leitlinien. Beobachtbar war, dass sich die Einstellung zu den Leitlinien nach einer vier- bis sechsmatigen Erprobung in den Praxen positiver darstellte als zu Beginn. Vorgefertigte Meinungen wurden revidiert und Barrieren abgebaut. Detaillierte Ergebnisse der Studie werden im Herbst 2008 als IDZ-Information Nr. 4 veröffentlicht.

Leitlinien bedürfen der stetigen Aktualisierung. Daher werden die Pilotleitlinien zur Fissurenversiegelung und zu Fluoridierungsmaßnahmen, die auf einer systematischen Auswertung der wissenschaftlichen Literatur bis zum Jahr 2004 beruhen, in diesem Jahr einer Überarbeitung unter-



zogen. Leitlinien zu bestimmten Behandlungsformen sollten aber nicht nur aktuell, sondern auch möglichst verlässlich und einheitlich informieren. Das kann jedoch schwierig sein, wenn zahnmedizinische Leitlinien mit abweichenden Inhalten von

verschiedenen Institutionen herausgegeben werden. Deswegen setzt sich die KZBV im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Bundeszahnärztekammer dafür ein, dass für den Fachbereich eine abgestimmte Leitlinienentwicklung erfolgt. Ein Schema für die Erarbeitung und Koordination von Leitlinien wurde erarbeitet, das den Ablauf der Leitlinienerstellung in der Zahnmedizin transparent macht und die Kooperationspartner benennt. Die ZZQ soll in diesem Verfahren die Funktion einer Clearingstelle einnehmen. Angestrebt wird eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), um Leitlinien auf höchster methodischer Stufe in der Zahnmedizin zu erreichen.

## Gutachterwesen

Für die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gutachterwesen. Je nach Situation können Krankenkasse oder Zahnarzt einen Gutachter einschalten, der beurteilt, ob eine geplante Therapie angemessen bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist, oder ob eine durchgeführte Behandlung unter Umständen Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient damit der Überprüfung der Behandlungsqualität und deren Förderung.

Im Bereich Zahnersatz wurden 2007 insgesamt 157.119 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme von 4,5 % gegenüber dem Vorjahr. In 140.454 Planungsgutachten wurden 57,5 % der Planungen befürwortet (Vorjahr 57,7 %), 19,1 % wurden nicht befürwortet (Vorjahr 19,7 %). 23,4 % der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 22,6 %). Bei 10,3 Millionen prothetischen Behandlungsfällen wurden lediglich 16.665 Mängelgutachten angefordert. Das entspricht einem Rückgang

von 7,8 Prozent gegenüber 2006. Dabei wurden in 64,6 Prozent der Fälle tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und kann als Indikator für eine qualitativ insgesamt gute Zahnersatzversorgung der Bevölkerung dienen.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten 2007 um 20,1 % auf 27.540, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 6,3 % auf 893,2 Tsd. (geschätzt) gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag damit bei 3,1 % aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (4,1 %) rückläufig. 46,1 % der PAR-Staten wurden ganz, 34,6 % wurden teilweise und 19,3 % wurden nicht durch die Gutachter befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste in 2007 nur 17 Mal durchgeführt werden. In neun Fällen wurden dabei geplante Behandlungen abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde 2007 in 67.080 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer Abnahme um 1,8 %. In 50 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 30 % teilweise und in 20 % nicht zugestimmt. Bei 150 durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 92 Fällen (61,3 %) der Behandlungsplanung des Zahnarztes / Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm gegenüber 2006 um 6,6 % auf 2.529 Fälle zu. In 50,5 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 7,2 % teilweise und in 42,2 % nicht zugestimmt. 17 Obergutachten wurden durchgeführt. Dabei wurde in 8 Fällen die geplante Behandlung abgelehnt.

KFO	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2006	2007	prozentuale Veränderung	2006	2007	prozentuale Veränderung	2006	2007	prozentuale Veränderung
Gutachten	48.579	47.796	- 1,6	19.761	19.284	- 2,4	68.340	67.080	- 1,8
Obergutachtenanträge	225	180	- 20,0	98	73	- 25,5	323	253	- 21,7
Vom Zahnarzt beantragt	199	149	- 25,1	79	68	- 13,9	278	217	- 21,9
Von der Krankenkasse beantragt	26	31	19,2	19	5	- 73,7	45	36	- 20,0
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	63	66	4,8	51	37	- 27,5	114	103	- 9,6
Durchgeführte OG-Verfahren	162	114	- 29,6	47	36	- 23,4	209	150	- 28,2
Behandlungsplanung abgelehnt	111	68		36	24		147	92	
Behandlungsplanung zugestimmt	42	39		9	12		51	51	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	9	7		2	0		11	7	

KIEFERORTHOPÄDIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2006 UND 2007

PAR	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2006	2007	prozentuale Veränderung	2006	2007	prozentuale Veränderung	2006	2007	prozentuale Veränderung
Behandlungsfälle	517.000	550.700	6,5	323.100	342.500	6,0	840.100	893.200	6,3
Gutachten	22.633	19.987	- 11,7	11.855	7.553	- 36,3	34.488	27.540	- 20,1
Obergutachtenanträge	35	23	- 34,3	14	10	- 28,6	49	33	- 32,7
Vom Zahnarzt beantragt	33	19	- 42,4	11	9	- 18,2	44	28	- 36,4
Von der Krankenkasse beantragt	2	4	100,0	3	1	- 66,7	5	5	0,0
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	19	8	- 57,9	11	8	- 27,3	30	16	- 46,7
Durchgeführte OG-Verfahren	16	15	- 6,3	2	2	0,0	18	17	- 5,6
Behandlungsplanung abgelehnt	6	8		1	1		7	9	
Behandlungsplanung zugestimmt	6	4		1	1		7	5	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	4	3		0	0		4	3	

PARODONTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2006 UND 2007

IMP	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2006	2007	prozentuale Veränderung	2006	2007	prozentuale Veränderung	2006	2007	prozentuale Veränderung
Gutachten	1.408	1.550	10,1	965	979	1,5	2.373	2.529	6,6
Durchgeführte Obergutachten	12	2	- 83,3	12	15	25,0	24	17	- 29,2
Vom Zahnarzt beantragt	6	0	- 100,0	6	9	50,0	12	9	- 25,0
Von der Krankenkasse beantragt	6	2	- 66,7	6	6	0,0	12	8	- 33,3
Behandlungsplanung abgelehnt	4	2		3	6		7	8	
Behandlungsplanung zugestimmt	7	0		9	7		16	7	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	1	0		0	2		1	2	

IMPLANTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2006 UND 2007

# Kommunikation

## Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

„Wenn Sie einen Dollar in Ihr Unternehmen stecken wollen, so müssen Sie einen zweiten bereithalten, um das bekannt zu geben.“ Was der amerikanische Großindustrielle Henry Ford mit diesem provokanten Satz schon vor Jahrzehnten auf den Punkt gebracht hat, ist nichts anderes als die nüchterne Einsicht, dass Unternehmen und Organisationen über ihre Ziele und Investitionen kommunizieren müssen, um wahrgenommen zu werden und erfolgreich sein zu können. Das gilt mehr denn je für eine Institution wie die KZBV, die als politischer Akteur, Interessenvertretung und Dienstleistungsorganisation vor allem für „ideelle“ Produkte steht. Ihre politischen Positionen und fachlichen Konzepte können nur dann Wirkung entfalten, wenn sie auch von den entsprechenden Schlüsselgruppen wahrgenommen werden. Deshalb werden sämtliche für die KZBV wichtigen Projekte durch eine planvolle interne und externe Kommunikation mit den jeweili-

gen Zielgruppen begleitet. Je nach Thema richtet sich die Kommunikation schwerpunktmäßig an Medien und damit mittelbar an die breitere Öffentlichkeit, direkt an Patienten und Versicherte oder an die interne zahnärztliche Öffentlichkeit.

### > Öffentliche Wahrnehmung

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erfordert ein intensives Monitoring der Nachrichten- und Themenlage: Täglich beobachtet die KZBV daher Agenturmeldungen, erstellt Pressespiegel der Printmedien bzw. unterhält einen Monitordienst über Veröffentlichungen im Internet und fungiert so als Frühwarnsystem für zahnärztlich relevante Themen, die auf die mediale Agenda gelangen.

Wer diese Agenda zumindest punktuell mitbestimmen möchte, muss sich aktiv in die öffentliche Diskussion einbringen.

Daher pflegt die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit vom Berliner Standort der KZBV aus ein Netzwerk aus Kontakten zu Hauptstadtkorrespondenten und Fachjournalisten. Sie führt Hintergrundgespräche, beantwortet Anfragen unterschiedlichster Art und richtet Presseveranstaltungen aus. Teilweise geschieht dies gemeinsam mit weiteren Zahnärzteorganisationen, so z. B. mit der DGZMK und der Bundeszahnärztekammer anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in Düsseldorf am 23. November 2007.

Jenseits reiner Presseveranstaltungen geht es der KZBV darum, öffentliche Ereignisse zu schaffen, die eine Reflexionsfläche für Themen der vertragszahnärztlichen Versorgung erzeugen. Gemeinsam mit der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer hat sie daher im Herbst 2007 das Deutsche Zahnärztesymposium (DZS) aus der Taufe gehoben.

Die neue Veranstaltungsreihe soll im jährlichen Rhythmus Politik, Wissenschaft und Berufsstand zur interdisziplinären Diskussion an einen Tisch bringen und so auch öffentliche Aufmerksamkeit generieren. Den Auftakt der Reihe bildete eine Konferenz zum Thema „Die Gesundheitsreform 2007 als Herausforderung an Beruf und Status der Vertragszahnärzte“, die vom 29. bis 31. Oktober letzten Jahres in Speyer stattfand. In diesem Jahr wird das DZS unter dem Titel „Die elektronische Gesundheitskarte – Rechtliche Fragen, politische Implikationen und Auswirkungen

auf die vertragszahnärztliche Versorgung“ am 18. und 19. November in Berlin durchgeführt.

Veranstaltungen sind nur ein Aspekt des Außenbildes einer Organisation. Es wird auch ganz maßgeblich durch ihre Veröffentlichungen geprägt. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat dabei immer eine Übersetzerfunktion. Zahnmedizinische Probleme, epidemiologische Untersuchungen oder das Leistungsgefüge der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Regel nicht selbsterklärend. Meist handelt es

sich um hochgradig erklärungsbedürftige Sachverhalte, die in die Sprache und den Erwartungshorizont der Zielgruppen übertragen werden müssen. Zugleich ist ein zeitgemäßes, kohärentes Corporate Design entscheidend für die Wahrnehmung der KZBV als moderne Dienstleistungsorganisation. Deswegen werden die wichtigen Publikationen des Hauses sukzessive einer optischen und inhaltlichen Modernisierung unterzogen. Nach dem Geschäftsbericht ist im Winter 2007/2008 auch das statistische Jahrbuch der KZBV erstmals mit neuem Layout und neuer Struktur erschienen.



NEUES LAYOUT FÜR PUBLIKATIONEN





**> Koordinierte Themenbearbeitung**

Im vielstimmigen Chor der Akteure im Gesundheitswesen muss der zahnärztliche Berufsstand seine Interessen konzentriert kommunizieren, um Gehör finden zu können. Aus diesem Grund findet auch in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eine enge Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene, zwischen KZBV und KZVen statt. Halbjährlich getaktete Koordinierungskonferenzen und regelmäßige kompakte Workshops dienen der direkten Konzentrierung zu wichtigen Themen. Sie werden jeweils alternierend von KZBV und Bundeszahnärztekammer ausgerichtet. Die letzte Koordinierungskonferenz unter Leitung der KZBV, die vom 4. bis 5. April 2008 in Cottbus stattfand, stand unter der Überschrift „Parodontitis – die zahnmedizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts“. Zahnmedizinische Experten und Öffentlichkeitsarbeiter bereiteten zwei Tage lang intensiv eine gemeinsame Linie für die Kommunikation zum Thema Parodontalerkrankungen vor.

Im Juni 2008 lud die KZBV sämtliche Länderpressereferenten von KZVen und Zahnärztekammern zu einem Workshop über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ein. Sie analysierten den Kommunikationsbedarf der Praxen im Vorfeld des nahenden Basis-Rollouts der elektronischen Gesundheitskarte. Eine Task-Force wurde beauftragt, Informationsmaterialien für zahnärztliche Multiplikatoren bzw. Zahnärzte und Praxisteam zu erarbeiten. Sie sollen dazu beitragen, dass die Praxen einen möglichst reibungslosen Übergang in den Alltagsbetrieb der eGK schaffen können.

**> Kommunikation mit den Zahnarztpraxen**

Der Information der Zahnarztpraxen kommt generell eine wichtige Bedeutung zu. Eine saubere Implementierung neuer gesetzlicher Regelungen oder Leistungssysteme läuft in letzter Konsequenz immer über den einzelnen Zahnarzt und sein Praxispersonal. Die Presse- und Öffentlich-

keitsarbeit stellt daher kontinuierlich auch aktualisierte Medien zur Verfügung, die beispielsweise die Anwendung des ständig in Weiterentwicklung befindlichen Festzuschussystems für Zahnersatz erleichtern. Im Juni 2008 wurde eine Ergänzungslieferung zur Loseblattsammlung „Schwere Kost für leichteres Arbeiten“ fertiggestellt, die den Praxen als Nachschlagewerk für die Anwendung des Systems zur Verfügung steht. Zeitgleich ging eine aktualisierte Abrechnungshilfe für Festzuschüsse in Produktion, und ein Update der Digitalen Planungshilfe für Festzuschüsse (DPF), die als Software individuelle Befunde und Therapien für Zahnersatz visualisieren und die anzusetzenden Festzuschüsse per Mausclick ermitteln kann, ging in die Distribution an sämtliche vertragszahnärztliche Praxen.

**> Der informierte Patient**

Die Unterstützung des Zahnarztes soll aber nicht bei Fragen der korrekten Anwendung eines Zuschussystems enden. Vielmehr will die KZBV auch die Kommunikation zwischen Behandler und Patient unterstützen. Der größte und wichtigste Teil der Patientenberatung findet naturgemäß beim behandelnden Zahnarzt statt. Die Stellung des Patienten im Verhältnis zu seinem Zahnarzt hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Begriffe wie „Patientensouveränität“ oder „Empowerment“ kennzeichnen eine Entwicklung, in deren Zentrum die stärkere Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungsprozessen steht. In der zahnärztlichen Praxis wird diese partizipative Entscheidungsfindung seit Jahren praktiziert. Ihre Bedeutung ist durch die Vielfalt der Thera-

piemöglichkeiten und die Eigenbeteiligung der Versicherten heute größer denn je. Sie ist ein sinnvolles und notwendiges Element des Patienten-Zahnarzt-Verhältnisses, denn die Wahl einer bestimmten Behandlungsform hängt stark von den Wünschen und der Erwartungshaltung des Patienten im Hinblick auf das zu erzielende Therapieergebnis ab. Und die Patientenzufriedenheit ist ein erheblicher Faktor für die Einschätzung des Behandlungserfolges.

Je besser die Informationslage des Patienten, desto eher ist er in der Lage, Therapieentscheidungen partnerschaftlich mit dem Zahnarzt zu treffen. Deswegen beantwortet die KZBV nicht nur täglich Patientenfragen und sensibilisiert in Materntexten für Fragen rund um die Zahnmedizin, sondern baut neben den umfangreichen Patientenseiten auf [kzbv.de](http://kzbv.de) auch eine

modulare Broschürenreihe auf, die über die Ursachen und Therapiemöglichkeiten in einzelnen Versorgungsbereichen der Zahnmedizin Auskunft gibt. Als Teil der Reihe erschien im November 2007 die Information „Zahnfüllungen“ mit einer Startauflage von über 360.000 Exemplaren.

Darüber hinaus pflegt die KZBV unter [www.zahnarzt-zweitmeinung.de](http://www.zahnarzt-zweitmeinung.de) weiterhin das Infoportal der Zahnärzteschaft zum Zweitmeinungsmodell, das mittlerweile in der überwiegenden Mehrzahl der KZVen implementiert ist. Die Website bietet neutrale Informationen zu Zahnersatz und listet die Beratungsinstanzen auf, unter denen Versicherte sich eine zweite Meinung zu einer geplanten Zahnersatztherapie holen können.



PATIENTENINFORMATION: NEUE BROSCHÜRE ZUR FÜLLUNGSTHERAPIE

## Die zm

Die Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) sind das wichtigste Medium für die innerzahnärztliche Kommunikation und Meinungsbildung. Im zurückliegenden Geschäftsjahr haben die zm ihre marktführende Stellung in der Reihe der zahnärztlichen Fachzeitschriften behauptet, die Bindung zur Leserschaft stabilisiert und den Anzeigenmarkterfolg weiter ausgebaut. Damit haben die zm gute Voraussetzungen geschaffen, ihrem Auftrag zur Information über alle für den Berufsstand relevanten Belange möglichst wirtschaftlich nachzukommen.

Mit der Neuverhandlung des Vertrages mit dem Deutschen Ärzteverlag wurden auch die Konditionen für die Herausbergerschaft der zm weiter verbessert. Durch die Einführung eines modernen Redaktionssystems seit Sommer 2008 konnte die zm-Redaktion im Sinne eines Crossmedia-Konzepts die Schnittstelle zwischen Print und Online erheblich optimieren. Damit hat sie die Basis für eine zeitgemäße, dem aktuellen technischen Stand entsprechende Ausrichtung im medialen Umfeld gelegt: Die zm sind für die anstehenden branchenspezi-

fischen Herausforderungen gut gerüstet, werden als Medienmarke den Trend Richtung e-Medien noch stärker aufgreifen und den neuen Ansprüchen der Nutzer und ihrer Lesergewohnheiten Rechnung tragen.

### > Berufspolitik

Die zm haben 2007/2008 durch eine strukturierte Berichterstattung dazu beigetragen, die standespolitischen Aktivitäten der Herausgeber transparent zu machen, sachgerechte Kritik an der gesundheitspolitischen Entwicklung zu üben und die Zahnärzteschaft durch eine gezielte Themensetzung zu unterstützen. Schwerpunkt war dabei die Umsetzung der 2007 erfolgten Gesetzgebung.

Die Berichterstattung über die Gesundheitsreform (zm 19/07, 23/07, 1/08, 3/08, 4/08, 8/08), das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (zm 12/07, 14/07, 17/07), das GKV-WVG (zm 19/07), den Basistarif (zm 10/08), aber vor allem auch eine kontinuierliche Information über die Novellierung der GOZ sowie die zahnärztliche Antwort

einer HOZ (zm 17/07, 19/07, 20/07, 21/07, 22/07) besaßen zentralen Stellenwert im berufspolitischen Themenspektrum.

Ebenfalls eng angelehnt an die jeweils aktuelle Entwicklung waren die Bereiche Qualitätsmanagement (Titel in zm 21/07 und 5/08 sowie Beiträge in zm 2/07 und 9/08), Qualitätssicherung (zm 11/07, 21/07, 24/07) und die Fort- und Weiterbildung (zm 23/07, 8/08 und Titel in zm 2/08). Themen grundsätzlicher Ausrichtung wie die Zukunft des Gesundheitswesens (Titel in zm 8/08 sowie Beiträge in zm 11/07, 16/07, 20/07, 22/07, 6/08, 9/08), die Versorgungsforschung (zm 22/07), die Freiberuflichkeit (Titel in zm 18/07, weiterer Beitrag in 14/07), das Selektivvertragswesen (zm 23/07, 2/08), der Gesundheitsfonds (zm 3/08 sowie Titel in zm 12/08) oder auch der Dogmenwechsel in der zahnmedizinischen Versorgung (Titel in zm 3/08) ergänzten das Portfolio.

Darüber hinaus waren berufsständische Veranstaltungen und Events wie der Deutsche Zahnärztetag, die BZÄK-Bundesversammlung (zm 16/07, 20/07, 1/08, Titel in zm 24/07), die KZBV-Vertreterver-

sammlungen (zm 13/07 und 24/07) sowie die Jahresempfänge von BZÄK und KZBV (zm 4/08 und 11/08), aber auch der Deutsche Ärztetag (zm 12/07 und 12/08) wichtiger Teil der Berichterstattung. Ein umfangreicher Nachrichtenteil, der die Entwicklungen in Gesundheits-, Sozial- und Standespolitik darstellt, erlaubt den zm-Lesern, sich darüber hinaus ein fundiertes Urteil auf Basis von Fakten zu bilden.

### > Zahnmedizin/Medizin/Wissenschaft

Als größte deutsche zahnmedizinische Zeitschrift konnten die zm ihren Status als Fortbildungsmedium Nr. 1 bei den Lesern festigen. Mit insgesamt 94 zahnmedizinischen Artikeln sowie 35 medizinischen Fachbeiträgen (91 Druckseiten) lieferten die zm aktuelles Wissen aus Forschung, Praxis und Klinik sowie angrenzenden Fachbereichen wie der Medizin oder Psychologie, die der täglichen Arbeit in der Praxis dienlich sind. Vertreten sind auch die aktuelle Grundlagenforschung („Das kopierte Leben“ in zm 12/07) und wissenschaftliche Themen, die den Praxisalltag tangieren (Praxisfälle in zm 17/07 oder

Titelstory „Schmerzfrei bitte“ in zm 5/07). Der Fortbildungsteil in zm 22/07 („Spiegel der Gesundheit“) lieferte dem Leser sechs große Originalarbeiten. Die zm-Schwerpunkte sollen den Zahnarzt auf einem Fachgebiet, mit dem er nicht alltäglich konfrontiert wird, auf den neuesten Wissensstand bringen. Auch die demografische Entwicklung ist wiederkehrend Thema des Wissenschaftsteils. So stellten die zm 4/08 zwei umfangreiche gerontologische Praxisfälle aus der Prothetik („Gesundes sicher beißen“) vor.

Großes Leserinteresse schafft der „aktuelle klinische Fall“: In jeder zm-Ausgabe wird ein ausgefallener zahnmedizinischer Befund aus der Klinik beschrieben. Vorgestellt werden Patientensituation und Differentialdiagnose, die Darstellung von Krankheitsbild und Therapie. Die Lektüre inspiriert wiederum Leser, ihre besonderen Praxisfälle ebenfalls zu Papier zu bringen und einem großen Leserkreis zur Verfügung zu stellen (z. B. „Passt, wackelt und hat Luft“ in zm 11/07). Neu im Berichtszeitraum war ein Leserquiz in Form eines Patientenfalls (zm 9/07 „Wurzelquerfraktur“).

Die Rubrik „Repertorium“ vermittelt jede zweite Ausgabe aktuelle wissenschaftliche Kenntnisse zu rein medizinischen Themen („Schüssler Salze“ in zm 1/07 oder „Leberkrebs“ in zm 21/07, „Autoimmunhepatitis“ in zm 17/07 oder „ADHS“ in zm 1/08). Im „Fachforum“ werden junge Nachwuchswissenschaftler herausgefordert, internationale Literatur zu sichten und praxisrelevante Ergebnisse der Studien für die zm-Leser zugänglich zu machen. Bislang gibt es das Fachforum für die Kons, Prothetik und Kfo. Eine Ausweitung auf weitere Disziplinen ist in Vorbereitung.

Ungebrochen ist das Interesse an der interaktiven Fortbildung, über die der Zahnarzt Punkte für den Nachweis seiner Pflichtfortbildung generieren kann. Durch den „aktuellen klinischen Fall“ können im Jahr 24 Fortbildungspunkte erreicht werden, weitere 8 sind es für die Beantwortung zu Fragen der beiden kleinen Fortbildungsteile. Der Zahnarzt kann damit seine Fortbildungsaktivitäten kostenfrei, abwechslungsreich und auf hohem wissenschaftlichem Niveau gestalten. Die Akzeptanz der Fortbildung ist nach wie vor sehr hoch.



14/2007



15/2007



16/2007



17/2007



18/2007



19/2007



21/2007

► **Ökonomie: Praxismanagement, Finanzen, Recht**

Das Ressort Ökonomie konzentriert sich auf Fragen, die einen unmittelbaren Nutzwert für den Zahnarzt als Praxis-Chef haben. Die Rubrik „Finanzen“ informiert auf die Belange der Freiberufler zugeschnitten über Trends bei der Geldanlage. Ziel ist, für den Leser in verständlicher Form ein breites Basiswissen aus der Betriebswirtschaft zu schaffen und auf Möglichkeiten und Fallstricke bei Geldanlagen hinzuweisen.

Die Rubrik „Praxismanagement“ behandelt Themen zur Optimierung betrieblicher Abläufe sowie für selbständige Freiberufler relevante Segmente aus der Arbeitswelt, etwa in puncto Elternzeit (zm 11/08) oder Urlaubsregelungen (zm 10/08). Die Nachrichtenseiten „Trends“ erweitern die betriebswirtschaftlichen Informationen durch Aktuelles aus der Wirtschaftswelt. Die Rubrik „Recht“ informiert über aktuelle Entscheidungen der deutschen und europäischen Gerichte sowie über Pläne der

Gesetzgeber. Beleuchtet werden auch die Folgen praxisrelevanter Urteile für den freiberuflichen Zahnarzt – sei es als Heilberufler in Haftungsfragen oder als Selbstständiger (siehe zm 12/2008) im Spannungsfeld des Wettbewerbs (siehe „Zankapfel“ zm 3/2008).

► **zm-Leserservice**

Mit ihrem Leserservice unterhalten die zm ein effizientes Instrument zur Leser-Blatt-Bindung. Als Ergänzung zu den Beiträgen im Heft werden Zusatzinformationen oder Materialien angeboten, die per Coupon auf den Nachrichtenseiten per Telefon, Fax, E-Mail oder als Download abgerufen werden können. Der Leserservice hat sich zu einer festen Größe entwickelt und wird seitens der Leserschaft in hohem Maße nachgefragt. Gegenüber dem Vorjahreszeitraum ist die Zahl der Anfragen 2007/2008 rasant angestiegen. Die Printanfragen nahmen von 2.300 auf ca. 3.000 zu. Entsprechend dem sich wandelnden Mediennutzungsverhalten der Leser sind aber vor allem die Online-Kontakte drastisch angestiegen.

Immer mehr Materialien stehen deshalb nicht mehr nur in gedruckter Form, sondern kostenlos als Downloads bei zm-online zur Verfügung. Teure Portokosten fallen auf beiden Seiten somit weg. Im Berichtsjahr wurden 27.650 Downloads gezählt – eine Steigerung von fast 77 Prozent gegenüber 2006/2007.

Die Leserkontakte beschränken sich aber nicht auf die Bestellung von Materialien. Sie werden zunehmend komplexer und erfordern eine individuelle Beantwortung von Fragen zu unterschiedlichsten Aspekten rund um die Zahnmedizin. Vor allem Informationen, die den Lifestyle betreffen, stehen beim Leserservice hoch im Kurs. Danach folgen Themen, die die tägliche Praxis angehen, wie das Umfeld der Berufsausübung, Fortbildung, Ratgeber-Infos, Stellungnahmen und Hintergründe zu politischen Diskussionen.

Zum Angebot der zm gehört auch der Veranstaltungskalender, der im Printbereich wohl der umfassendste sein dürfte. Er wird

immer umfangreicher und gefragter, ebenso wie der Service, sich via zm direkt zu Fortbildungsveranstaltungen anzumelden. Zum Service-Angebot zählt darüber hinaus der zm-Coupon „Leserservice Industrie und Handel“, bei dem Leser über den Kooperationspartner „Deutscher Ärzteverlag“ nähere Informationen zu Produkten anfordern können. Er ergänzt die Informationen aus der Rubrik „Industrie und Handel“ und die turnusmäßige Berichterstattung über Fachmessen wie die Internationale Dentalschau (IDS) in Köln.

► **EDV und Technik**

Die Rubrik „EDV und Technik“ informiert über Neues aus der Netz- und Computerwelt. Die Beiträge bewerten zum Beispiel das Potenzial von EDV-Tools und geben Tipps zur eigenen Praxishomepage. Neben Phänomenen wie Internetkriminalität und Trends wie das mobile Internet oder das Semantische Web sind auch Themen mit politischem Charakter von Relevanz, zum Beispiel Online-Durchsuchungen, der schrittweise Basisrollout der elektronischen

Gesundheitskarte (eGK) oder das „Whitepaper“ der gematik zur eGK.

► **„zm-online.de“**

Der Internetdienst „zm-online.de“ hatte im März 2008 insgesamt 7.140.038 Hits zu verzeichnen, das sind 1,6 Millionen mehr als noch vor einem Jahr. Das Online-Archiv, die interaktive Fortbildung, Datenbanken zu Repetitorien sowie der elektronische Bestell- und Leserservice sind nur einige der zm-Angebote an die Nutzer. Aktionen, Bilder-Galerien, Kolumnen und Online-Tests kombinieren profunde Informationen mit anspruchsvoller Unterhaltung. Der

zm-online-Newsletter mit aktuellen Nachrichten aus Gesundheitswesen, -politik und Zahnmedizin wurde qualitativ und quantitativ optimiert und geht dreimal wöchentlich an mittlerweile 3.400 Abonnenten. Längst haben sich zm-online.de und Newsletter im Netz als feste Marktgrößen und wichtige Info-Kanäle für Berufsstand, Branche und Politik etabliert.

Seit Anfang 2008 steht der Jahresband für das Jahr 2007 als volltextsuchfähige und mit relevanten Webauftritten inklusive der zm-Serviceleistungen verlinkte CD-ROM zur Verfügung – angesichts der starken Nachfrage mit erneut erhöhter Auflage.



01/2008



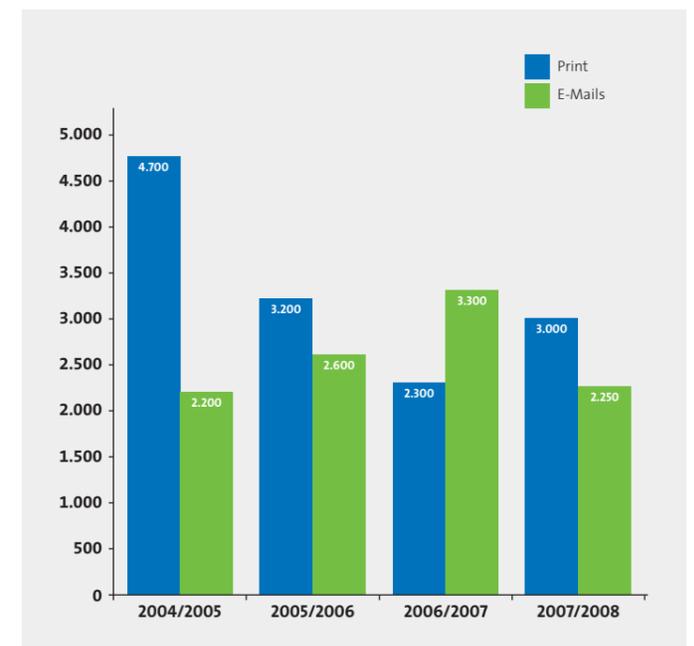
05/2008



09/2008



10/2008



ZM-LESERSERVICE: ENTWICKLUNG DER ANFRAGEN

# Interne Organisation

## Weiterentwicklung der Strukturen

Nach der grundlegenden Reorganisation in den Jahren 2006/2007 hat die KZBV im zurückliegenden Geschäftsjahr weitere personelle und technisch-logistische Anpassungen in den Arbeitsstrukturen beschlossen, um in einem sich wandelnden Umfeld effizient agieren zu können.

Mitte 2008 wurde eine neue Abteilung für

die Koordination der Aktivitäten im G-BA geschaffen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der G-BA zum 1. Juli 2008 eine neue Organisation mit veränderten Entscheidungswegen erhalten hat. Will die KZBV die zahnärztlichen Interessen in dieser für die Verteilung der GKV-Mittel entscheidenden Institution weiterhin nachhaltig vertreten, muss sie

ihr Engagement in den Meinungsbildungsprozessen des G-BA ausbauen.

Weitere Entscheidungen betreffen den Standort Berlin. Im Jahr 2006 hatte die Vertreterversammlung beschlossen, die Präsenz der KZBV in der Hauptstadt bis zum Frühjahr 2009 auszubauen. Nach intensiver Suche sind passende Räum-

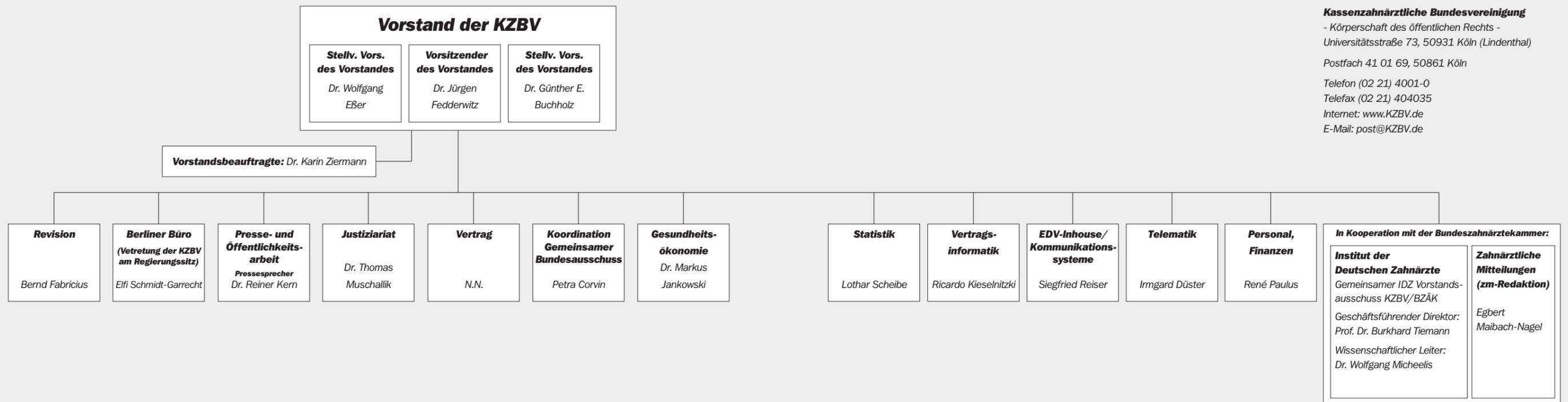
lichkeiten gefunden, und die Vertreterversammlung hat im Juni 2008 grünes Licht für die Anmietung und den Ausbau von Büroräumen in der Behrenstraße 42 in Berlin-Mitte gegeben. Ab dem kommenden Frühjahr werden dort die politiknahen Bereiche des Berliner Büros sowie der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zusammen mit den zsm untergebracht sein, deren

Standort vom Rhein an die Spree verlegt wird.

Darüber hinaus hat die KZBV begonnen, ihre IT-Systeme zu konsolidieren. Angesichts des rasch wachsenden Bedarfes an IT-Ressourcen und der historisch gewachsenen Infrastruktur im Bereich der Server und des zur Verfügung stehenden Speicher-

platzes konnten die Systeme in ihrer bisherigen Form nicht mehr unbegrenzt weiter gewartet und ausgebaut werden. Die IT-Infrastruktur am Standort Köln wurde nun so umgestellt, dass sie bezüglich Kapazitäten und Leistungsfähigkeit nahezu beliebig aufwärts skalierbar ist und die Organisation einen zuverlässigen planerischen Horizont für mindestens

# Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.



**Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Universitätsstraße 73, 50931 Köln (Lindenthal)  
Postfach 41 01 69, 50861 Köln  
Telefon (02 21) 4001-0  
Telefax (02 21) 404035  
Internet: www.KZBV.de  
E-Mail: post@KZBV.de



6 bis 10 Jahre hat. Gleichzeitig wird durch die Verwendung von neuen Techniken die Ausfallsicherheit und Stabilität der Systeme deutlich erhöht. Für den Standort Berlin wird die Umstellung zeitgleich mit dem Umzug in die neue Liegenschaft realisiert.

In Arbeit ist überdies eine Verbesserung des Controlling-Instrumentariums der KZBV. Die bislang genutzte Software zur Erfassung von Geldflüssen lässt keine Verknüpfung zwischen Planungsdaten (Haushalt), Inanspruchnahme der Mittel (Einkauf) und Dokumentation (Buchhaltung) zu. Daraus resultiert, dass Abflüsse aus dem Haushalt regelmäßig erst mit der Rechnungsstellung erfasst werden können. Die Anschaffung einer modernen und flexiblen Software, die 2008 europaweit ausgeschrieben wird, soll diese Situation möglichst zügig ändern.

#### › Personalmanagement

Das wichtigste Kapital einer Dienstleistungsorganisation wie der KZBV ist kompetentes und motiviertes Personal. Personalentwicklung und -management sind damit Schlüsselfunktionen für die Organisation. Um die Auswahl und Einstellung von neuen Mitarbeitern systematischer und einfacher gestalten zu können, wird im Sommer 2008 ein EDV-gestütztes Recruiting-Management-System eingeführt. Es erlaubt die integrierte Sammlung und Verarbeitung

von Online-Bewerbungen mit kompletten Unterlagen, die Verwaltung von Terminen, Bewerberdaten und -korrespondenz unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Belange. Zugleich bietet ein Reportgenerator umfangreiche Auswertungen zum Bewertungsverfahren und trägt dazu bei, dass Personalentscheidungen nachvollziehbar und auf der Basis eines ganzheitlichen Eindrucks getroffen werden können.

Personaldaten sind hochsensibel. Sie müssen einerseits immer auf dem aktuellen Stand gehalten, andererseits aber vor unbefugten Zugriffen stets und überall geschützt werden. Die KZBV hat sich daher zur Einführung der elektronischen Personalakte entschlossen, die die physische Akte in Papierform vollständig ersetzen kann. Dank eines modularen Aufbaus ist die E-Akte kompatibel mit dem Recruiting-Management-System. Die Software ermöglicht die passgenaue Gewährung von Lese- und Schreibrechten und sorgt so für ein gleichermaßen einfaches wie abgesichertes Handling aller Mitarbeiterdaten. Parallel zur elektronischen Personalakte ist überdies eine Regelung eingeführt worden, nach der es für jeden Mitarbeiter jährlich ein Gespräch zur Leistungsbeurteilung nach klaren Kriterien geben soll. Sowohl für die E-Akte als auch für das Procedere zum Mitarbeitergespräch sind Dienstvereinbarungen mit dem Personalrat abgeschlossen worden.

Die KZBV ist mehr und mehr vor komplexe Aufgaben gestellt, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig machen. Abteilungsübergreifende Projekte werden immer häufiger. Zugleich verlangt die Personaldecke der Organisation eine möglichst effiziente Nutzung sämtlicher Mitarbeiterressourcen. Aus diesem Grund ist im Sommer 2008 begonnen worden, ein EDV-gestütztes Projektmanagement zu implementieren, das die Projektarbeit im Hause strukturiert und den Informationsfluss zwischen den Projektbeteiligten vereinfachen soll. Quantitativer und qualitativer Personalbedarf für abteilungsübergreifende Aufgaben können damit gelistet und freie Kapazitäten für die Projektarbeit in den Abteilungen ermittelt werden.

Um Phasen hoher Arbeitsauslastung abfedern zu können und den Mitarbeitern zugleich ein Incentive zu bieten, hat die KZBV im vergangenen Jahr zudem die Möglichkeit geschaffen, ein Lebensarbeitszeitkonto zu führen. Über die existierende Gleitzeitregelung hinaus können Arbeitszeiten nun flexibel gehandhabt werden. Zugleich können Angestellte eine persönliche Lebensplanung entwerfen und durch das Ansparen geleisteter Arbeitszeit beispielsweise einen früheren Übergang in den Ruhestand erreichen.

## Haushalt

Als Dachverband der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen finanziert sich die KZBV aus Beiträgen ihrer Mitglieder. Die Beitragshöhe richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der betreffenden KZV. Der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt und Monat lag im Jahr 2007 bei 14,90 € zuzüglich 0,60 € Rücklage für Sozialkosten im Zusammenhang mit dem Umzug nach Berlin.

#### › Haushaltsabschluss 2007

Für das Wirtschaftsjahr 2007 war ursprünglich eine Vermögenszunahme in Höhe von 117.810 € eingeplant. Der Jahresabschluss ergab allerdings einen deutlichen höheren Vermögenszuwachs in Höhe von 915.966 €. Das in der Bilanz zum 31.12.2007 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit inkl. Rücklagen auf einen Betrag von

7.040.214 € angewachsen. Damit ist die notwendige Liquiditätsreserve entsprechend den Richtlinien der KZBV gewährleistet. Der Jahresabschluss 2007 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft W+ST Publica Revisionsgesellschaft mbH geprüft und mit einer uneingeschränkten Bestätigung versehen.

#### › Haushaltsplanung 2008

Die KZBV steht in der Pflicht, mit den Beitragsmitteln der Vertragszahnärzte ökonomisch und verantwortungsvoll umzugehen. Zugleich muss sichergestellt sein, dass sie ihre Aufgabe als Dienstleistungsorganisation gerade in einem von Umbrüchen und dynamischen Entwicklungen geprägten Gesundheitswesen zur Zufriedenheit der Zahnärzteschaft erfüllen kann. Die KZBV verfolgt daher in ihrer Haus-

haltungspolitik einen klaren strategischen Ansatz, der auch Richtschnur für die Aufstellung des Haushaltes 2008 war:

- Die Finanzierung der Organisation soll auf einem langfristig stabilen Fundament stehen.
- Das Vermögen der KZBV soll ebenso renditeorientiert wie sicher angelegt sein.
- Vorausschauendes Wirtschaften soll Kosten reduzieren und einen effizienten Mitteleinsatz garantieren.
- Große Schwankungen in der Belastung der Beitragszahler sollen zugunsten von Kontinuität und Berechenbarkeit vermieden werden.
- Entsprechend sind zukünftige Herausforderungen an die Organisation frühzeitig zu berücksichtigen und resultierende finanzielle Belastungen über einen größeren Zeitraum zu strecken.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
<b>Beiträge</b>	<b>10.359.270</b>	<b>Aufwandsentschädigungen, Beiträge</b>	<b>220.417</b>
<b>Zinsen</b>	<b>347.268</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<b>153.819</b>
<b>Sonstige</b>	<b>633.677</b>	<b>Externe Dienste</b>	<b>641.786</b>
		<b>Reise- und Tagungskosten</b>	<b>1.311.927</b>
		<b>Personalkosten</b>	<b>6.841.991</b>
		<b>Sonstiger Verwaltungsaufwand</b>	<b>1.254.309</b>
		<b>Vermögenszunahme</b>	<b>915.966</b>
	<b>11.340.215</b>		<b>11.340.215</b>

HAUSHALTSABRECHNUNG 2007



KZV	Beitrag 2007 in Tausend €	Anteil am Gesamthaushalt
<b>Baden-Württemberg</b>		
- Freiburg	275	2,7 %
- Karlsruhe	330	3,2 %
- Stuttgart	447	4,3 %
- Tübingen	212	2,0 %
<b>Bayern</b>	<b>1.591</b>	<b>15,4 %</b>
<b>Berlin</b>	<b>594</b>	<b>5,7 %</b>
<b>Brandenburg</b>	<b>313</b>	<b>3,0 %</b>
<b>Bremen</b>	<b>81</b>	<b>0,8 %</b>
<b>Hamburg</b>	<b>259</b>	<b>2,5 %</b>
<b>Hessen</b>	<b>805</b>	<b>7,8 %</b>
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>241</b>	<b>2,3 %</b>
<b>Niedersachsen</b>	<b>1.005</b>	<b>9,7 %</b>
<b>Nordrhein</b>	<b>1.108</b>	<b>10,7 %</b>
<b>Rheinland-Pfalz</b>		
- Koblenz-Trier	200	1,9 %
- Pfalz	144	1,4 %
- Rheinhessen	78	0,8 %
<b>Saarland</b>	<b>108</b>	<b>1,0 %</b>
<b>Sachsen</b>	<b>610</b>	<b>5,9 %</b>
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>330</b>	<b>3,2 %</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>353</b>	<b>3,4 %</b>
<b>Thüringen</b>	<b>346</b>	<b>3,3 %</b>
<b>Westfalen-Lippe</b>	<b>929</b>	<b>9,0 %</b>
	<b>10.359</b>	<b>100,0 %</b>

Der Haushalt der KZBV wird zu einem erheblichen Teil von fixen Kosten bestimmt. Ein Teil des Haushaltsvolumens basiert indes auf aktiven operativen und strategischen Entscheidungen, die die Handlungsfähigkeit der Organisation im Hinblick auf die Herausforderungen der nächsten Jahre garantieren sollen. Das betrifft zum einen Investitionen in die Modernisierung des Controllings und des Personalmanagements von der Mitarbeiter-Rekrutierung über die Personalver-

waltung bis hin zur effizienten Steuerung von Großprojekten. Zugleich muss aber auch Vorsorge getroffen werden im Hinblick auf die mögliche Verlagerung des Sitzes der KZBV von Köln nach Berlin, den die Vertreterversammlung der KZBV im Juni 2006 grundsätzlich beschlossen hat. Entsprechend diesem Beschluss sind Rücklagen in Höhe von 2 Mio € für Sozialkosten zu bilden, die im Zusammenhang mit dem Umzug mindestens anfallen werden. Im Einklang mit dem strategischen Ansatz zur

Haushaltsplanung fließen daher seit 2007 für die Dauer von fünf Jahren jährlich 400.000 € in eine Rücklage, um die erforderliche Summe bis zum Ende der Legislaturperiode zu erreichen.

Der Haushaltsplan 2008 weist ohne Berücksichtigung der Vermögenszunahme Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 11.663.047 € aus. Das entspricht einem Plus von 6,2 % gegenüber dem Haushaltsplan des Jahres 2007.

## Kontrollinstanzen

Die KZBV unterhält satzungsgemäß eine Prüfstelle. Die Prüfstelle führte 2007 bei sämtlichen KZVen die Prüfung der Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung inklusive des Jahresabschlusses 2006 durch. Bei allen Prüfungen konnte der uneingeschränkte Prüfungsvermerk erteilt werden. Er besagt, dass Buchführung und Jahresabschluss in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften sind und der Jahresabschluss ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild vermittelt.

Die Entlastung durch die zuständigen Organe konnte daher bedenkenlos empfohlen werden. Neben ihrer Prüftätigkeit sind die Revisoren permanente Ansprechpartner für Vorstandsmitglieder und Geschäftsführer sowie für die Abteilungsleiter Finanzen/Rechnungswesen.

Die KZBV unterhält außerdem eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Die Stelle legt dem Vorstand zum 1. September jeden Jahres

einen Tätigkeitsbericht vor, auf dessen Grundlage der Vorstand gem. § 81 Abs. 5 SGB V im zweijährigen Turnus die Vertreterversammlung unterrichtet. Im abgelaufenen Berichtszeitraum gab es keinerlei Eingaben hinsichtlich eines Fehlverhaltens im Zuständigkeitsbereich der KZBV. Genauso wenig wurden der Stelle Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten oder für Fehlverhalten in ihrem Zuständigkeitsbereich bekannt.

# Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

Die KZBV erhebt umfangreiche Statistiken zum zahnärztlichen Versorgungsmarkt in Deutschland. Jährlich wird von der Abteilung Statistik das „KZBV Jahrbuch“ als aktuelle Dokumentation der statistischen Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung vorgelegt. Über die Fortschreibung von Datenreihen hinaus zeigt es in Kurzberichten wichtige Entwicklungstrends auf. In einem gesonderten Teil werden Daten aus dem Abrechnungsgeschehen im

privatzahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Das Jahrbuch wird Entscheidungsträgern in zahnärztlichen Organisationen, aber auch relevanten Verbänden im Gesundheitswesen, Bundesministerien, dem Statistischen Bundesamt, interessierten Hochschulen sowie einer Reihe von Instituten zur Verfügung gestellt. Als objektive Informationsquelle über Strukturdaten zur zahnärztlichen Versorgung ist es weithin

anerkannt. Es beinhaltet ausschließlich hieb- und stichfeste Daten aus amtlichen bzw. offiziellen Statistiken.

Ausgewählte Daten aus dem KZBV Jahrbuch stehen in Dateiform auf der Internetseite der KZBV unter [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de) (Rubrik Zahnärzte/Statistiken) zur Verfügung. Einzel Exemplare des Jahrbuchs können über die Service-Rubrik der Internetseite bestellt werden.

die auf diese Versorgungen entfallenden Abrechnungsdaten in einer Gegenüberstellung mit Zeiträumen ab 2005 einbezogen werden.

Nach der Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 war ein deutlicher Rückgang der Neuversorgungsfälle im Bereich von Zahn-

ersatz zu beobachten. Da diese oft kostenintensiv sind, erklärt dies zum Teil den Rückgang der Ausgaben im Jahr 2005. Die im Jahr 2006 festzustellende Normalisierung setzte sich im Jahr 2007 weiter fort. So stiegen im Jahr 2007 die Ausgaben (inkl. andersartiger Versorgungen) je Mitglied gegenüber 2006 um 3,3 %, die Zahl der

Fälle erhöhte sich um 0,4 %, und der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 2,9 %. Der Fallwert für Neuversorgungen lag mit + 0,7 % leicht über dem Niveau des Jahres 2004. Dies belegt, dass die Höhe der Festzuschüsse richtig bemessen wurde.

## Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

### > Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen

Im Jahr 2007 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch gegenüber dem Vorjahr bundesweit um 1,7 % je Kassenmitglied. Bei dieser Ausgabenentwicklung ist die Wirkung der Zuzahlung der Versicherten nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) zu berücksichtigen. Die gezahlte Praxisgebühr summierte sich 2007 auf rd. 399 Mio. €, nach 393 Mio. € im Vorjahr. In den einzelnen Teilbereichen war

die Entwicklung unterschiedlich. Während der Anstieg bei den konservierenden Leistungen 1,2 % betrug, lag er bei Parodontalbehandlungen bei 6,1 % und bei der Therapie von Kieferbrüchen bei 8,9 %. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 1,2 % und machten 6,1 % am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen Bereich aus. Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich blieb bei einem Anstieg um 0,9 % in etwa auf dem Niveau von 2004. Die Zahl der Parodontalbehandlungen nahm um 5,7 % zu.

### > Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied um 3,8 %, die Zahl der Fälle blieb mit + 0,2 % nahezu konstant.

Die Entwicklung beim Zahnersatz muss vor dem Hintergrund der Einführung des Festzuschussystems im Januar 2005 gesehen werden. Seit diesem Zeitpunkt werden die andersartigen Versorgungen (ca. 6 % aller Fälle) nicht mehr über die KZVen, sondern direkt zwischen Patient und Zahnarzt abgerechnet. Um Vergleichbarkeit mit Abrechnungsdaten vor 2005 herzustellen, müssen

## Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstrukturerhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2006 wurden rd. 29.000 nach dem Zufallsprinzip aus dem Zahnarztregister der KZBV ausgewählte Zahnärzte schriftlich befragt. Die ausgefüllten Fragebogen wurden einer eingehenden Plausibilitätskontrolle unterworfen.

### > Entwicklung im Bundesdurchschnitt

Der durchschnittliche steuerliche Einnahmen-Überschuss (Einkommen vor Steuern) je Praxisinhaber war 2005 vor allem aufgrund der Entwicklung im Bereich Zahnersatz um 4,4 % gesunken. Im Jahr 2006 kam es zu einem weiteren Einkommensrückgang um 2,3 % auf 103.185 € je Praxis-

inhaber. Real, also unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, beträgt der Rückgang 2006 gegenüber dem Vorjahr 3,9 %. Zurückzuführen ist der neuerliche Rückgang darauf, dass die Betriebsausgaben um 4,0 % gestiegen sind, während der Umsatz (Gesamteinnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber nur um 2 % gewachsen ist.

2006/2007	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
<b>Konserv. Leistungen</b>	+ 1,3 %	+ 1,1 %	+ 1,2 %
<b>Parodontologie</b>	+ 6,5 %	+ 5,4 %	+ 6,1 %
<b>Kieferbruch</b>	+ 9,1 %	+ 8,5 %	+ 8,9 %
<b>Kons., Par. und Kfbr.</b>	+ 1,7 %	+ 1,6 %	+ 1,7 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen je Mitglied

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KONS., PAR. UND KIEFERBRUCH

2006/2007	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
<b>Kieferorthopädie</b>	+ 3,7 %	+ 3,8 %	+ 3,8 %
<b>Zahnersatz*</b>	+ 3,4 %	+ 3,1 %	+ 3,3 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen  
\*inkl. Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungen) je Mitglied

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KIEFERORTHOPÄDIE UND ZAHNERSATZ

ALLE ANGABEN IN €	Umsatz (aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebs- ausgaben)	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen- Überschuss)	Veränderung	Median des Einnahmen- Überschusses bei
1992	336.715	19,5 %	237.836	21,9 %	70,6 %	98.879	14,1 %	87.050
1993	309.265	- 8,2 %	221.270	- 7,0 %	71,5 %	87.995	- 11,0 %	74.840
1994	330.285	6,8 %	234.598	6,0 %	71,0 %	95.687	8,7 %	82.680
1995	337.691	2,2 %	244.104	4,1 %	72,3 %	93.587	- 2,2 %	81.130
1996	352.931	4,5 %	254.606	4,3 %	72,1 %	98.325	5,1 %	85.500
1997	364.672	3,3 %	263.609	3,5 %	72,3 %	101.063	2,8 %	88.450
1998	321.025	- 12,0 %	228.352	- 13,4 %	71,1 %	92.673	- 8,3 %	81.950
1999	317.145	- 1,2 %	226.900	- 0,6 %	71,5 %	90.245	- 2,6 %	77.560
2000	336.602	6,1 %	239.980	5,8 %	71,3 %	96.622	7,1 %	83.560
2001	342.874	1,9 %	238.959	- 0,4 %	69,7 %	103.915	7,5 %	92.080
2002	346.575	1,1 %	241.386	1,0 %	69,6 %	105.189	1,2 %	93.590
2003	355.038	2,4 %	248.293	2,9 %	69,9 %	106.745	1,5 %	95.360
2004	357.811	0,8 %	247.359	- 0,4 %	69,1 %	110.452	3,5 %	99.090
2005	330.207	- 7,7 %	224.605	- 9,2 %	68,0 %	105.602	- 4,4 %	94.150
2006	336.841	2,0 %	233.656	4,0 %	69,4 %	103.185	- 2,3 %	93.120

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern · Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV · (Jahr 2006: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 12.10.2007)

STEUERLICHE EINNAHMEN-ÜBERSCHUSSRECHNUNG JE PRAXISINHABER DEUTSCHLAND



Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsausgaben)	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen-Überschuss)	Veränderung	Median des Einnahmen-Überschusses bei
<b>ALTE BUNDESLÄNDER</b>	1976	218.986		116.472		53,2 %	102.514	bis 1982 Median nicht ermittelt
	1980	293.513	Ø + 7,6 %	179.910	Ø + 11,5 %	61,3 %	113.603	Ø + 2,6 %
	1985	314.667	Ø + 1,4 %	207.639	Ø + 2,9 %	66,0 %	107.028	Ø - 1,2 %
	1990	292.876	Ø - 1,4 %	199.074	Ø - 0,8 %	68,0 %	93.802	Ø - 2,6 %
	1991	322.304	+ 10,0 %	221.834	+ 11,4 %	68,8 %	100.470	+ 7,1 %
	1992	355.312	+ 10,2 %	251.000	+ 13,1 %	70,6 %	104.312	+ 3,8 %
	1993	328.338	- 7,6 %	235.901	- 6,0 %	71,8 %	92.437	- 11,4 %
	1994	350.482	+ 6,7 %	249.498	+ 5,8 %	71,2 %	100.984	+ 9,2 %
	1995 <sup>1)</sup>	356.029	+ 2,6 %	258.174	+ 4,5 %	72,5 %	97.855	- 2,1 %
	1996	372.509	+ 4,6 %	270.716	+ 4,9 %	72,7 %	101.793	+ 4,0 %
	1997	383.884	+ 3,1 %	280.320	+ 3,5 %	73,0 %	103.564	+ 1,7 %
	1998	338.623	- 11,8 %	243.289	- 13,2 %	71,8 %	95.334	- 7,9 %
	1999	335.572	- 0,9 %	242.140	- 0,5 %	72,2 %	93.432	- 2,0 %
	2000	355.185	+ 5,8 %	255.514	+ 5,5 %	71,9 %	99.671	+ 6,7 %
	2001	361.522	+ 1,8 %	254.291	- 0,5 %	70,3 %	107.231	+ 7,6 %
	2002	365.746	+ 1,2 %	256.853	+ 1,0 %	70,2 %	108.893	+ 1,5 %
2003	373.972	+ 2,2 %	263.677	+ 2,7 %	70,5 %	110.295	+ 1,3 %	
2004	376.435	+ 0,7 %	262.368	- 0,5 %	69,7 %	114.067	+ 3,4 %	
2005	347.929	- 7,6 %	238.074	- 9,3 %	68,4 %	109.855	- 3,7 %	
2006	354.543	+ 1,9 %	247.279	+ 3,9 %	69,7 %	107.264	- 2,4 %	
<b>NEUE BUNDESLÄNDER</b>	1992	268.253		189.375		70,6 %	78.878	70.790
	1993	239.144	- 10,9 %	167.482	- 11,6 %	70,0 %	71.662	- 9,1 %
	1994	257.478	+ 7,7 %	180.884	+ 8,0 %	70,3 %	76.594	+ 6,9 %
	1995 <sup>1)</sup>	261.903	+ 0,3 %	185.955	+ 1,6 %	71,0 %	75.948	- 2,7 %
	1996	271.378	+ 3,6 %	187.498	+ 0,8 %	69,1 %	83.880	+ 10,4 %
	1997	283.644	+ 4,5 %	193.128	+ 3,0 %	68,1 %	90.516	+ 7,9 %
	1998	246.168	- 13,2 %	164.813	- 14,7 %	67,0 %	81.355	- 10,1 %
	1999	237.469	- 3,5 %	161.004	- 2,3 %	67,8 %	76.465	- 6,0 %
	2000	254.634	+ 7,2 %	171.463	+ 6,5 %	67,3 %	83.171	+ 8,8 %
	2001	259.393	+ 1,9 %	170.324	- 0,7 %	65,7 %	89.069	+ 7,1 %
	2002	259.993	+ 0,2 %	171.531	+ 0,7 %	66,0 %	88.462	- 0,7 %
2003	268.495	+ 3,3 %	177.978	+ 3,8 %	66,3 %	90.517	+ 2,3 %	
2004	271.395	+ 1,1 %	177.716	- 0,1 %	65,5 %	93.679	+ 3,5 %	
2005	247.021	- 9,0 %	161.382	- 9,2 %	65,3 %	85.639	- 8,6 %	
2006	253.211	+ 2,5 %	169.296	+ 4,9 %	66,9 %	83.915	- 2,0 %	

<sup>1)</sup> Berlin-Ost ist ab 1995 unter den alten Bundesländern subsumiert. Die Veränderungsraten 1995 sind entsprechend bereinigt.  
Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern. Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturhebungen der KZBV (Jahr 2006: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 12.10.2007)

**> Alte Bundesländer**

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber 2006 gegenüber dem Vorjahr um 1,9 %. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 3,9 % an. Daraus resultierte ein Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 2,4 % (real - 4,0 %). Der im Jahr 2006 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss in Höhe von 107.264 € lag nominal nur um knapp 6 % über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahre 1976, also vor 30 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Allerdings hat in diesen 30 Jahren eine Preissteigerung (Inflationsrate) von 108 % den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf die Hälfte reduziert.

2006 blieben 56 % der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter

dem Durchschnittswert von 107.264 €, 44 % lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag 2006 bei 97.850 €. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 48,1 Std. pro Woche tätig, davon 34,9 Std. behandelnd. Durchschnittlich wurden 5,37 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

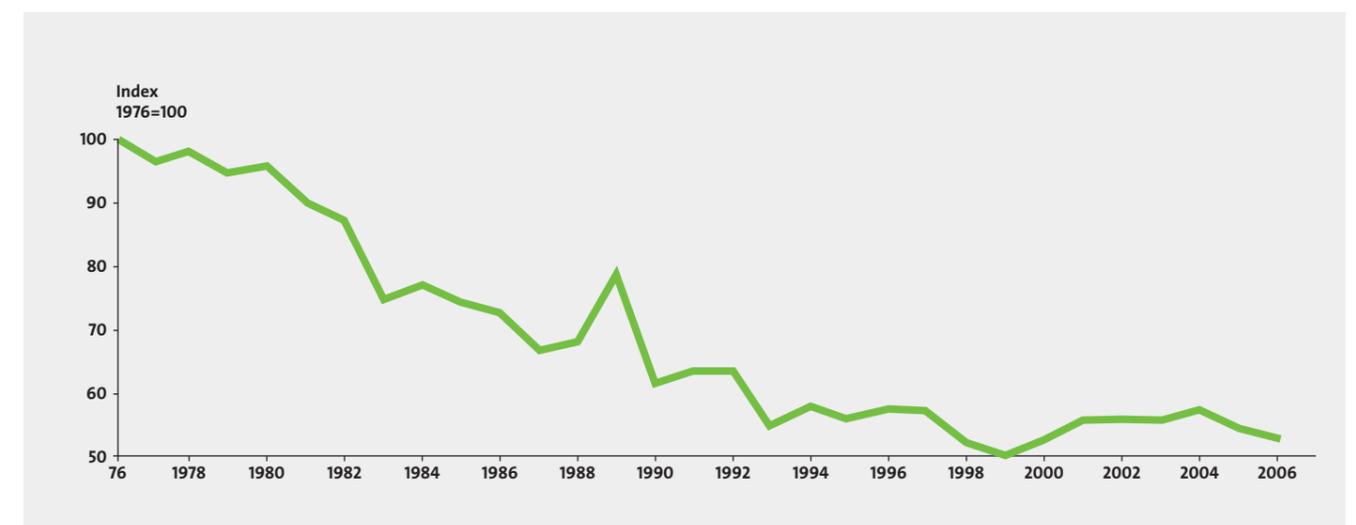
**> Neue Bundesländer**

In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber 2006 gegenüber 2005 um 2,5 %. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 4,9 %, woraus eine Abnahme des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 2,0 % (real - 3,8 %) auf 83.915 € resultiert. Trotz der Einkommensanstiege zwischen 2000 und 2004 hat der Einnahmen-Überschuss im Jahr 2006 um 7,3 % unter dem Wert des Jahres 1997 gelegen,

da in den Jahren 1998 und 1999 sowie 2005 deutliche Einkommenseinbrüche zu verzeichnen waren. Real, also unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, ist der Einnahmen-Überschuss zwischen 1997 und 2006 sogar um fast 20 % gesunken.

Im Jahr 2006 blieben 56 % der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert von 83.915 € und 44 % erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag bei 77.240 €.

Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 47,8 Stunden, davon entfielen 35,3 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,68 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.





## Zahl der Zahnärzte

Ende 2007 betrug die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland 55.223 (Alte Bundesländer und Berlin: 45.453, Neue Bundesländer: 9.770). Damit ging die Zahl der

Vertragszahnärzte gegenüber Ende 2006 um 0,7 % zurück. Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende 2007

auf 2.981 (Alte Bundesländer und Berlin: 2.536, Neue Bundesländer: 445) und erhöhte sich damit um 0,3 %.

## Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

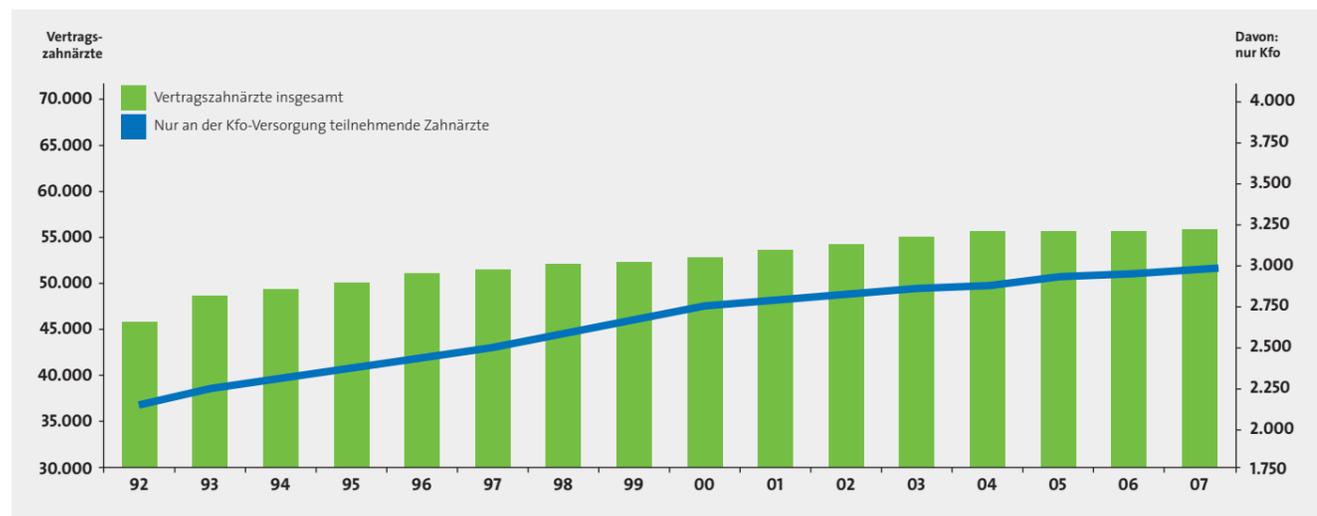
Das Abrechnungsverhalten von Zahnärzten bei privaten Leistungen wird regelmäßig überprüft. Dazu dient die jährlich durchgeführte, langfristig angelegte GOZ-Analyse, die gemeinsam von KZBV und Bundeszahnärztekammer unter Beteiligung des Instituts der Deutschen Zahnärzte durchgeführt wird.

Bei der GOZ-Statistik werden für alle Privatabrechnungen die wesentlichen Rechnungsdaten (die einzelnen GOZ/GOÄ-

Positionen mit Häufigkeit, Multiplikator, Begründung und Betrag sowie Material- und Laborkosten getrennt nach Praxis- und Gewerbelabor) sowie zusätzlich auch der Patientenstatus (Privatversicherter oder GKV-Versicherter) erfasst. Für die Teilnahme an der Datenerhebung konnten mittlerweile rund 500 Zahnärzte gewonnen werden.

Für das Jahr 2006 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kerneergebnisse zum Liqui-

dationsverhalten bei der Behandlung von Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,50 für persönliche Leistungen und bei 1,91 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 69,5 % der Leistungen zum 2,3-fachen liquidiert. 8,0 % wurden unter dem 2,3-fachen und 22,5 % über dem 2,3-fachen GOZ-Faktor abgerechnet.



AN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ZAHNÄRZTE DEUTSCHLAND (1992 - 2006)



> **Impressum**

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)  
Universitätsstraße 73  
50931 Köln  
[www.kzbv.de](http://www.kzbv.de)

Redaktion: KZBV  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Dr. Reiner Kern, Andrea Kleu-Özcan, Eva-Marie von Loë

Layout: beau bureau, Stephan Wieneritsch

Fotos: Küpper, KZBV/Heller, KZBV/Lopata, Ojo Images/F1 online