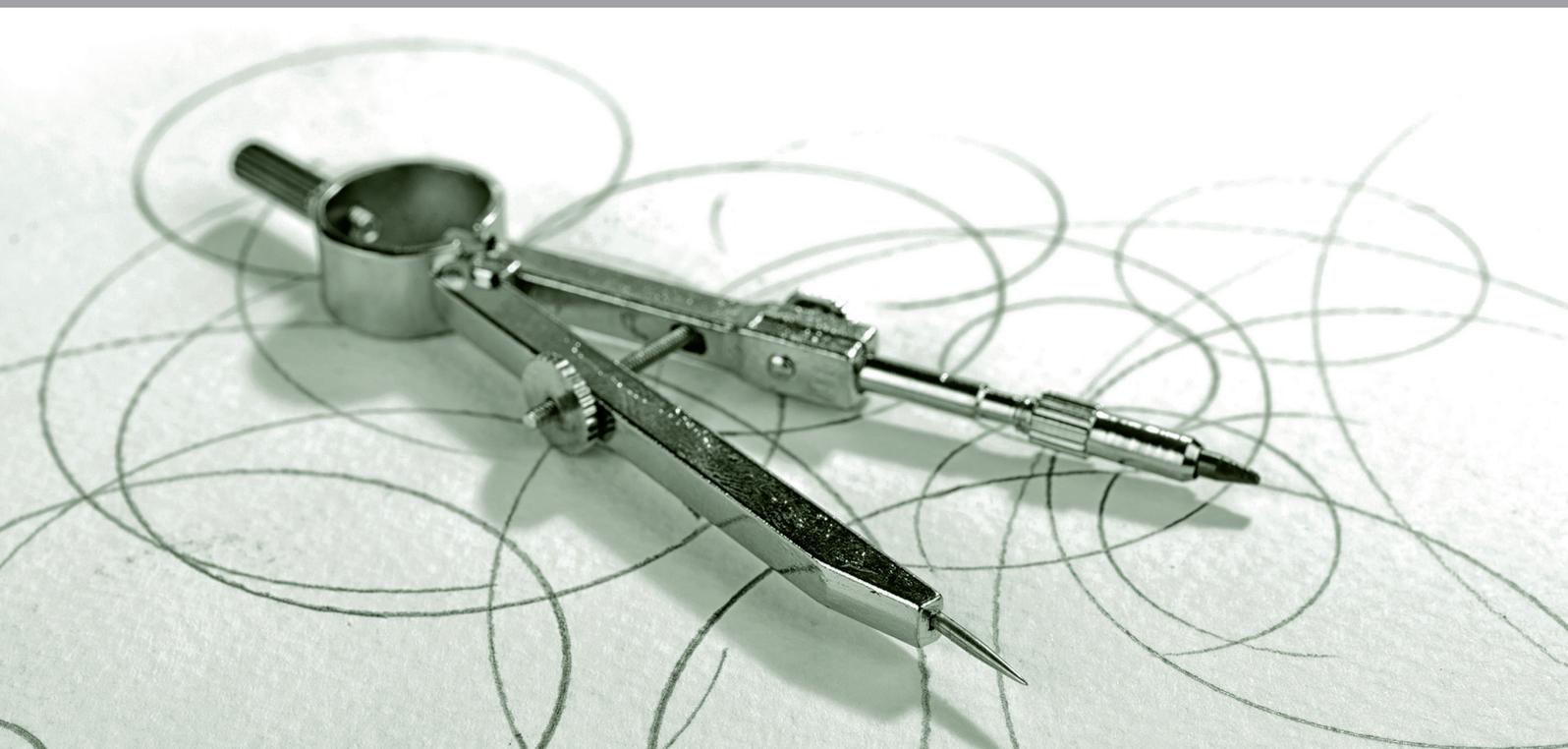


» Präzision



Geschäftsbericht 2014/2015 » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung





Der Vorstand der KZBV:
Dr. Jürgen Fedderwitz, stellv. Vorsitzender
Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes
Dr. Günther E. Buchholz, stellv. Vorsitzender

Anstelle eines Vorwortes

„Du bist immer so genau.“
„Genau.“

Ulrich Erckenbrecht, deutscher Schriftsteller

Genau genommen, hatten wir alle in diesem Jahr mehr Zeit als üblich. Doch niemand von uns dürfte es gemerkt haben: Der 30. Juni 2015 dauerte eine Sekunde länger als alle anderen Tage des Jahres. Aus Streben nach Genauigkeit, nach Präzision. Aufgrund der Differenz zwischen der Geschwindigkeit der Erdumdrehung und der Zeitmessung der Atomuhr wird in manchen Jahren eine Schaltsekunde in einen Tag geschoben. Um höchste Präzision zu erreichen, verändern wir Menschen manchmal sogar die Zeit. In der Praxis jedoch können wir – bildlich gesprochen – „die Uhr nicht zurückdrehen“. Das gilt für die vertragszahnärztliche Standespolitik und für die vertragszahnärztliche Versorgung gleichermaßen. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte spüren nicht nur zum Quartalsende, sondern praktisch tagtäglich, dass die Zeit rast. Ob im Wartezimmer, bei der Behandlung von Patienten oder bei der Dauer einer individuellen Beratung: In unserem Berufsalltag spielt das Thema Zeit eine wichtige Rolle. Die Uhr im Hinterkopf und den Blick auf den Patienten gerichtet, misst sich der Wert der Versorgung auch an der Präzision, mit der wir den Herausforderungen und zeitlichen Limitierungen des Praxisalltags begegnen.

Ebenso wie die Erfinder der Schaltsekunde streben wir dabei immer nach höchster Präzision. Denn eine zahnärztliche Behandlung kann weitreichende Folgen haben. Eine einzige falsche Entscheidung kann massive Auswirkungen auf die Mundgesundheit von Patientinnen und Patienten haben. Ähnlich wie bei der Schaltsekunde. Ohne sie geriete die moderne Welt aus den Fugen. Wo Computer nicht mehr präzise steuern, Satelliten nicht mehr exakt leiten und Ungenauigkeiten im weltweiten Datennetz schnell globale Verbreitung finden – da kommt es häufig auf das besonnene und präzise Handeln jedes Einzelnen an, eben auf den menschlichen Faktor. Sei es beim Flugverkehr, in der Politik oder eben bei der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Präzision ist für den Erfolg unserer Arbeit mitentscheidend. Auf Grundlage systematischer Forschung und präziser Behandlungsmethoden bestimmen wir den individuellen Versorgungsbedarf der Versicherten. Genaues Arbeiten des Zahnarztes, aber auch die Mitwirkung des Patienten ist ausschlaggebend dafür, ob ein Zahn erhalten werden kann oder nicht. Wenn es um das Thema Präzision geht, haben wir Zahnärzte in Deutschland einen exzellenten Ruf – national und international.

Im Berichtszeitraum hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre Vorstellungen von einer flächendeckenden und wohnortnahen zahnmedizinischen Versorgung gleich bei mehreren Gesetzgebungsverfahren erfolgreich eingebracht. So konnte beim GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ein deutlicher Ausbau zahnmedizinischer Prävention für besonders schutzbedürftige Patientengruppen erreicht werden. Auch bei einem neuen Anlauf für ein Präventionsgesetz fand unsere Expertise Gehör. Wir konnten deutlich machen: zahnmedizinische Prävention gilt es in allen Lebenswelten zu stärken, sei es in Kindertagesstätten, in Betrieben oder in Pflegeeinrichtungen.

Zugleich unterstützt die Vertragszahnärzteschaft uneingeschränkt Maßnahmen der Qualitätsförderung im Versorgungsalltag. Ausdrücklich begrüßen wir die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, sind zugleich aber der Ansicht, dass ein eigener Korruptionsstraftatbestand angesichts zahlreicher etablierter berufs- und sozialrechtlicher Sanktio-

nierungsmöglichkeiten überflüssig ist. Präzision der Bundesregierung bedarf es auch in Sachen eHealth-Gesetz. Deutliche Kritik üben wir an dem Vorhaben, bei der weiteren Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) Fristen rechtlich festzuschreiben und für deren Nichteinhaltung finanzielle Sanktionen für die Gesellschafter der Betreibergesellschaft gematik sowie für Leistungserbringer vorzusehen.

Um als Vertragszahnärzteschaft unsere Ziele auch künftig zu erreichen, wird die KZBV weiterhin mit Bedacht und größter Genauigkeit vorgehen. Wann immer es notwendig ist, gesellschaftliche Veränderungen, Diskurse und politische Prozesse bei unserem Engagement für den Berufsstand zu begleiten und zu berücksichtigen, werden wir quasi als Schaltsekunde fungieren. Als Bindeglied zwischen Zahnärzteschaft, den Versicherten und der besten Versorgung für die Patienten sind wir überall dort zur Stelle, wo es unser Bekenntnis zur Präzision erfordert.

Dr. Jürgen Fedderwitz
stellv. Vorsitzender

Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Günther E. Buchholz
stellv. Vorsitzender

Inhaltsverzeichnis

Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2014 bis Juni 2015.

6

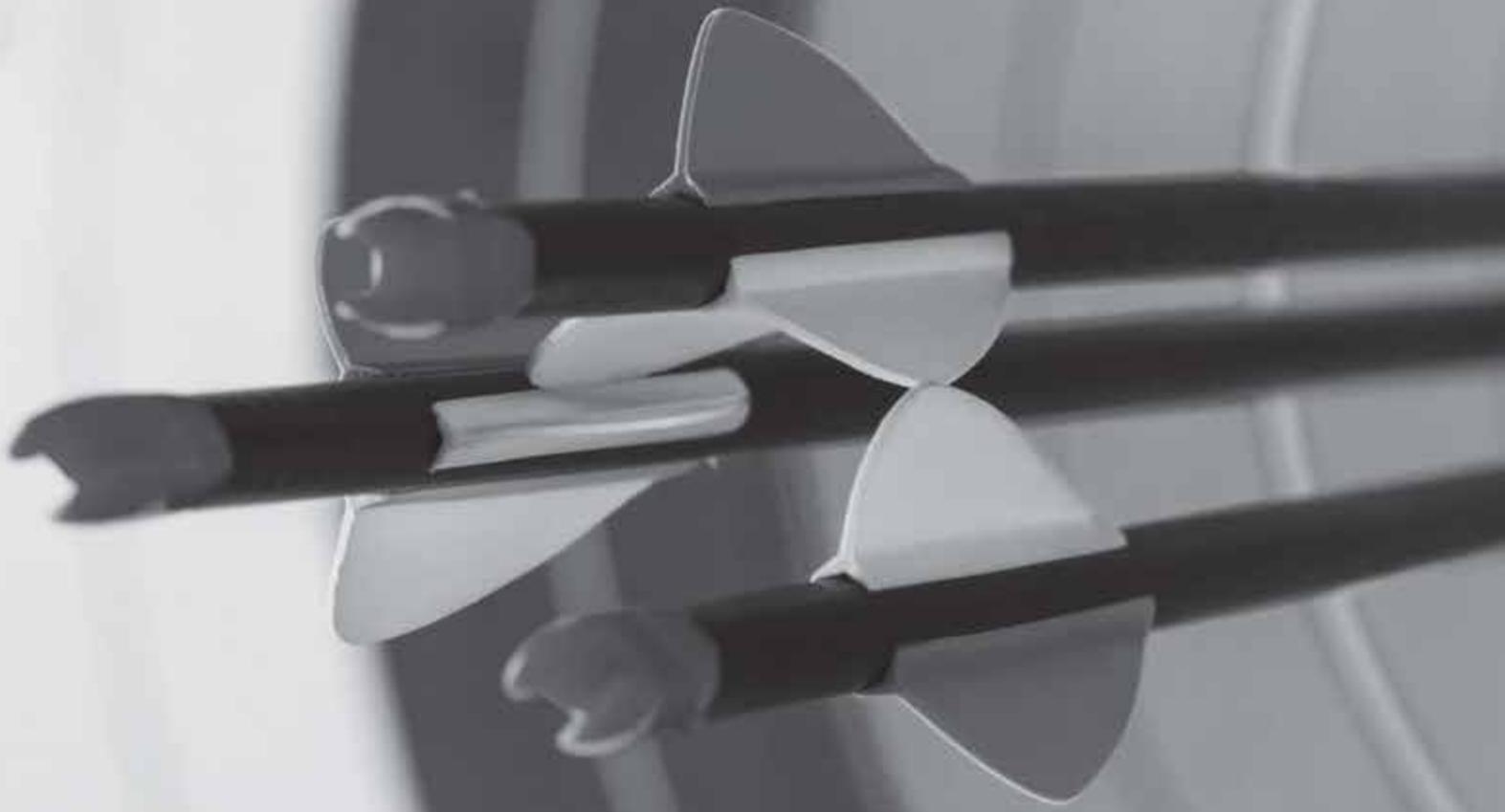
Präzision	8
Gestalten statt Verwalten	16
Kommunizieren	22
Vertragsgeschäft	30
Qualität	34
Digitales Gesundheitswesen	44
Forschung	50
Interne Organisation	56
Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen	62





Präzision

8



› Das Streben nach Präzision ist in unserer modernen Welt allgegenwärtig. Nicht mehr wegzudenkende Begleiter des Alltags würden ohne Präzision nicht funktionieren, zum Beispiel auf den Nanometer exakt gefertigte, teils mikroskopisch kleine Bauteile von Smartphones, Tablets und Laptops. Präzision steht in unserem Verständnis somit nicht nur für Genauigkeit und Sorgfalt, sondern auch für die daraus resultierende Verlässlichkeit. Eine Erwartung, die auch jeder Patient an seinen Zahnarzt stellt, und die in Deutschland tagtäglich tausendfach erfüllt wird. Damit dieses komplexe System einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung funktioniert, bedarf es auch auf der Ebene der Gesundheitspolitik einer sorgfältigen, abgewogenen und klar strukturierten Ausgestaltung. Für entsprechend gute Rahmenbedingungen setzen sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) vor Ort jeden Tag ein.

Präzision

10

Sorgfalt Zahn für Zahn

Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte haben sich die Möglichkeiten der zahnmedizinischen Behandlung fortlaufend weiterentwickelt. Neue Methoden, Materialien und Instrumente ebenso wie ein stetig wachsender Korpus wissenschaftlicher Grundlagen erlauben es Zahnärztinnen und Zahnärzten, eine individuelle Therapie für Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. Diese nehmen dabei schon lange keine passive Rolle mehr ein, sondern sind am Kommunikationsprozess einer partizipativen Entscheidungsfindung aktiv beteiligt. Das Ergebnis ist eine vertragszahnärztliche Versorgung, die auf jeden Einzelfall exakt zugeschnitten ist – Präzisionsarbeit Zahn für Zahn. Dass diese Vorgehensweise erfolgreich ist, lässt sich nicht nur an der deutlich verbesserten Mundgesundheit der Bevölkerung in den vergangenen 20 Jahren ablesen, sondern auch daran, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte Umfragen zu Folge auf der Zufriedenheitsskala der Patienten regelmäßig auf den vordersten Plätzen vor allen anderen Facharztgruppen liegen.

Die passgenaue Ausgestaltung vertragszahnärztlicher Behandlung findet dabei aber nicht lediglich in der Zahnarztpraxis

Prophylaxe bereits für die Kleinsten

Der zentrale Anspruch der Vertragszahnärzteschaft an den eigenen Berufsstand ist der Erhalt und die Verbesserung der Mundgesundheit aller Menschen über den gesamten Lebensbogen hinweg, ungeachtet ihrer Lebensumstände. Dieses Ziel kann jedoch nur dann erreicht werden, wenn jeder einzelne ein gewisses Maß an Eigenverantwortung für seine Mundgesundheit übernimmt – etwa durch regelmäßige Mundhygiene oder durch Vorsorgeuntersuchungen.

Der Präventionsgedanke spielt somit in der modernen zahnärztlichen Versorgung eine Schlüsselrolle. Umso wichtiger ist es, in diesem Bereich Versorgungslücken zu erkennen und diese durch passgenaue Konzepte schnellst möglich zu schließen. Besondere Aufmerksamkeit bedarf es vor allem bei den Bevölkerungsgruppen, die noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, die eigenverantwortliche Mundhygiene durchzuführen. Dies sind vor allem die jüngsten und ältesten Mitglieder unserer Gesellschaft.

International ist die frühkindliche Karies („early childhood caries“ – ECC) eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkind- und Vorschulalter, noch weit vor Asthma oder Heuschnupfen. Aktuell vereinen in Deutschland zwei Prozent

vor Ort statt, sie ist auch das Ergebnis einer konsequenten und wohl durchdachten Standespolitik. Und vor dem Hintergrund der tragenden Werte des zahnärztlichen Berufsstandes, der Gemeinwohlverpflichtung und der Freiberuflichkeit, ergeben sich für die Selbstverwaltung immer wieder aufs Neue eine Vielzahl an Herausforderungen, um die Voraussetzungen für eine gute zahnärztliche Versorgung weiter zu verbessern. Um die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen standespolitischer Interaktionen auszuloten, ist es unabdingbar, sich mit Gesetzesänderungen und den daraus resultierenden systemischen Veränderungen im Gesundheitswesen rechtzeitig zu befassen. Daneben dürfen auch mögliche Veränderungen im Verhältnis von Staat und Gesellschaft zur Selbstverwaltung ebenso wenig unbeachtet bleiben, wie eine eventuell veränderte Einstellung des Berufsstandes zum eigenen Leitbild. Die Mitgestaltung politischer Rahmenbedingungen, innerhalb derer zahnärztliche Berufsausübung real stattfindet, war in der Vergangenheit und bleibt auch in Gegenwart und Zukunft die zentrale Aufgabe der KZBV.

der unter dreijährigen Kinder immerhin 52 Prozent der Karieslast auf sich. Damit ist die frühkindliche Karies ein ernsthaftes Versorgungsproblem. Obwohl Deutschland über ein gutes System der Gruppen- und Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche verfügt, beginnen die zahnmedizinischen Präventionsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bislang erst ab dem 30. Lebensmonat. Die Betreuung allein durch Kinderärzte in den ersten drei Lebensjahren reicht jedoch scheinbar zur Senkung des Erkrankungsrisikos nicht aus. Immer öfter weisen Kinder, wenn sie die Prophylaxe erreichen, bereits kariöse Zähne auf und annähernd die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sind bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden.

Vor diesem Hintergrund hat die Zahnärzteschaft auf der Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und des Weltzahnärzteverbandes für Deutschland das Ziel formuliert, dass im Jahr 2020 80 Prozent der 6- bis 7-jährigen Kinder kariesfrei sein sollen. Dies kann nur dann erreicht werden, wenn die Entstehung von Karies bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt bekämpft wird. Wichtig ist also, dass möglichst alle Kinder mit einer frühkindlichen zahnärztlichen Untersuchung erreicht werden. Die Kleinsten müssen

bereits mit Durchbrechen des ersten Milchzahnes systematisch zahnmedizinisch betreut werden. So werden die bestmöglichen Voraussetzungen für eine dauerhafte Zahn- und Mundgesundheit des Kindes geschaffen und Karies, Zahnfleischentzündungen, Zahnverlust sowie daraus resultierende Erkrankungen vermieden.

Dies setzt jedoch voraus, dass der bisherige Leistungskatalog der GKV um Früherkennungsuntersuchungen vor dem 30. Lebensmonat erweitert wird. Die KZBV hat darum in ihrem gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) entwickelten Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ bereits vor einigen Jahren gefordert, das gelbe Kinderuntersuchungsheft des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

um zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen zu ergänzen, die eine gezielt systematische Betreuung sichern. Insgesamt sollen drei neue Untersuchungen eingeführt und mit den kinderärztlichen Untersuchungen vernetzt werden. Zudem wird eine verpflichtende Verweisung zum Zahnarzt im Untersuchungsheft angestrebt.

Auch der Gesetzgeber hat mittlerweile die Dringlichkeit erkannt, diese Versorgungslücke zu schließen. In dem ab 1. Januar 2016 in Kraft tretenden Präventionsgesetz wird der G-BA beauftragt, die Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies zu regeln.

Mundgesund im hohen Alter

Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Lebenserwartung kommt der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen eine immer größere Bedeutung in der zahnärztlichen Versorgung zu. Auch hier ist die präzise Ausgestaltung der entsprechenden strukturellen Voraussetzungen unerlässlich.

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen haben Studien zufolge eine erheblich schlechtere Mundgesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt. Der Grund hierfür liegt vor allem darin, dass diese Patienten schon rein körperlich nicht mehr in der Lage sind, die tägliche Mundpflege zu bewältigen. Sie verstehen die Anweisung ihres Zahnarztes nicht oder können vielleicht aufgrund eines Handicaps dessen Praxis nicht mehr aufsuchen. Ihre Anfälligkeit für Karies-, Parodontal- und Mund-Schleimhauterkrankungen sowie für die Bildung von Zahnbelägen ist daher überdurchschnittlich hoch. Faule Zähne und Entzündungen von Zahnfleisch oder Knochen sind dabei nicht nur schmerzhaft, sondern auch Eintrittspforten für die Bakterien in den Organismus. Lungenentzündungen, Herzinfarkt und Schlaganfall können die Folge sein. Auch ein bestehender Diabetes lässt sich unter Umständen nicht mehr gut einstellen. Mundgesundheit kann sich also erheblich auf die allgemeine Gesundheit auswirken. Zudem ist Mangelernährung im Alter ein großes Problem. Gute und gesunde Zähne sowie eine intakte Mundschleimhaut sind jedoch wichtig für eine gute Ernährung.

Die KZBV hat gemeinsam mit der BZÄK auch auf diese Herausforderung bei der zahnmedizinischen Versorgung reagiert und mit dem Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ Lösungsvorschläge entwickelt, um die Mundgesundheit von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen

Patienten sowie von Patienten mit Behinderungen dauerhaft und nachhaltig zu verbessern.

Auf Grundlage dieser Empfehlungen wurden mit dem ab dem nächsten Jahr in Kraft tretenden GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zusätzliche Leistungen für die zahnärztliche Versorgung der Betroffenen geschaffen. In dem erweiterten Präventionsmanagement sind unter anderem eine Einbeziehung der Pflegeperson des Versicherten in die Aufklärung und die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege vorgesehen. Als Leistung für pflegebedürftige Patienten wurde zudem die Entfernung harter Zahnbeläge aufgenommen. Diese zusätzlichen Maßnahmen werden dazu führen, die Versorgungsgerechtigkeit unter den Versicherten zu verbessern.

Auch die seit April 2014 umgesetzten Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sind mittlerweile ein Erfolgsmodell und schaffen eine echte Verbesserung für die zahnmedizinische Prävention und Therapie von Pflegebedürftigen und Menschen mit Handicap. Bei stark steigender Tendenz wurden innerhalb des ersten Jahres bereits mehr als 2000 solcher Verträge abgeschlossen. Damit ist bereits eine Abdeckung von fast 17 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erreicht. Ende des Jahres 2014 wurden bereits 27 Prozent der Besuche von Zahnärzten bei Pflegebedürftigen im Rahmen solcher Kooperationsverträge durchgeführt. Die aufsuchende Versorgung trägt damit in hohem Maße zu einer Steigerung der Lebensqualität von Heimbewohnern bei.

Die große Bedeutung der zahnärztlichen Prävention und Früherkennung für die Verbesserung der Mundgesundheit von

Pflegebedürftigen war auch das zentrale Thema bei einem gemeinsamen Besuch von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und dem Vorstandsvorsitzenden der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, in einer Pflegeeinrichtung. Beide tauschten

sich im April 2015 bei dem Besuch des Caritas-Hauses in München mit Pflegekräften und Bewohnern über die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen aus.

Ein Auge auf die Fläche – Die vertragszahnärztliche Versorgungsstruktur

Nicht nur die Altersstruktur wird von dem häufig bemühten Terminus „demographischer Wandel“ umfasst. Auch die Verteilung der Bevölkerung auf Regionen und Strukturgebiete spielt bei der zahnmedizinischen Versorgungsplanung eine maßgebliche Rolle. Befürchtet wird in diesem Zusammenhang oft eine Landflucht, mit der Konsequenz, dass die (zahn)medizinischen Versorgungsnetze in weniger urbanen Gebieten zunehmend grobmaschiger werden.

Umso erfreulicher ist es, dass eine im vergangenen Jahr durchgeführte Analyse der KZBV über die zahnärztliche Versorgungslage im Bundesgebiet bestätigt, dass es auf Planbereichsebene derzeit keine Unterversorgung gibt. Vielmehr ist die Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden Patientenversorgung auf hohem Niveau gewährleistet. Aufbauend auf der ersten Standortbestimmung durch die durchgeführte Analyse ist ab diesem Jahr ein regelmäßiger Bericht zum Versorgungsgrad geplant, verknüpft mit einer bundesweiten Prognose zur Entwicklung von Versorgungsdichte und -struktur. So können mögliche Engpässe frühzeitig erkannt, im Rahmen der Möglichkeiten der Selbstverwaltung gegengesteuert und gegebenenfalls dem Gesetzgeber Vorschläge zur Änderung der Rahmenbedingungen unterbreitet werden.

Auch an Nachwuchs bei Zahnärzten besteht angesichts der aktuellen Studierenden- und Approbantenzahlen kein Mangel. Nicht abzusehen ist allerdings, wie sich das Niederlassungsverhalten junger Zahnärztinnen und Zahnärzte in Zukunft ausgestalten wird. Derzeit lässt sich bei Berufseinsteigern ein anhaltender Trend zum Anstellungsverhältnis beobachten. Zugleich geht der besagte demographische Wandel aber auch an der zahnärztlichen Profession nicht spurlos vorüber. Die Folge: Ein hoher Anteil älterer Zahnärzte wird in den kommenden Jahren seine Praxis aufgeben.

Für eine flächendeckende und wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung spielt insbesondere in ländlichen Gebieten die traditionelle Einzelpraxis eine zentrale Rolle. Besonders solche Praxen brauchen attraktive Rahmenbedingungen. Dazu zählen zum Beispiel beherrschbare Finanzierungsrisiken, wirtschaftliche Unabhängigkeit durch adäquate Honorierung, Planungssicherheit und eine funktionierende Infrastruktur bei der Gründung neuer Praxen. Die Freiberuflichkeit der Berufsausübung muss darüber hinaus gewährleistet sein, damit die Diagnose- und Therapieentscheidungen allein nach fachlichen Erwägungen und frei von Interessen und Vorgaben Dritter ermöglicht werden.



› **Besuch einer Pflegeeinrichtung in München**
KZBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Wolfgang Eßer (links) und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (Mitte)



› **Beschluss der Vertreterversammlung**
Erweiterte Compliance-Leitlinie der KZBV

> Neue Ansprüche einer neuen Generation

Um auch in Zukunft eine zahnmedizinische Versorgung auf dem gewohnt hohen Qualitätsniveau gewährleisten zu können, brauchen wir genügend Zahnärztinnen und Zahnärzte, die mit Freude und Engagement ihren verantwortungsvollen Beruf ausüben und bereit sind, das Risiko der selbständigen Niederlassung auf sich zu nehmen.

Im Zusammenhang mit Studenten und jungen Berufsanfängern ist seit geraumer Zeit die sogenannte „Generation Y“ ein viel diskutiertes Thema. Von völlig neuen Ansprüchen an den eigenen Beruf der jungen Generation ist dort oftmals die Rede, anderen Lebenssituationen und möglichen Konflikten zwischen alten und neuen Selbstbildern. Eine mögliche Neuorientierung zum eigenen Berufsbild muss daher auch in der Zahnmedizin im Auge behalten werden. Die KZBV hat aus diesem Grund das Projekt „Y-Dent“ des Institutes der deutschen Zahnärzte (IDZ) initiiert, das mittels einer breit-

angelegten Umfrage an den zahnmedizinischen Fakultäten die Erwartungen, Wünsche und Ansprüche an den zukünftigen Beruf beleuchtet. Nach Auswertung der Ergebnisse wird der zahnärztlichen Selbstverwaltung ein wertvolles Instrument zur Verfügung stehen, um die Bedingungen der Berufsausübung präzise und situativ auszugestalten.

Zudem gilt es kritisch zu beobachten, ob vor dem Hintergrund der bestehenden politischen und wirtschaftlichen Ausgangslage die freie Niederlassung nach wie vor für eine erstrebenswerte Berufsausübung in Frage kommt: Praxisgründungen erfordern aktuell ein Investitionsvolumen von etwa 400.000 Euro. Planungssicherheit ist angesichts staatlicher Eingriffe und dem durch die zunehmende Wettbewerbsfähigkeit und Ökonomisierung des Gesundheitswesens steigenden unternehmerischen Druck oftmals nicht gegeben. Die Praxisgründung ist daher mit vielen Risiken verbunden.

Kein Raum für korruptes Verhalten

Ob Wirtschaft, Politik oder Verwaltungswesen: In allen Gesellschaftsschichten gibt es einzelne schwarze Schafe, die versuchen, sich mittels korruptivem Verhalten persönlich zu bereichern. Auch die Heilberufe sind dabei leider keine Ausnahme. Die Zahnärzteschaft bekennt sich seit jeher geschlossen und unmissverständlich zu dem Prinzip „Null Toleranz gegenüber Korruption“. Jeder einzelne Fall ist einer zu viel und leistet einer Kultur des Misstrauens Vorschub, die das wertvolle Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient massiv gefährdet. Korruptives Verhalten darf in unserer Gesellschaft an keiner Stelle toleriert, sondern muss vielmehr konsequent sanktioniert werden.

Die Landeszahnärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts ahnden korruptives Verhalten in der Zahnärzteschaft daher auf Basis des geltenden Berufsrechts, das in den jeweiligen Berufsordnungen der Länder verankert ist. Darüber hinaus unterhalten die KZVen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, die Fällen und Sachverhalten nachgehen, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten und informieren die Staatsanwaltschaften bei einem Anfangsverdacht mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die GKV. Die Sanktionen in Fällen von korruptivem Verhalten sind ausgesprochen hart und reichen bis zum Entzug der Zulassung, was für betroffene Zahnärzte den Verlust der Erwerbsbasis bedeutet.

Auf Grund dieser umfassenden bereits bestehenden berufsrechtlichen Regelungen und Sanktionsinstrumente ist nicht wirklich ersichtlich, warum die Bundesregierung plant, einen neuen Korruptionsstrafatbestand speziell für das Gesundheitswesen zu schaffen und dafür sogar flächendeckend Sonderstaatsanwaltschaften einzurichten. Die Folge wird sein, dass die Heilberufe in unverhältnismäßiger Weise skandalisiert und alle ehrlich arbeitenden Ärzte und Zahnärzte unter Generalverdacht geraten.

Besonders bedenklich dabei ist zudem, dass es im derzeitigen Gesetzentwurf trotz intensiver Anmahnung von Seiten der Landespolitik noch immer keine konkrete Formulierung des Korruptionstatbestandes gibt. Die bisherige abstrakte Rechtsbegrifflichkeit lässt befürchten, dass eine Präzisierung dieses Straftatbestandes erst über die Gerichtsbarkeit in langjährigen Auseinandersetzungen erfolgt.

Um allen Zahnärzten dabei zu helfen, Verletzungen gegen bestehende Berufsausübungspflichten bereits im Vorfeld zu vermeiden, hat die KZBV eine Compliance-Leitlinie erarbeitet, die bereits bisher bestehenden Verpflichtungen der Zahnärzte aus den sozialrechtlichen, insbesondere den vertragszahnärztlichen Regelungen in komprimierter, verständlicher Weise für die Zahnärzte zusammenstellt. Mittlerweile wurde die Leitlinie zusätzlich um Fallbeispiele ergänzt, so dass mit Hilfe

der geschilderten Situationen konkrete Handlungsempfehlungen zur Umsetzung im Praxisalltag gegeben werden. Auf diese Weise soll noch mehr Transparenz, Sensibilität und Sicherheit im Umgang mit den Verpflichtungen des Berufsstands gewährleistet werden. Zusätzlich wurde eine ständige Compliance-Kommission eingerichtet sowie ein Compliance-Beauftragter benannt, der den Vorstand hinsichtlich der Aktualisierung und Fortentwicklung der Leitlinie der KZBV unterstützt.

Digitale Vernetzung in der Praxis

Eine weitere Baustelle der Bundesregierung ist das geplante eHealth-Gesetz. Mit diesem sollen bereits jetzt nutzbare elektronische Kommunikationsverfahren schnell Eingang in die Versorgung finden. Parallel soll der Aufbau der sicheren Telematikinfrastruktur gefördert und klargestellt werden, dass diese künftig das zentrale elektronische Netzwerk im Gesundheitswesen sein wird. Eine vernünftige Umsetzung vorausgesetzt, verspricht dies auch für Zahnärzte Verbesserungen im Praxisalltag. Durch weniger Bürokratieaufwand bleibt mehr Zeit für die Patientenversorgung. Patienten wiederum steht eine sichere und zuverlässige Methode zur Verfügung, ihre für die Behandlung notwendigen Daten an den Arzt oder Zahnarzt zu kommunizieren.

Problematisch ist jedoch, dass nach dem derzeit vorliegenden Gesetzentwurf die Umsetzung über gesetzte Fristen erfolgen soll, bei deren Überschreitung massive finanzielle Sanktionen auch für die KZBV und einzelne Zahnarztpraxen drohen, und das, obwohl eine Beeinflussung der weiteren Umsetzung außerhalb des jeweiligen Einflussbereiches liegt.

Ungeachtet derartiger Maßnahmen gilt es für die Zukunft, mutiger und nachhaltiger als bisher Kostenträger und Politik dazu aufzufordern, wieder zu einem Klima gegenseitigen Vertrauens zurückzukehren. Nur in einem von Vertrauen und Wertschätzung geprägten Umfeld mit verlässlichen Rahmenbedingungen kann die zahnmedizinische Versorgung dauerhaft auf dem bisherigen hohen Niveau erhalten werden.

So ist etwa die Ausstattung der Praxen mit den für die Online-Anbindung erforderlichen Komponenten außerordentlich komplex und wird voraussichtlich nur mit entsprechenden Vor-Ort Installationen der Hersteller zu bewerkstelligen sein. Damit hängt die Reihenfolge und Schnelligkeit der notwendigen Aufrüstung der Praxen zu großen Teilen von der Entscheidung der beteiligten Technikdienstleister ab. Selbst wenn eine Zahnarztpraxis die notwendige Aufrüstung rechtzeitig in Auftrag gibt, ist also nicht gesichert und vor allem durch die Zahnarztpraxis voraussichtlich nicht steuerbar, dass die technischen Voraussetzungen für die Online-Anbindung fristgemäß gegeben sind.

Die KZBV hat aus diesem Grund gemeinsam mit der BZÄK eine umfangreiche Stellungnahme veröffentlicht, die sich mit der Aufforderung an die Politik richtet, den derzeitigen Gesetzentwurf hinsichtlich der Ausgestaltung der Fristen noch einmal zu überarbeiten.

Engagement im Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Selbstverwaltungsgremium der GKV. Die KZBV ist neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eine der stimmberechtigten Trägerorganisationen des G-BA. Sie setzt sich im G-BA für die Belange einer wohnortnahen und flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung ein.

Von zentraler Bedeutung für die Arbeit der KZBV im G-BA ist der Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“. Hier werden viele für die zahnärztliche Versorgung relevanten Regelungen erarbeitet. Dabei spielt die regelmäßige Überprüfung der bestehenden zahnmedizinischen Leistungen hinsichtlich medizinischer und wirtschaftlicher Anforderungen eine wichtige Rolle. So wurde in der AG „Methodik“ die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien mit einer komplexen wissenschaftlichen Untersuchung zu ausgewählten zahnmedizinischen Leistungen beauftragt. Auf Grundlage dieses Gutachtens hat der Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“ beschlossen, die einflügelige Adhäsivbrücke zum Ersatz von zentralen oder lateralen Schneidezähnen in die Regelversorgung aufzunehmen. Die AG „Zahnersatz“ beschäftigt sich im Berichtszeitraum mit der Umsetzung dieser Empfehlung in der Zahnersatz- und in der Festzuschuss-Richtlinie.

Parallel dazu hat die KZBV zur internen Aufbereitung der Fragestellung zur Evaluation der Regelversorgung das IGES-Institut damit beauftragt, ein Konzept zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Regelversorgung zu erstellen. Die Arbeiten des IGES-Instituts umfassen die Analyse der gesundheitspolitisch relevanten Rahmenbedingungen, die Bewertung der bereits vorliegenden Evaluationskonzepte von KZBV und GKV-SV und sowie die Entwicklung eines eigenen Konzepts. Die KZBV hat gemeinsam mit dem IGES-Institut die entsprechenden Ergebnisse im G-BA vorgestellt. Die Erarbei-

tung eines Konzepts zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen, die durch den G-BA in die Regelversorgung aufgenommen werden sollen, wird durch die AG „Methodik“ erfolgen.

Neben den klassischen zahnmedizinischen Behandlungen regelt der G-BA auch Leistungen, die von Zahnärzten verordnet werden. Hierzu zählen Heilmittel und Krankentransportleistungen. Die KZBV hat erreicht, dass die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte künftig in einer eigenständigen zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie geregelt wird. Sichergestellt wird dazu, dass die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung bei der Verordnung von Krankentransport durch Vertragszahnärzte in der bestehenden Krankentransport-Richtlinie berücksichtigt werden. Damit wird sichergestellt, dass Zahnärzte diese Leistungen ebenso rechtssicher wie bürokratiearm verordnen können.

Im Unterausschuss „Methodenbewertung“ wurde von der Patientenvertretung im G-BA der Antrag auf Überprüfung der Systemischen Behandlung von Parodontopathien gestellt. Die KZBV begrüßt diesen Antrag und begleitet die Beratungen im G-BA zielgerichtet. Entsprechend ihres Konzepts zur Vermeidung von frühkindlicher Karies hat die KZBV im G-BA beantragt, die bestehenden zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zu überprüfen und zu erweitern. Für Kinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat sollen drei zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. Mit Hilfe externer Expertise des IQWiG oder anderer fachlich unabhängiger Institute werden diese Anträge bewertet und beraten. Als erster Schritt zur Verbesserung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen werden auf Initiative der KZBV ärztliche und zahnärztliche Früherkennungsleistungen besser miteinander verzahnt.

Gestalten statt Verwalten



- › Kurze Wege führen bekanntlich schneller zum Ziel. Die Hauptstadtvertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) liegt in unmittelbarer Nachbarschaft zu zentralen politischen Institutionen und versteht sich als Mittler zwischen Zahnärzteschaft und Politik. Sie schafft Plattformen und Begegnungsmöglichkeiten für alle maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens. Um die Anliegen des zahnärztlichen Berufstandes voranzubringen, ihnen Gehör zu verschaffen und Nachdruck zu verleihen, steht die Berliner Vertretung dabei fortlaufend im Dialog mit der Politik.

Gestalten statt Verwalten

Dialog mit der Politik

18

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hat sich seit seinem Amtsantritt viel vorgenommen: Eine ganze Reihe bereits länger geplanter Regelungen und Reformen sind in den vergangenen Monaten auf den Weg gebracht worden. Die KZBV hat die für die Vertragszahnärzteschaft relevanten Verfahren mit Stellungnahmen, Tagungen, Workshops und Expertengesprächen begleitet und wichtige berufspolitische Impulse für die konkrete Ausgestaltung an die Politik gesendet.

So wurde etwa die Einführung zusätzlicher Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ausdrücklich begrüßt. Mit dem neuen § 22a SGB V wird eine Lücke im GKV-Leistungskatalog geschlossen. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung bekommen nun eine ihrem Bedarf entsprechende präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung. Im Präventionsmanagement ist unter anderem die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege vorgesehen und dies unter Einbeziehung des Pflegepersonals. Als Leistung für pflegebedürftige Patienten wurde zudem die Entfernung harter Zahnbeläge aufgenommen. Für diese Verbesserungen in der Versorgung hat die KZBV zusammen mit anderen Organisationen lange bei der Politik geworben. Auch die Vorschläge der KZBV zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen unter Narkose wurden im Gesetzgebungsverfahren in Teilen aufgegriffen.

Kritik übte die KZBV hingegen an den geplanten Regelungen für medizinische Versorgungszentren. Hier wurde davor gewarnt, dass Anreize für die Schaffung solcher Einrichtungen nicht dazu führen werden, den Sicherstellungsauftrag in strukturschwachen Gebieten künftig zu gewährleisten. Auch die durch das GKV-VSG erhöhten Freiräume der Krankenkassen im Vertragswettbewerb lehnt die KZBV ab. Zu befürchten ist, dass sich durch die neuen Freiräume und durch die Vereinfachung der Bereinigungsverfahren die Balance zu Lasten der Kollektivverträge verschiebt. Selektivverträge erfahren so einen Wettbewerbsvorteil, der nicht im Interesse einer flächendeckenden und wohnortnahen Patientenversorgung ist.

In der Diskussion um das Präventionsgesetz hat die KZBV auf Lücken bei der zahnmedizinischen Prävention für Kleinkinder hingewiesen. Obwohl die Neuorientierung der Zahnmedizin hin zur Prävention in den vergangenen Jahrzehnten zu beachtlichen Kariesreduktionen bei Kindern und Jugendlichen geführt hat, bleibt frühkindliche Karies die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Unerlässlich ist daher die Ausweitung von Früherkennungsuntersuchungen durch Zahnärzte auf den

Bereich zwischen dem 6. und dem 30. Lebensmonat. Diese Forderung der KZBV hat Eingang in das Gesetz gefunden: Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, das Nähere zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies zu regeln.

Die geplante Einführung eines Korruptionsstrafatbestandes speziell für das Gesundheitswesen lehnt die KZBV ab. KZVen und Zahnärztekammern verfügen bereits über Instrumente, korruptives Verhalten zu ahnden (siehe hierzu Kapitel „Präzision“).

Das deutsche Gesundheitswesen wird auch von der internationalen Politik beeinflusst: So haben sich die Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe, Dr. Wolfgang Eßer (KZBV), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (BÄK), Dr. Andreas Gassen (KBV), Dr. Peter Engel (BZÄK) sowie Friedemann Schmidt (ABDA), an die Bundeskanzlerin gewandt, um auf mögliche negative Auswirkungen des geplanten transatlantischen Freihandelsabkommens TTIP und anderer Freihandelsabkommen für das heimische Gesundheitssystem aufmerksam zu machen. In der gemeinsamen Erklärung forderten die Unterzeichner, dass TTIP und andere entsprechende Abkommen keine Anwendung auf das Gesundheitswesen und die Heilberufe in Deutschland findet. So dürften weder die Rechte von Patienten noch die Freiberuflichkeit von Zahnärzten, Ärzten und Apothekern oder die Kompetenzen der Selbstverwaltung eingeschränkt werden. Das Bundeskanzleramt teilte in einem Antwortschreiben mit, dass die Bundesregierung die Positionen der Heilberufe grundsätzlich teile und deren Sorgen ernst nehme.

> Diskurse, Veranstaltungen und Diskussionen

Neben der Befassung mit der aktuellen Gesetzgebung veranstaltet die KZBV regelmäßige Fachforen und Veranstaltungen, um versorgungsrelevante Themen zu kommunizieren und zu diskutieren. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fand im Jahr 2015 anlässlich der Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zum Vergleich zahnärztlicher Leistungen in Europa (EURO-Z-II-Studie) ein Workshop zur zahnmedizinischen Versorgung im Europäischen Vergleich statt. Neben Systemfragen wurden bei dem Workshop in der dänischen Botschaft vor allem die Versorgungssituation und die präventive Ausrichtung der Zahnmedizin thematisiert. Gemeinsam mit dem Präsidenten der Zahnärztekammer von Dänemark sowie Vertretern von Bundesregierung und Krankenkassen wurde bei der Veranstaltung erörtert, welche Schlussfolgerungen und eventueller Handlungsbedarf sich für die Versorgung in Deutschland ergeben. Die Teilnehmer des

Workshops kamen zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitssysteme von Dänemark und Deutschland voneinander lernen können, auch wenn nicht alle Elemente auf das jeweils andere System übertragen werden können. Eine Notwendigkeit für grundlegende Systemveränderungen besteht nicht.

In einem weiteren gemeinsamen Expertenworkshop von KZBV und BZÄK wurde im Frühjahr 2015 vor dem Hintergrund der Agenda Qualitätsförderung die Position der Zahnärzteschaft zur Qualitätsförderung mit zentralen Akteuren des Gesundheitswesens diskutiert. Im Mittelpunkt standen dabei die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung und die damit verbundenen Anforderungen an die Qualitätsförderung. An der Roundtable-Diskussion nahmen neben den Vorständen von KZBV und BZÄK auch Vertreter der Wissenschaft, der Organe der Selbstverwaltung und Abgeordnete des Bundestages teil. Alle Diskutanten wiesen auf die Eigenständigkeit des zahnmedizinischen Sektors und die besondere Schwierigkeit der Bestimmung von Ergebnisqualität hin, die sich aus geringen Fallzahlen der einzelnen Praxen und der Abhängigkeit von Behandlungserfolgen von der Mitarbeit des Patienten ergeben.

Innerzahnärztliche Kooperation

Als Spitzenverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) vertritt die KZBV die Interessen einer der größten Facharztgruppen in Deutschland mit insgesamt 53.000 Vertragszahnärzten und etwa 11.000 Zahnärzten, die angestellt in Praxen arbeiten. Die KZBV ist ein Organ der Selbstverwaltung in Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Zur Vertretung der Interessen des gesamten Berufsstandes benötigt die Bundesorganisation die Erfahrungen, die Expertise und die Legitimation ihrer Mitglieder. Über berufspolitische Grundsatzentscheidungen wird zweimal jährlich in der Vertreterversammlung abgestimmt.

Seit dem Jahr 2005 besteht dieses höchste parlamentarische Gremium der KZBV aus 60 Mitgliedern. Insgesamt 34 Sitze stellen dabei gesetzlich vorgeschrieben der Vorsitzende jeder KZV und jeweils einer seiner Stellvertreter. Die weiteren 26 Delegierten werden nach dem Verhältniswahlrecht von den Vertreterversammlungen der KZVen aus ihren Reihen gewählt. Zu den Hauptaufgaben der Vertreterversammlung gehören der Beschluss der Satzung, das Fällen von die KZBV grundsätzlich betreffenden Entscheidungen sowie die Vertretung der Bundesorganisation gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.

Mit einer gemeinsamen Tagung stellten sich die KZBV, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) dann im April den Herausforderungen, die die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen mit sich bringt. In drei Fachforen wurden neben der Analyse der gegenwärtigen Situation bewährte Praxis-Beispiele vorgestellt und Wege zu einem stärkeren kooperativen und vernetzten Handeln erarbeitet.

Die Vernetzung von Berufsstand und Politik findet neben diesen Fachveranstaltungen ebenso auf den von der KZBV in Arbeitsteilung mit der BZÄK in jedem Jahr organisierten Neujahrsempfängen und Frühjahrsfesten statt. Im Mai 2015 trafen sich diesmal etwa 300 geladene Gäste aus Politik, Zahnärzteschaft, Selbstverwaltung, Medien und Gesundheitswirtschaft zum dritten Mal in der Britischen Botschaft. Die Parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, stellte bei diesem Anlass die gute Zusammenarbeit zwischen Politik und Zahnärzteschaft heraus. Die Zahnärzteschaft sei in der Gesundheitspolitik ein verlässlicher Partner.

Die 9. Vertreterversammlung der KZBV fand am 5. und 6. November 2014 in Frankfurt am Main statt. Hier wurden unter anderem Resolutionen zu korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen sowie zu den sicherstellenden Rahmenbedingungen für die freiberufliche Tätigkeit verabschiedet. Die folgende Vertreterversammlung am 2. Juli in Berlin forderte per Beschluss unter anderem die angemessene Vergütung für zahnärztliche Beratungsleistungen. Der Beirat der KZBV ist das Bindeglied zwischen der Vertreterversammlung und dem Vorstand. Er dient als Koordinierungsforum zwischen KZBV und KZVen und setzt sich zusammen aus den Vorsitzenden der KZVen. Der Beirat kam innerhalb des vergangenen Berichtsjahres fünf Mal zusammen. Neben diesen Sitzungen befördern regelmäßige Klausurtagungen sowie Konsultationen und Jour Fixes zu einer Vielzahl von Projekten zwischen KZBV und BZÄK die innerzahnärztliche Kooperation voran.

➤ **Satzung der KZBV und Zustimmungserfordernis bezüglich Vorstandsdienstverträgen**

Seit der zum 13. August 2013 in Kraft getretenen Neuregelung in § 79 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 35a Abs. 6a SGB IV bedürfen der Abschluss, die Verlängerung und die Änderung

von Vorstandsdienstverträgen der KZVen und der KZBV zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

In Reaktion auf diese Gesetzesänderung hat die Vertreterversammlung der KZBV auf ihrer Sitzung am 4. und 5. Juli 2014 in Köln Änderungen der Satzung beschlossen. So wurde in einer Neufassung von § 8 Abs. 4 der Satzung auf das bisherige Erfordernis einer Unterzeichnung eines Dienstvertrages als Voraussetzung für die Annahme der Wahl als Vorstandsmitglied verzichtet, da aufgrund der Nichtvorhersehbarkeit der Dauer des neu eingeführten Genehmigungsverfahrens sich ansonsten ein längerer Zeitraum ergeben könnte, in dem neu gewählte Vorstandsmitglieder mangels Genehmigung ihres Dienstvertrages noch nicht tätig werden können, sondern die bisherigen Amtsinhaber ihre Tätigkeit weiter ausüben müssten. Um nach Annahme der Wahl trotzdem über eine gesicherte dienstvertragliche Grundlage zu verfügen, bestimmt zudem der neue § 7 Abs. 15 der Satzung, dass die Vertreterversammlung spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtsperiode einen Mustervertrag für Vorstandsmitglieder beschließt, der nach seiner Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde als interimswise dienstvertragliche Grundlage für Vorstandsmitglieder verwendet werden kann, die gemäß dem neu gefassten § 8 Abs. 4 ihr Amt angetreten haben, ohne dass mit ihnen bereits ein individuell ausgehandelter Vorstandsdienstvertrag geschlossen ist, für den eine Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde vorliegt. Gemäß dem ebenfalls neu gefassten § 10 Abs. 3 der Satzung obliegt die Erarbeitung eines Entwurfes des Mustervertrages dem Wahlausschuss der Vertreterversammlung.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Dezember 2014 gem. § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Satzungsänderung

in § 8 Abs. 4 genehmigt, den Änderungen in § 7 Abs. 15 (neu) und § 10 Abs. 3 hingegen die Genehmigung verweigert, da diese nicht in Einklang mit § 79 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 35a Abs. 6a SGB IV stünden. Gegen diese Verweigerung der Genehmigung hat die KZBV im Januar 2015 beim Landesozialgericht Nordrhein-Westfalen Klage eingereicht.

Zwischenzeitlich hat sich zudem auch der Wahlausschuss der KZBV mit der Frage befasst, wie vonseiten der Vertreterversammlung auf diese neue Rechtslage bezüglich Vorstandsdienstverträgen sachgerecht reagiert werden kann. Gegebenenfalls wird der Wahlausschuss schon auf der Sitzung der Vertreterversammlung der KZBV am 2. Juli 2015 in Berlin entsprechende Anträge einbringen.

› Ausschreibung eines Forschungsvorhabens zur Geschichte der Zahnheilkunde im Nationalsozialismus

KZBV, DGZMK und BZÄK haben vereinbart, die Geschichte der Zahnheilkunde im Nationalsozialismus wissenschaftlich untersuchen zu lassen. Zu diesem Zweck wurde die Förderung eines Forschungsvorhabens ausgeschrieben. Das Vorhaben soll sich vorrangig mit der Geschichte der zahnärztlichen Wissenschaft, Verbands- und Berufspolitik der drei genannten Organisationen und ihrer Vorgängerorganisationen in den Jahren von 1933 bis 1945 sowie mit den unmittelbaren Zeiträumen vor und nach der nationalsozialistischen Diktatur befassen. Dabei sollen nach Möglichkeit auch Themenschwerpunkte der Relegation aus politischen und rassischen Gründen, die Aus- und Fortbildung in der Zahnheilkunde sowie Formen der zahnärztlichen Opposition gegen das NS-Regime systematisch untersucht werden. Die Antragsfrist endet am 30. September 2015. Die eingereichten Anträge werden von einer sechsköpfigen Jury bewertet.



› **Tagung „Versorgung Pflegebedürftiger“, April 2015**
Dr. Wolfgang Eßer, Prof. Dr. Ursula Lehr, Karl-Josef Laumann, Dipl.-Med. Regina Feldmann, Gernot Kiefer, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (v. l. n. r.)



› **Frühjahrsfest, Mai 2015**
Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Peter Engel, Dr. Günther E. Buchholz, Annette Widmann-Mauz, Dr. Wolfgang Eßer (v. l. n. r.)

Das internationale Umfeld

> World Dental Federation (FDI)

Auf globaler Ebene ist der Berufsstand der deutschen Zahnärzteschaft in der FDI organisiert. Der 102. Weltzahnärztekongress fand vom 11. bis 14. September 2014 in Neu Delhi (Indien) statt.

Die FDI konnte wichtige Erfolge verzeichnen. Dazu zählen eine Konferenz in Afrika über die nichtübertragbaren Erkrankungen (NCD), die Karieskonferenz und Mundgesundheitsprojekte in Asien sowie der erste regionale Las Americas-Kongress, der im März 2015 in Santiago, Chile stattfand. Weitere Aktionen waren der Weltmundgesundheitstag, der 2014 in 106 Ländern begangen wurde sowie der Beginn von Phase 3 der Live. Learn. Laugh-Partnerschaft zwischen der FDI und Unilever, die bis zum Jahre 2017 andauern wird. Sie zielt auf die globale Verbesserung der Mundgesundheit durch intensive Mundpflege ab.

Ein weiteres Projekt war im Jahre 2014 die Inbetriebnahme der FDI-Datendrehscheibe. Diese Drehscheibe bietet FDI-Mitgliedern und politischen Entscheidungsträgern Werkzeuge zur Unterstützung und Förderung der Interessen des zahnärztlichen Berufsstandes. Ferner dient sie dem Informationsaustausch über nichtübertragbare Erkrankungen (NCD). Die Daten sind öffentlich zugänglich und wurden weltweit unter Einschluss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfasst.

Vorgelegt wurde in Neu Delhi auch das neue FDI-Toolkit für die erfolgreiche Umsetzung der Minamata-Konvention zu Quecksilber. Es ist als Umsetzungsleitlinie für Delegierte und Landesverbände gedacht. Die Quecksilber-Konvention der Vereinten Nationen wurde im Oktober 2013 von über 90 Staaten – darunter Deutschland sowie der Europäischen Union im japanischen Minamata unterzeichnet. Das Übereinkommen ist das erste neue multilaterale Umweltabkommen seit einigen Jahren.

Folgende Stellungnahmen wurden von der Generalversammlung der FDI verabschiedet:

- Mundgesundheit im Mutterleib und bei Kleinkindern
- Strahlenschutz in der Zahnheilkunde
- Früherkennung von HIV-Infektion und entsprechende Behandlung von Personen mit HIV-Infektion/AIDS
- Förderung der Mundgesundheit durch Trinkwasserfluoridierung
- Dentalimplantate
- Dentalamalgam und das Minamata-Übereinkommen zu Quecksilber.

Enzo Bondioni trat am 27. April 2015 die Nachfolge von Dr. Jean-Luc Eiselé als FDI-Exekutivdirektor an. Vertreter aus Deutschland arbeiten in drei von fünf ständigen Komitees der FDI mit, im Komitee für Fortbildung, im Komitee für zahnärztliche Berufsausübung sowie im Wissenschaftskomitee.

> Vollversammlung der europäischen Regionalorganisation der FDI (ERO)

Vollversammlungen der ERO fanden am 24./25. April 2015 in Tbilisi, Georgien und am 12. September 2014 in Neu Delhi, Indien statt. In Neu Delhi wurde die Stellungnahme der AG Freie zahnärztliche Berufsausübung „Datenschutz“ angenommen. Neues AG-Thema ist nun die freie Berufsausübung in Mehrbehandlerpraxen, Praxisnetzen und Versorgungszentren.

Erörtert wurde das Berufsprofil des Dentalhygienikers, dessen Ausbildung auf Bachelor-Niveau keinen Sinn mache. Die Ausbildung am Arbeitsplatz im Rahmen einer Fortbildung solle den Vorzug erhalten. Der Aufgabenbereich von Dentalhygienikern unterliege weiterhin der Bestimmung „Delegation ja, Substitution nein“. Die ERO-Resolution über die Voraussetzung einer möglichen Delegation innerhalb des zahnärztlichen Teams sowie die Lernergebnisse wurden in Tbilisi am 25. April 2015 von der Vollversammlung angenommen.

Vertreter aus Deutschland arbeiten mit in den Arbeitsgruppen „Das zahnärztliche Team“, „Freie zahnärztliche Berufsausübung in Europa“, „Qualität“ sowie „Integration“.

> Council of European Dentists (CED)

Der CED ist die Standesvertretung der Zahnärzteschaft in der EU und vertritt 32 nationale Zahnarztverbände mit über 340.000 praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzten. Die CED-Vollversammlung verabschiedete im November 2014 in Brüssel die EntschlieÙung „Infektionskontrolle und Abfallmanagement in der Zahnheilkunde“.

Auf der Vollversammlung vom 28. bis 30. Mai 2015 in Riga wurden die EntschlieÙungen zu „Normung“ und „Beziehung des zahnärztlichen Teams zu Patienten“ angenommen sowie die Stellungnahmen zu „Bleachinglampen“ und „Gemeinsame Ausbildungsgrundsätze“ gemäß Richtlinie 2005/36/EG.

Die Mandate für die Arbeitsgruppen „Ausbildung und Berufsqualifikationen“, „Medizinprodukte“ und „Mundgesundheit“ wurden einstimmig angenommen. Für die Arbeitsgruppe „Amalgam und andere Restaurationsmaterialien“ werden noch mehr Sachverständige benötigt.

Kommunizieren





➤ Dank moderner Technik verbreiten sich Mitteilungen und Meinungen, Argumente und Analysen, aber ebenso auch Gerüchte und Falschinformationen heutzutage schneller als je zuvor. Das Internet hat sich zu einer scheinbar unerschöpflichen Informations- und Datenquelle entwickelt, aus der sich der Einzelne bedienen kann – rund um die Uhr, weltweit. Als wichtigste Interessenvertretung der Vertragszahnärzteschaft auf Bundesebene sieht sich die KZBV in der Pflicht, in dieser Flut von Informationen eine verlässliche Orientierung für Zahnärzte und Patienten zu bieten – durch präzise Zahlen, Fakten und Argumente aus erster Hand.

Wir stärken durch Kommunikation auch unsere Position als berechenbarer Ansprechpartner für politische Entscheider und einflussreiche Meinungsmacher. Zugleich verstehen wir uns als Informationsdienstleister für unsere Mitglieder und damit für die Vertragszahnärzteschaft in ihrer organisierten Gesamtheit. Um unseren Positionen Gehör zu verschaffen und aktiv an gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussionen zu partizipieren, bedienen wir uns aller Instrumente einer zeitgemäßen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Kommunizieren

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

> Webaktivitäten

Angesichts der Fülle von Informationsangeboten und Medienkanälen wird strategische und in sich konsistente Kommunikation zunehmend komplexer. Nur mit präziser Planung und einer zielgenauen Verbreitung können die Standpunkte der KZBV öffentlichkeitswirksam in Medien platziert werden. Je größer die Präsenz in klassischen Medien, aber auch in der digitalen Welt ist, desto besser können wir die berechtigten Belange von derzeit etwa 53.000 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten darstellen, verständlich und transparent machen.

Versicherte und Patienten informieren sich mit mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets über fast alles und jederzeit – schnell und an jedem Ort der Welt. Zum Beispiel über – mal mehr, mal weniger sachgerechte – Bewertungen von Zahnärzten in entsprechenden Foren und Bewertungsportalen. Auch Informationen über zahnmedizinische Innovationen, neue Versorgungsangebote und Kostenvergleiche sind rund um die Uhr verfügbar.

Um diesen Entwicklungen gleichermaßen gerecht zu werden, nutzt die KZBV einen präzise austarierten Kommunikationsmix. Insbesondere dem Online-Bereich kommt dabei eine weiter wachsende Bedeutung zu. So betreiben wir unter anderem eine Facebook-Seite und nutzen Twitter. Komplettiert wird das digitale Informationsangebot durch eine fortlaufend aktualisierte Website. Mehr als die Hälfte der Besucherinnen und Besucher steuern www.kzbv.de mittlerweile mit mobilen Endgeräten an. Damit Texte und Abbildungen auf großen und kleinen Displays jeweils gut erfasst werden können, wird die Website der KZBV seit April 2015 automatisch passend für das jeweilige Endgerät ausgegeben (Responsive Webdesign).

> Interne Kommunikation

Im Berichtszeitraum hat die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zahlreiche laufende Projekte fortgeführt und zum Teil bereits finalisiert. Interne Kommunikation heißt für uns vor allem: Dienstleistung für die Mitglieder und damit auch unmittelbar für die Vertragszahnärzteschaft. Die Resonanz ist enorm. Allein das Update der „Digitalen Planungshilfe“ zum Ermitteln von Festzuschüssen wurde bis dato etwa 54.000 Mal abgerufen. Auch die fast 8.000 Downloads des Festzuschuss-Kompandiums „Schwere Kost für leichteres Arbeiten“ sind ein Beleg für den erfreulich großen Zuspruch, den unsere Informationsangebote erfahren.

> Online-Kommunikation – Erfolg auf vielen Wegen

Um die Zahnärztin oder den Zahnarzt ihres Vertrauens zu finden, greifen immer mehr Menschen zu ihrem Smartphone und nutzen Apps. Als KZBV sind wir in diesem Bereich ebenso präsent wie erfolgreich. Unsere App „Zahnartzsuche“ bietet mittlerweile Kontaktdaten und Informationen zu mehr als 16.000 Zahnärzten, Kieferorthopäden, MKG- und Oralchirurgen. Um die nötige Aktualität der Daten zu gewährleisten, werden neue Einträge durch unsere Online-Redaktion schnellstmöglich freigeschaltet und Änderungen fortlaufend eingepflegt. Uns ist bewusst: Nur eine qualitativ hochwertige App hat einen dauerhaften Mehrwert. Zur Qualitätssteigerung tauschen wir uns daher mit den Nutzern aus. Erste Verbesserungsvorschläge wie zum Beispiel die Optimierung der Suche und die Ergänzung der Spezialgebiete wurden bereits umgesetzt.

Mit einem virtuellen Rundgang durch eine barrierearme Zahnarztpraxis hat die KZBV im August 2014 eine interaktive Anwendung online gestellt, die es so bisher noch nicht gab: Der Nutzer nimmt unter www.rundgang.kzbv.de die Perspektive eines Patienten mit Mobilitäts-, Seh- oder Hörbeeinträchtigung ein und erfährt, welche Barrieren in einer Praxis typischerweise auftreten und wie diese beseitigt werden können.

> Klassische Kommunikation

Die KZBV sucht den engen und möglichst persönlichen Kontakt zu Redaktionen und Vertretern klassischer Medien und nutzt Pressekonferenzen, Pressemitteilungen und eigene Publikationen, um vertragszahnärztliche Themen medial zu lancieren. Damit ist gewährleistet: Sowohl tagesaktuelle Statements als auch langfristig angelegte Konzepte finden Gehör und fließen in den vielschichtigen Prozess der Meinungsbildung ein.

So ist es gelungen, die bundesweite Bekanntheit des zahnärztlichen Versorgungskonzeptes „Frühkindliche Karies vermeiden“ weiter zu steigern. In der Meldung „Zahnärzte warnen vor Nuckelflaschenkaries“ auf der Seite eins der bundesweiten Printausgabe der BILD-Zeitung wurde der Vorstandsvorsitzende der KZBV im September 2014 mit einer emotionalen Forderung nach mehr zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder zitiert. Weitere Medien griffen die Botschaft des mit Abstand wichtigsten Boulevardmediums in Europa auf und beförderten damit die flächendeckende Kommunikation des Konzeptes. Die Auflage der BILD-Zeitung lag bei 2,9 Millionen gedruckten Exemplaren und hatte eine Reichweite von 11,9 Millionen Lesern.

Darüber hinaus konnte im Februar 2015 im „Senioren Ratgeber“ eine Meldung über die neuen Möglichkeiten der aufsuchenden zahnärztlichen Betreuung im ambulanten Bereich platziert werden. Der „Senioren Ratgeber“ erscheint in einer monatlichen Auflage von rund 1,8 Millionen Exemplaren und liegt in fast allen Apotheken in Deutschland kostenlos aus. Ein längerer Bericht zur aufsuchenden Betreuung erschien zudem im März 2015 in der „Apotheken Umschau“, die in einer monatlichen Auflage von etwa 10 Millionen Exemplaren bei etwa 20 Millionen Lesern in den meisten Apotheken ebenfalls kostenlos erhältlich ist. Beide Publikationen haben in der Zielgruppe des zahnärztlichen Versorgungskonzeptes zur aufsuchenden Betreuung eine hohe Verbreitung.

Auch mit Faltblättern und Broschüren hat die KZBV im Berichtsjahr eine breite Öffentlichkeit erreicht. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) veröffentlichte die KZBV im September 2014 das Faltblatt „Als Krebspatient zum Zahnarzt. So schützen Sie Zähne und Zahnfleisch während der Krebsbehandlung“. Der Flyer steht auf den Internetseiten der Institutionen zum kostenlosen Download bereit. Zahnärzte, Patienten, Krebszentren und onkologische Praxen können die Publikation in gedruckter Form bestellen. Die erste Auflage von immerhin 15.000 Stück war bei der KZBV bereits nach zwei Wochen restlos vergriffen. Präzision bei Patientenbroschüren bedeutet auch immer Aktualität. Wir überarbeiten mit Blick auf Inhalt und zeit-

gemäßes Layout daher derzeit die seit Jahren bewährten Broschüren zu den Themen Zahnfüllungen und Paradontitis. Im Dezember 2014 wurde außerdem eine neue, allgemeinverständliche Patienteninformation zum Heil- und Kostenplan vorgelegt.

Mit einer gemeinsamen Pressekonferenz haben KZBV, BZÄK und das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im März 2015 in Berlin die Ergebnisse der Euro-Z-II-Studie vorgestellt. Im Zentrum dieser gesundheitsökonomischen Studie stand der Vergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. Die Untersuchung beleuchtet nationale Unterschiede ausgewählter europäischer Länder. Berichterstattung war unter anderem im Basisdienst der Deutschen Presse-Agentur (dpa), in der Fachpresse und in politischen Magazinen zu finden.

Für die vertragszahnärztliche Kommunikation lässt sich insgesamt festhalten: Mit ihrer Multi-Channel-Strategie konnte die KZBV im Berichtsjahr zentrale Themen, Forderungen und legitime Anliegen einer breiten Öffentlichkeit systematisch vermitteln. Auch die Mitglieder der KZBV profitieren dabei unmittelbar von unserer Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Über aktuelle Debatten und über zentrale Entwicklungen in den Medien und Politik halten wir sie durch interne Rundschreiben in unserer Datenbank auf dem Laufenden. Denn gute Kommunikation fördert nicht nur den Erwerb von Wissen sondern auch dessen Verbreitung.



> Pressekonferenz Euro-Z-II-Studie, März 2015

Dr. Peter Engel, Kai Fortelka, Dr. Wolfgang Eßer und Dr. David Klingenberg (v. l. n. r.)



> Rundgang durch eine barrierearme Praxis

Zahnärztliche Mitteilungen

KZBV und BZÄK sind gemeinsame Herausgeber der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm). Die Marke zm bietet in Print und Online crossmedial fundierte Informationen aus dem gesamten Spektrum zahnärztlichen Wirkens. Die zm sind die größte und auflagenstärkste Fachzeitschrift im gesamten Dentalsektor und damit Marktführer und Ankermedium der Branche.

> zm-online

zm-online verzeichnet dynamisch wachsende Nutzungszahlen. Die Zahl der Seitenaufrufe (Page-Impressions, kurz Pls) stieg von 733.000 im zweiten Quartal 2014 bis zum ersten Quartal 2015 um 78 Prozent auf 1,3 Millionen Pls. Dabei entwickelte sich die Nachfrage nach redaktionellen Inhalten überdurchschnittlich.

Ohne Berücksichtigung der vom Deutschen Ärzte-Verlag betreuten Rubriken Markt, Termine und Kleinanzeigen stieg die Zahl der Aufrufe in diesem Zeitraum um 101 Prozent auf 991.300 Pls. Damit wuchs die Quote von Pls im redaktionellen Bereich zu den insgesamt zu verzeichnenden Seitenaufrufen von 64,5 auf 79,2 Prozent. Mit 496.234 Pls wurde im März die angepeilte Schallmauer von 500.000 Pls pro Monat fast durchbrochen.

Besonders positiv entwickelte sich die Nachfrage im Bereich Starter. Hier verdreifachte sich die Zahl der Klicks im Berichtszeitraum. Auf den vor allem für jüngere Zahnärztinnen und Zahnärzte produzierten Content entfielen mit 34.888 Pls im April 2015 gut ein Zehntel aller Seitenaufrufe aus dem redaktionellen Bereich.

Immer mehr Nutzer greifen auf zm-online mit Smartphones und Tablets zu. Von April 2014 bis April 2015 stieg die Zahl dieser Besuche um rund 24 Prozent. Aktuell erfolgt gut jeder dritte Besuch der Seite (34,6 Prozent) von einem mobilen Endgerät. Auch die wachsende Nachfrage nach dem wöchentlichen Newsletter ist ungebrochen: Die Zahl der Abonnenten kletterte von rund 5.100 (Stand Ende April 2014) auf 6.200 (Stand Ende April 2015). Das entspricht einem Zuwachs von 21 Prozent. Gestiegen ist auch die Zahl der Besuche aufgrund von Social-Media- oder Facebook-Empfehlungen. Aktuell kommen drei von 100 Besuchen über Links in sozialen Netzwerken zustande.

Inhaltlich wurden insbesondere die Säulen Praxis, Zahnmedizin und soziales Engagement der Zahnärzteschaft ausgebaut. So wurde im Bereich Praxis etwa über die Erfahrungen der Zahnärzteschaft mit der elektronischen Gesundheitskarte, über den Umgang mit Patientenbeschwerden, über die Praxisgründung sowie über die Arbeitsweise junger Zahnärzte berichtet.

Mit speziellen Reihen werden Praxischefs direkt angesprochen und darüber informiert, wie ihre Kollegen arbeiten – etwa mit dem Format „zm-online sucht die schönste Praxis“. Oder mit der Reihe „Berufswelten“, einer filmischen Reportage-Serie, die einen Überblick über die vielfältigen Job-Möglichkeiten in zahnärztlicher Tätigkeit gibt.

Im Bereich Zahnmedizin werden nicht nur regelmäßig zahnmedizinische Fälle und Fortbildungen vorgestellt, sondern auch kontrovers diskutierte Themen präsentiert.



> 10/2014



> 11/2014



> 12/2014



> 13/2014

Mit einer neuen Sub-Seite sind die Projekte der Hilfsorganisationen und das karitative Engagement der Zahnärzteschaft ab Juni 2015 auf einen Blick dargestellt. Auch Berichte von entsprechenden Famulaturen und Hilfeinsätzen haben hier ihren Platz.

> Berufspolitik

Die Berichterstattung der zm unterstützt die Standespolitik der Herausgeber und flankiert wichtige Eckpunkte ihrer Aktivitäten. Im Geschäftsjahr gab es Beiträge über zentrale berufspolitische Veranstaltungen wie etwa einen Bericht über die EURO-Z-II-Studie des IDZ und den entsprechenden Workshop in der Dänischen Botschaft, oder einen Beitrag über die Vorstellung des gemeinsam von KZBV und BZÄK erstellten Grundsatzpapiers „Agenda Qualitätsförderung“ inklusive eines Workshops der Herausgeber mit Spitzenvertretern der Politik. Einen ausführlichen Schwerpunkt bildete die Berichterstattung über das ECC-Konzept samt einer Aufarbeitung von Fällen aus der Praxis. Zu weiteren wichtigen Themen gehörten Berichte über die KZBV-Vertreterversammlung, ein virtueller Rundgang durch eine barrierearme Zahnarztpraxis, das Thema „Zahnarztbezogene Übermittlung von Abrechnungsdaten“, die Compliance-Leitlinie der KZBV oder der Titelbericht zum Antrag der Patientenvertreter im G-BA, um die systematische Behandlung von Parodontopathien in einem Verfahren neu zu bewerten.

Regelmäßig wird der berufspolitische Schwerpunkt AuB durch die zm begleitet. So berichtete die Redaktion ausführlich über den Besuch von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in einem Münchner Pflegeheim. Gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, informierte sich der Minister über die Besonderheiten der aufsuchenden

Versorgung. Ferner zählt dazu die Berichterstattung der zm über Kooperationsverträge von Zahnärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen.

Weitere berufspolitische Themen waren die Analyse des UPD-Monitors Patientenberatung oder laufende Gesetzgebungsverfahren. So wurde fortlaufend über die Stellungnahmen der Standesorganisationen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, zum Präventionsgesetz und zum eHealth-Gesetz berichtet und die Positionen der Herausgeber zum geplanten Anti-Korruptionsgesetz redaktionell aufgearbeitet.

Die Ansprache junger Zahnärztinnen und Zahnärzte spielt auch in der Printberichterstattung eine wichtige Rolle. Über die ZahniCampus Roadshow von BdZM und BdZA, die im Sommer 2014 an den Start ging, gab es einen ausführlichen Beitrag. In das Themenspektrum über die Belange der jungen Generation gehörte ein Bericht über die Fortbildungen des BdZA im Rahmen des Dental Summer, das Berufsmonitoring für Medizinstudierende oder Beiträge über Wünsche der Generation Y.

Wie jedes Jahr gab es eine ausführliche Titelgeschichte zum Deutschen Zahnärztetag, mit Berichten über den Festakt, die Vertreter- und Bundesversammlung von KZBV und BZÄK, den Wissenschaftskongress, den Studententag und den Zukunftskongress für junge Zahnärzte.

> Zahnmedizin – Medizin – Wissenschaft

Im Berichtszeitraum haben sich besonders praxisrelevante Fälle kontinuierlich etabliert. In nahezu jeder Ausgabe der zm findet sich ein komplizierter Patientenfall, der dem niedergelassenen Zahnarzt eine Situation schildert, wie sie in der



> 21/2014



> 22/2014



> 23/2014



> 24/2014

Praxis durchaus auftreten kann. Das Autorenteam besteht in der Regel aus Kieferchirurgen, so dass auch immer interdisziplinär gearbeitet wird. Der Schwerpunkt liegt vorwiegend auf einer sehr komplizierten Differenzialdiagnostik, und schließlich werden die Therapie sowie der Verlauf der Nachbehandlung aufgezeigt. Sehr viele dieser Fallbeispiele sind mit einer CME-Fortbildung gekoppelt. Aber auch Fälle aus anderen Fachbereichen, wie der Kinderbehandlung – Schwerpunkt Early Childhood Caries (ECC) – werden den Lesern präsentiert.

Immer wieder Gegenstand von Fachbeiträgen ist das Thema Alters- und Behindertenzahnheilkunde. Dazu gehört die Bisphosphonat-Problematik, die Früherkennung von Präkanzerosen, die Prothetik oder Prophylaxe für mobilitätseingeschränkte Patienten oder (Reparatur-)Lösungen für immobile Heimbewohner.

Aktuelle Forschungsergebnisse werden den Lesern leicht verständlich präsentiert. Dazu gehören Beiträge zu den Themen Stammzellforschung, Genetik des Parodonts oder Digitalisierung im Bereich Zahnmedizin. Aber auch auf Schnittstellen zwischen Zahnmedizin und Medizin wurde im Berichtszeitraum großen Wert gelegt. So wurde das Thema Diabetes und orale Erkrankungen ebenso umfangreich vorgebracht wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Rheuma, sowie ihre Koinzidenz mit oralen Erkrankungen.

Da Zahnärzte immer mehr multimorbide Patienten behandeln, stößt die Rubrik „Repetitorium“ auf reges Interesse. Medizinische Sachverhalte werden einfach verständlich aufbereitet und mit einem umfangreichen Kommentar bezüglich zahnmedizinischer Relevanz ergänzt.

Aktuelle Leitlinien wurden in Kurzform präsentiert, so dass der interessierte Leser es einfacher hatte, die umfangreichen Ausarbeitungen bei Bedarf im Netz nachzulesen.

> **Praxismanagement**

Themen zu präsentieren, die für die Lebenswirklichkeit der Praxen besonders relevant sind, ist Ziel des Ressorts Praxismanagement. Hierbei dient der Ressorttitel als Oberbegriff für die drei Teilbereiche Praxisführung, Recht sowie Betriebswirtschaftliches/Ökonomisches.

Im Teilabschnitt „Recht“ geht es um juristische Aspekte, die für den Zahnarzt in seiner täglichen Berufsausübung als Mediziner einerseits und als Unternehmensführer und Arbeitgeber andererseits von Interesse und Belang sind. Dies umfasst sowohl aktuelle Urteile als auch Tendenzen in der Rechtsprechung, die die Berufsausübung tangieren. Auch weitere rechtlich relevante Themen, wie etwa die Frage, wie Verträge bei Krediten und Bürgschaften rechtssicher abgeschlossen werden oder welche Haftungsfragen sich für die verschiedenen Beteiligten beim Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis ergeben, gehen in die Berichterstattung ein.

Im Teilbereich „Wirtschaft/Ökonomie“ ist der Berufsalltag der Zahnärzte ebenfalls die Grundlage redaktioneller Überlegungen, welche Themen journalistisch behandelt und wie sie aufbereitet werden. Gerade was den Bereich Wirtschaftlichkeit von Praxen anbelangt, bestehen nach wie vor Wissenslücken. Daher werden den Lesern alle zwei Wochen Beiträge angeboten, die als Ausgangspunkt die Frage haben, was für Zahnärzte in der täglichen Ausübung ihres Berufes oder auch als Privatmensch hilfreich oder von Bedeutung sein könnte.

In der Rubrik „Praxisführung“ sind Themengebiete rund um die Organisation und das Management einer Zahnarztpraxis zusammengefasst. Dies können Beiträge sein, die die Praxis als Arbeits-, Aufenthalts- und Lebensraum für den Behandler, das Team und die Patienten thematisieren. Eine Praxis zu führen – hierzu gehören auch die Kompetenzen, ein Mitar-



> **01/2015**



> **02/2015**



> **03/2015**



> **04/2015**

beiterteam zu leiten und Angestellte (oder auch Kollegen) zu motivieren, so dass sie sich für den Erfolg „ihres“ Unternehmens einsetzen. Auch für derartige Themen will (und muss) der Bereich Praxismanagement offen sein.

> Existenzgründerprojekt

Den Weg in die Niederlassung – von der Idee bis zur Eröffnung der Praxis – wollen die zm mit dem Existenzgründerprojekt in einem crossmedial völlig neuen Format begleiten. Die zm wollen damit die Zielgruppe der Zukunft – den zahnmedizinischen Nachwuchs – ansprechen und sich so als erste Adresse auf dem Gebiet der Praxisgründung präsentieren. Zudem sollen berufspolitisch Signale gesetzt werden, indem sie die nächste Zahnärztergeneration zur Niederlassung in eigener Praxis motiviert. Das Projekt ist im Berichtszeitraum erfolgreich gestartet.

Zum Auftakt dokumentiert die zm den Weg einer Zahnärztin und eines Zahnarztes auf dem Weg in die Selbstständigkeit. Gleichzeitig soll allen Zahnärzten, die den Sprung in die Selbstständigkeit erwägen oder planen, das nötige Rüstzeug an die Hand gegeben werden, ihren individuellen Weg zur eigenen Praxis zu finden. Beleuchtet werden sollen dabei alle Themen, Entscheidungen und Prozesse, die eine zahnärztliche Existenzgründung aufwerfen.

Das Redaktionskonzept basiert dabei auf zwei Säulen: Mit Videos und Fotos werden die einzelnen Schritte zweier Praxisgründer in einer zeitversetzten, seriellen Live-Story festgehalten – einmal anhand einer Praxisneugründung, einmal anhand einer Praxisübernahme. Diese beiden Wege zum Chef-Dasein zeigen, welche Antworten heutige Praxisgründer auf zentrale unternehmerische und berufliche Fragestellungen finden.

Flankiert werden diese Originalstorys von einer Vielzahl fachlicher Expertisen spezifischer Berater aus Berufspolitik, Wissenschaft und Wirtschaft. Der Zahnarzt findet hier gezielt Informationen, Tipps und Anregungen für seinen ganz persönlichen Weg in die Existenzgründung. Neben dem klassischen Expertenartikel kommen dabei auch journalistische Formate wie Reportagen, Interviews, Fotostories, Infografiken, Checklisten oder Entscheidungsbäume zum Einsatz.

Die Redaktion arbeitet intensiv an dem Projekt, das voraussichtlich im ersten Quartal 2016 live geschaltet werden wird.

> zm-Leserservice

Der Leserservice der zm ist Dienstleistung für die Zahnärzte und zugleich unverzichtbares Element zur Leser-Blatt-Bindung. Anfragen erreichen den zm-Leserservice per Telefon, E-Mail oder Briefpost. Vorrangig werden Themen abgefragt, die einen unmittelbaren Nutzen für die Praxis haben. So wird für die CME-Online-Fortbildungsangebote Hilfestellung geleistet, aber auch die Literaturlisten und das Heftarchiv-online werden häufig nachgefragt. In Form von Leserzuschriften und Kommentaren auf zm-online.de spiegelt sich das Interesse der Zahnärzteschaft an bestimmten Themen wieder. Diese Zuschriften werden von der Redaktion nach Prüfung veröffentlicht.

Ab dem 1. Juli 2014 war die Position des Chefredakteurs der zm vakant, bis sie zum 1. Mai 2015 mit Dr. Uwe Axel Richter wieder neu besetzt wurde.



> 07/2015



> 08/2015



> 09/2015



> 10/2015

Vertragsgeschäft

30

- › Eine Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ist für das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen von besonders zentraler Bedeutung: als Organ der Selbstverwaltung verhandelt die KZBV mit den Kostenträgern Verträge und passt diese bei Bedarf an veränderte Rahmenbedingungen an. In diesen Regelwerken sind unter anderem Bestimmungen zum Versorgungshorizont und zur Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen bundesweit festgelegt.



Vertragsgeschäft

Zusammenführung der Bundesmantelverträge

Die zentralen Regelwerke für die vertragszahnärztliche Selbstverwaltung sind die Bundesmantelverträge, die zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) abgeschlossen werden. Derzeit existieren noch zwei unterschiedliche Vertragswerke, da vor Gründung des GKV-SV für den Primärkas senbereich und den Ersatzkassenbereich getrennt mit den jeweiligen Bundesverbänden der Krankenkassen verhandelt wurde.

Die KZBV verhandelt momentan mit dem GKV-Spitzenverband als Vertragspartner und Rechtsnachfolger der Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen über einen neuen, einheitlichen Bundesmantelvertrag, der für alle Kassenarten Anwendung finden wird. Künftig werden also für alle Beteiligten dieselben Regelungen gelten, unabhängig davon, bei welcher Kasse der Patient versichert ist. Die besondere Herausforderung liegt

darin, eine für den Primär- wie für den Ersatzkassenbereich gleichermaßen interessengerechte Lösung zu finden. Teilweise müssen dabei auch unterschiedliche Verfahrensweisen berücksichtigt werden, die sich auf Landesebene zwischen KZVen und Landesverbänden der Krankenkassen etabliert haben und gut funktionieren. Neben der Klärung inhaltlicher Fragen sollen auch die Struktur der Verträge überarbeitet und dabei nach wie vor bestehende, historisch bedingte Unschärfen insbesondere in der Vertragssystematik bereinigt werden.

Die Vertragspartner haben es sich zum Ziel gesetzt, die Verhandlungen im Jahr 2015 im Wesentlichen abzuschließen. Gegebenenfalls müssen streitige Punkte zwischen beiden Seiten dann noch in einem Schiedsverfahren geklärt werden. Derzeit kann daher noch keine Aussage darüber getroffen werden, wann genau der neue Vertrag in Kraft tritt.

Wohnortprinzip mit der Knappschaft geregelt

Das auf der bundesgesetzlichen Grundlage eingeführte Wohnortprinzip besagt, dass vertragliche Leistungen, die eine KZV mit einer Krankenkasse vereinbart, für alle Mitglieder der Kasse gelten, die auf dem Gebiet dieser KZV ihren Wohnsitz haben, einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. Der Sitz der Kasse ist dabei unerheblich. Vertragliche Regelungen bestehen bereits mit den Ersatzkassen, der AOK sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

(SVLFG). Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2015 ist nun auch mit der Knappschaft die Vereinbarung zur Sicherstellung der überbezirklichen vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten geschlossen worden. Die jeweiligen Vereinbarungen sehen vor, dass die technischen und vertraglichen Regelungen zur Umsetzung des Wohnortprinzips auf Landesebene getroffen werden.

Vergütungsvereinbarung für Meldungen an klinische Krebsregister

Im April 2013 wurde das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) vom Deutschen Bundestag verabschiedet, das alle Bundesländer verpflichtet, neben den bereits bestehenden epidemiologischen Krebsregistern auch klinische Krebsregister einzurichten. Die Bundesländer regeln in ihrer Landesgesetzgebung die Anlässe sowie die weiteren Modalitäten zur Meldung an klinische Krebsregister, ausgenommen die Höhe der Vergütung.

Mit dem KFRG hat der Gesetzgeber den GKV-SV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die KZBV verpflichtet, die Höhe der Meldevergütungen für landesrechtlich vorgesehene Meldungen an klinische

Krebsregister zu vereinbaren. Da zwischen den Partnern der Selbstverwaltung innerhalb der gesetzlichen Frist keine Einigung zustande kam, wurde diese schließlich im Februar 2015 mit einem Schiedsspruch festgesetzt. Ansprüche nach der Vergütungsvereinbarung für Meldungen an klinische Krebsregister können seit dem 1. Januar 2015 geltend gemacht werden. Sie kann auch angewendet werden, wenn ein Zahnarzt seit dem 1. Januar 2014 eine landesrechtlich vorgesehene Meldung an ein förderungsfähiges klinisches Krebsregister abgegeben und für diese keine anderweitige Vergütung erhalten hat. Die konkrete Höhe der Vergütungen sowie der Text der Vereinbarung sind unter www.kzbv.de abrufbar.

Elektronische Gesundheitskarte

Seit dem 1. Januar 2015 können gesetzlich Krankenversicherte beim Besuch ihres Zahnarztes oder Arztes nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorlegen. Die alte Krankenversicherungskarte (KVK) ist seit diesem Zeitpunkt kein gültiger Versicherungsnachweis mehr und kann nicht mehr verwendet werden. Das gilt unabhängig von dem Gültigkeitsdatum der KVK. Das haben KZBV, KBV und der GKV-SV gemeinsam festgelegt, um damit für den zahnärztlichen wie für den ärztlichen Bereich eine einheitliche Regelung geschaffen. Davon ausgenommen sind Versicherte, die einem sonstigen Kostenträger wie der Heilfürsorge oder der gesetzlichen Unfallversi-

cherung zuzuordnen sind. Elektronische Gesundheitskarten erhalten ausschließlich Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

In der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der eGK haben KZBV und GKV-SV überdies eine Regelung für Fälle getroffen, in denen der Versicherte einen befristeten, schriftlichen Anspruchsnachweis erhält. Das kann vor allem bei Neueintritt in die GKV oder bei einem Wechsel der Kasse zur Überbrückung von Übergangszeiten erforderlich sein, bis eine eGK ausgestellt wird.

Künftige Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertendaten

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der auf der eGK gespeicherten Daten der Versicherten online prüfen und gegebenenfalls auf der eGK aktualisieren können. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung sollen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung dieser Dienste prüfen. Dazu sollen sie den Online-Abgleich und gegebenenfalls die Online-Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Informationen mit den bei der Kasse vorliegenden aktuellen Daten ermögli-

chen. Die Durchführung der Prüfung soll auf der eGK gespeichert werden. Zudem soll das Ergebnis der Prüfung den KZVen als Bestandteil der an diese übermittelten Unterlagen für die Abrechnung mitgeteilt werden. Die technischen Einzelheiten des Verfahrens werden von den Partnern der Bundesmantelverträge geregelt.

KZBV und GKV-SV haben sich darauf verständigt, die zu vereinbarenden Abläufe einer Testphase zu unterziehen. Der Test soll nicht bundesweit durchgeführt werden, sondern nur unter Einbeziehung der an dem Testbetrieb beteiligten KZVen und Vertragszahnärzte der jeweiligen Testregionen.

Mitarbeit an Leitlinien

Das bereits seit längerer Zeit von der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) angemeldete Leitlinienprojekt S2k-Leitlinie „Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse“ (AWMF-Register-Nr. 083/017) ist mit der konstituierenden Sitzung im Februar 2015 begonnen worden. Die KZBV zählt zu den Fachgesellschaften und Institutionen, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zur Mitarbeit an der Leitlinie eingeladen wurden.

Als Ziel der Leitlinie haben die Koordinatoren die Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Orientierung für klinisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte benannt. Die Inhalte sollen auch ohne Spezialwissen angewendet werden können. Gleichzeitig begründeten die Leitlinienkoordinatoren die

Aufnahme des Projektes durch einen Bezug zum Health Technology Assessment (HTA)-Bericht des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aus dem Jahr 2010, in dem nach Angaben der Koordinatoren das Thema nicht adäquat abgebildet werde. Zahnärzte seien zudem nicht als Autoren an dem Bericht beteiligt gewesen. Die geplante Leitlinie soll unter anderem auch ein Gegenbild zu dem HTA-Bericht darstellen. Das DIMDI selbst hatte im Rahmen der Kommunikation um den kritisierten Bericht bereits darauf hingewiesen, dass eine Leitlinie zur instrumentellen Funktionsanalyse wünschenswert wäre. Die Fertigstellung der Leitlinie ist im ersten Halbjahr 2016 geplant.

Qualität

34





› Die Förderung und Sicherung von Qualität sind Grundvoraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem und damit auch eine zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Wie alle Heilberufe stellt sich die Vertragszahnärzteschaft der anhaltenden gesellschaftlichen Diskussion um die Qualität von medizinischer Versorgung. Der Umgang mit Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Leitlinien hat in der zahnärztlichen Praxis seinen festen Platz.

Förderung und Management von Qualität

> AG „Qualität“

Im Berichtszeitraum haben im Zuständigkeitsbereich der Abteilung Qualitätsförderung erneut eine Vielzahl von Sitzungen der Arbeitsgruppe Qualität der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und ihrer Unterarbeitsgruppen mit Vertretern aus den KZVen stattgefunden. Die Teilnehmer der AG befassen sich regelmäßig mit Qualitätsmanagement (QM), Qualitätsprüfung und –sicherung und gewährleisten so eine intensive und aktive Begleitung aller Qualitätsthemen. Aus zahnärztlicher Sicht werden eigenständige zukunftsorientierte Konzepte und Positionierungen der KZBV zur Qualitätsförderung erarbeitet und im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei Fragen und Entscheidungen zum Thema Qualität eingebracht, die für die Zahnärzteschaft relevant sind.

Zur vertiefenden Detailarbeit haben im Berichtszeitraum ergänzend die themenbezogenen Unterarbeitsgruppen „Qualitätsmanagement“ und „§136 – Qualitätsprüfung/ Qualitätsbeurteilung“ getagt und Empfehlungen an die AG „Qualität“ abgegeben. Außerdem hat sich die AG mit der Weiterentwicklung des Berichtsbogens, der internen Weiterentwicklung von QM und Fragen des Datenschutzes im Zusammenhang mit Patientenbefragungen im Rahmen von QS-Verfahren befasst.

> Unter-AG § 136 (Umsetzung Qualitätsprüfungs-Richtlinie – zahnärztliche QS)

Anfang des Jahres trat die Unter-AG § 136 (Umsetzung Qualitätsprüfungs-Richtlinie – zahnärztliche QS) der KZBV neu zusammen. Da im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) die vom G-BA eingebrachte Änderung zu § 299 (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zu Zwecken der Qualitätssicherung) sinngemäß enthalten ist, ist nach Verabschiedung des Gesetzes davon auszugehen, dass die Beratungen der Qualitätsprüfungs- und -beurteilungs-Richtlinien im G-BA wieder aufgenommen werden. Die Verabschiedung wird vor der Sommerpause erwartet. Die Unter-AG § 136 der KZBV berät flankierend zu den weiteren Beratungen im G-BA vorbereitende einheitliche Regelungen unter den KZVen für die Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie in Form einer Qualitätsförderungsrichtlinie der KZBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Die Arbeitsergebnisse der Unter-AG werden der AG Qualität berichtet und dort weiterberaten.

> Unter-AG QM

Die Unter-AG QM begleitete im Berichtszeitraum in ihren Beratungen die Vorbereitungen im G-BA zu einer sektorenübergreifenden Rahmen-Richtlinie zum Qualitätsmanagement im G-BA.

> Muster-Vortrag der KZBV zu QM, Risiko- und Fehlermanagement/Fehlermeldesystem

Auf Wunsch der KZVen hat die Unterarbeitsgruppe „Qualitätsmanagement“ der KZBV die Inhalte für einen Mustervortrag zu Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesystemen erarbeitet, der von der Abteilung Qualitätsförderung der KZBV umgesetzt wurde. Nach abschließender Beratung in der AG „Qualität“ wurde der Mustervortrag den KZVen für die Fortbildung ihrer Mitglieder im September 2014 zur Verfügung gestellt. Der Vortrag ist ausdrücklich als Angebot der KZBV an die KZVen zu verstehen, die diesen entsprechend der verpflichtenden Vorgaben des G-BA in der Qualitätsmanagement-Richtlinie für die umfassende Information ihrer Mitgliedszahnärzte nutzen können. Der Vortrag ist im Aufbau und zum besseren Verständnis des Zuhörers bewusst in eigenständige Module gegliedert. Die einzelnen Module sind dabei jeweils umfassend dargestellt im Sinne einer Maximalinformation. Insgesamt beinhaltet der Vortrag die QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung, die gesetzlichen Grundlagen für die Richtlinie, Definitionen und Ziele von QM, die Methodik sowie die grundsätzlichen Anforderungen an QM, den Einsatz und die Vorgaben zu den einzelnen QM-Instrumenten, einschließlich der Dokumentation und Überprüfung durch die KZV. Besonders betont wird in diesem Teil des Vortrages auch die beispielhafte Anwendung des PDCA-Zyklus auf die einzelnen QM-Instrumente als wesentliche Methode der QM-Richtlinie. Aufgrund des gesetzgeberischen Auftrages aus dem Patientenrechtegesetz zu Mindestanforderungen bei Risikomanagement und Fehlermeldesystemen werden auch diese neuen Inhalte der QM-Richtlinie in Modulen erläutert. Das Modul „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ enthält abschließend Erläuterungen zu dem gemeinsam von KZBV und BZÄK weiterentwickelten Berichtssystem.

> Qualitätstagung

Wie in den Vorjahren bereitet die KZBV auch im Jahr 2015 wieder eine Qualitätstagung für die KZVen vor. Es ist die mittlerweile 3. entsprechende Veranstaltung, die 2015 unter dem Titel steht: „QS und QM in der zahnärztlichen Versorgung“

Ausblick auf das Jahr 2016 – Was haben wir? Wo stehen wir? Was erwartet die KZVen? Umsetzung von Qualitätssicherung, insbesondere Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung nach § 136 Abs. 2 SGB V bei den Ärzten“.

> Agenda Qualitätsförderung

Bereits im Jahr 2004 haben KZBV und BZÄK eine Agenda zur Qualitätsförderung vorgelegt. Ziele dieses Grundsatzpapiers waren eine Positionierung des Berufsstandes zum Thema Qualitätsförderung, die Präsentation der freiwilligen Aktivitäten und ihrer Weiterentwicklung sowie die Darstellung der Bezüge zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Nach zehn Jahren hat die KZBV dann im September 2014 unter Beteiligung der Mitglieder der AG „Qualität“ in Zusammenarbeit mit dem ZZQ und der BZÄK, dem dortigen Ausschuss Qualität, und der wissenschaftlichen Begleitung durch Professor Dr. Winfried Walther (Direktor der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe) eine neue Agenda Qualitätsförderung erarbeitet und veröffentlicht. Es handelt sich dabei um eine Neuauflage der Agenda Qualitätsförderung aus dem Jahr 2004. Sie bildet die aktuelle Positionierung der Zahnärzteschaft zur Qualität in der Zahnmedizin ab.

Zu den wichtigsten Zielen der zahnmedizinischen Qualitätsförderung zählt die kontinuierliche Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und damit der Mundgesundheit der Bevölkerung durch wirksame präventive und therapeutische Maßnahmen sowie die Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die präventive Ausrichtung der Behandlung ist bei der Qualitätsförderung der Kernbeitrag zahnmedizinischen Handelns. Mit der Entwicklung bedarfsgerechter zahnmedizinischer Versorgungskonzepte ist die Prävention strategisch angelegt – und in den Deutschen Mundgesundheitsstudien regelmäßig mit epidemiologischen Daten belegt. Die Agenda Qualitätsförderung richtet sich an Politik, Selbstverwaltung und Zahnärzteschaft aber auch an die Öffentlichkeit. Das Positionspapier wirbt für eine nachhaltige Unterstützung bei der Umsetzung von Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Behandlung auf der Höhe der Zeit, die den individuellen Bedürfnissen der Patienten entspricht.

In der Agenda Qualitätsförderung werden Perspektiven für die Weiterentwicklung durch den Berufsstand aufgezeigt und zugleich Forderungen an die Gesundheitspolitik adressiert und für eine nachhaltige Unterstützung bei der Umsetzung von Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Behandlung auf der Höhe der Zeit geworben, die den individuellen Bedürfnissen der Patienten entspricht. Aufgrund der Besonderheiten in der zahnmedizinischen Versorgung

erläutert die Agenda, wieso die Qualitätsförderung in der Zahnmedizin sektorenbezogen erfolgen muss, wenn sie zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen soll.

Vor diesem Hintergrund haben KZBV und BZÄK im März 2015 zu einem Workshop in Berlin eingeladen und mit Experten aus Gesundheitspolitik, Wissenschaft und Selbstverwaltung zum Thema Qualitätssicherung medizinischer Behandlungen diskutiert, um dort verstärkt um Verständnis für die Rolle der Zahnmedizin beim Thema Qualität und Qualitätsmessung in der Medizin zu werben. Allen Beteiligten wurde dabei klar, dass die Spezifika der Zahnmedizin bei der Qualitätsbewertung zahnmedizinischer Behandlungen berücksichtigt werden müssen. Vertreter der Wissenschaft unterstützten die Veranstalter in diesem Anliegen und bilanzierten: „Die zahnärztliche Versorgung hat weder mit der ambulanten-ärztlichen noch mit der stationären Versorgung nennenswerte Schnittmengen. Patienten werden in der Regel innerhalb des zahnärztlichen Sektors behandelt“.

> Fehlermeldesystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt“

KZBV und BZÄK sind sich einig, dass der Einsatz von Berichts- und Lernsystemen über unerwünschte Ereignisse einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit leistet und beabsichtigen aus diesem Grund gemeinsam ein Berichts- und Lernsystem für die zahnärztliche Praxis zur Verfügung zu stellen, das die gesetzlichen Vorgaben des §137 Absatz 1d SGB V und die vom G-BA hierzu festgelegten Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme erfüllt, wie sie seit April 2014 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung ihren Niederschlag gefunden haben. Wesentliche Modalitäten für den gemeinsamen Betrieb und die Administration des geplanten zahnärztlichen Online-Berichts- und Lernsystems auf die sich KZBV und BZÄK verständigt haben, sind die Verwendung von anonymen Registrierungsschlüsseln. Beim erstmaligen Log-In soll der Nutzer dann selbst einen Benutzernamen und ein Passwort für die Zukunft vergeben. Diese können auch wieder geändert oder gelöscht werden. Bei Verlust oder Praxisgründung müssen neue Registrierungsschlüssel zentral angefordert werden.

Die Registrierungsschlüssel sollen zentral erstellt und zusammen mit den Informationsmaterialien durch die KZVen für die Vertragszahnärzte und durch die BZÄK für andere zahnärztliche Einrichtungen versandt werden. Die technischen Anforderungen, deren Umsetzung und die abschließenden Vertragsfragen in diesem Zusammenhang werden derzeit geklärt, damit die praktische Umsetzung baldmöglichst erfolgen kann.

> Qualitätsmanagement

Die KZBV hat im Berichtszeitraum in der G-BA AG „Qualitätsmanagement“ die Vorbereitungen zu einer sektorenübergreifenden Rahmenrichtlinie zum Qualitätsmanagement im G-BA eng begleitet. Die Beratungen hierzu dauern an und werden voraussichtlich bis Ende des Jahres 2015 abgeschlossen sein. Nach aktuellem Beratungsstand sollen sowohl die Überprüfung, als auch das Berichtswesen in der Ausgestaltung sektorenspezifisch bleiben.

> Bericht zum einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement und Weiterentwicklung

Auf Basis der vom G-BA beschlossenen QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung erheben die KZVen den Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungswirtschaftlichen QM in den Praxen. Dazu hat die KZBV im Juli den vorgesehenen Bericht für das Jahr 2014 vorgestellt und an den Unparteiischen Vorsitzenden des G-BA übersandt. Nach vorheriger Abstimmung in der AG Qualität wurde der Bericht – wie in den Vorjahren – anhand eines Vortrags im UA Qualitätssicherung in der Dezembersitzung vorgestellt, diskutiert und abschließend abgestimmt. Das G-BA Plenum nahm den Bericht im Januar 2015 zur Kenntnis. Der GKV-SV kritisierte wie im Vorjahr die Methodik der Erhebung.

Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung

> Qualitätssicherung

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag zur externen Qualitätssicherung berät der G-BA über ein Thema zu einem datengestützten sektorenspezifischen zahnärztlichen QS-Verfahren nach § 137 SGB V. Die AG Qualität der KZBV begleitet diese Beratungen sehr intensiv. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Konzeptskizze hat die AG Qualität der KZBV einen Entwurf für die Beauftragung des Göttinger AQUA-Instituts für ein Qualitätssicherungsverfahren zur „Systemischen Antibiotikatherapie im Rahmen der parodontalen und konservierend-chirurgischen Behandlung“ vorbereitet. Begleitend wurde ein Vorschlag für eine aufwands- und bürokratiearme QS Dokumentation erarbeitet. Die Beauftragung durch das Plenum erfolgte im November 2014. Der durch das AQUA-Institut zu erstellende Bericht wird im Herbst 2015 erwartet. Danach muss das Ergebnis in eine zahnärztliche QS-Richtlinie umgesetzt werden.

> Qualitätsprüfung

Die Beratungen im G-BA zu diesem Thema sind solange unterbrochen, bis die im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) enthaltene Klarstellung zu § 299 (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zu Zwecken der Qualitätssicherung) erfolgt ist.

> Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Wandel vom Preis- hin zum Qualitätswettbewerb wird vom Gesetzgeber immer mehr befördert. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) in einer Änderung des § 137a SGB V normativ umgesetzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland wurde verpflichtet, auf der Basis des § 137a Abs. 1 SGB V bis Ende 2014 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu gründen. Das IQTIG wird im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeiten und an deren Umsetzung mitwirken. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. Das Institut hat seinen Sitz in Berlin. Im Januar 2015 wurde die Gründung des Instituts von den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und dem Bundesministerium für Gesundheit formal vollendet. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ist – abgesehen vom wissenschaft-

lichen Beirat – in allen Gremien der Stiftung vertreten. Mit Herrn Dr. Christof Veit wurde ein Institutsleiter bestellt, der über eingehende Erfahrung im Bereich der stationären Qualitätssicherung verfügt. Herr Dr. Veit war vorher Geschäftsführer des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit.

Das IQTIG führt – nach der personellen und organisatorischen Aufbauphase im Jahr 2015 – ab Januar 2016 die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V fort, die bislang vom Göttinger AQUA-Institut für angewandte Qualitätssicherung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH durchgeführt wurde. Im G-BA werden parallel die inhaltlichen und verfahrenstechnischen Voraussetzungen für eine Übergabe dieser QS-Verfahren an das IQTIG geschaffen. Das AQUA-Institut wird voraussichtlich einige QS-Verfahren bis zum Ende betreuen. Hierunter fällt auch das für die Zahnmedizin relevante sektorenspezifische QS-Verfahren nach §137 SGB V „Systemische Antibiotikatherapie im Rahmen der parodontalen und konservierend-chirurgischen Behandlung“.

Leitlinien

Die KZBV ist aktiv in die Erstellung von zahnmedizinischen Leitlinien unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) eingebunden. Sie fördert deren Entwicklung und beteiligt sich an der konkreten Ausgestaltung, wobei der Schwerpunkt auf deren Praxistauglichkeit und der Kompatibilität zum deutschen Gesundheitssystem, insbesondere im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, liegt. Dabei gilt das übergeordnete Prinzip, dass Handlungsempfehlungen in Form von zahnmedizinischen Leitlinien der klinischen Expertise des individuellen Behandlers und auch den Präferenzen und Wünschen des individuellen Patienten ausreichend Raum lassen müssen.

Die KZBV hat im Berichtszeitraum Beratungen zu folgenden Leitlinienprojekten begleitet: „Chemische Plaquerreduktion in der Gingivitis- und Parodontitistherapie“, „Dentales Trauma im bleibenden Gebiss“, „Der keilförmige Defekt“, „Diagnostik und Therapie von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mundschleimhaut“, „Grundlegenden Empfehlungen zur Kariesprophylaxe im bleibenden Gebiss“, „Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten“, „Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse“, „Kronen und Brücken, vollkeramisch“, „Mechanische Biofilmmkontrolle in der Prävention und Therapie bei parodontalen Erkrankungen“. Auch an der turnusgemäßen Aktualisierung der bereits existierenden Leitlinien „Fissuren- und Grübchenversiegelung“ und „Wurzelspitzenresektion“ ist die KZBV beteiligt.

Die KZBV hat auf die neuen Herausforderungen durch die Gründung des IQTIG mit einer Neuordnung ihrer Organisationsstrukturen reagiert: eine neue Abteilung (vormals Stabsstelle) „Qualitätsinstitut, Leitlinien“ wurde geschaffen. Sie begleitet zunächst die Aufbauphase des IQTIG und fungiert dann künftig als Schnittstelle zwischen den Fachabteilungen und dem Institut. Die Abteilung „Qualitätsinstitut, Leitlinien“ begleitet auch intensiv den Prozess der Leitlinienentwicklung, da besonders zahnmedizinische Leitlinien eine der wesentlichen wissenschaftlichen Grundlagen für Qualitätssicherungsverfahren und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Messung der Versorgungsqualität darstellen. Gerade die an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausgerichteten Entscheidungspfade in den Gremien des G-BA greifen auf die Empfehlungen in Leitlinien bei der Erarbeitung von Richtlinien für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zurück.

➤ Frühkindliche Karies – Praktischer Ratgeber für die Zahnarztpraxen

Anfang des Jahres 2014 hat die KZBV das Versorgungskonzept „ECC – Frühkindliche Karies vermeiden“ der Öffentlichkeit vorgestellt um die Kariesprävention bei Kleinkindern zu verbessern. Zur Unterstützung der Zahnarztpraxen beim Umgang mit den jungen Patienten hat die KZBV zusammen mit der Bundeszahnärztekammer eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die einen praktischen Ratgeber für Praxen zur Darstellung des Inhalts zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen bis zum 30. Lebensmonat erarbeitet. Unter wissenschaftlicher Begleitung durch Herrn Prof. Dr. Christian Splieth (Universität Greifswald) werden die Spezifika der jeweiligen Untersuchung und die Besonderheiten beim Umgang mit Kleinkindern in der Zahnarztpraxis anhand von Fotostrecken erläutert. Auch das Thema „Umgang mit Fluoriden bei Kleinkindern“ in Verbindung mit praktischen Hinweisen zur therapeutischen Fluoridierung wird in der Publikation aufgegriffen, die für Praxen im Laufe des Jahres 2016 erhältlich sein wird.

Zentrum Zahnärztliche Qualität

Im Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ), einer Stabstelle des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), werden Problemstellungen der zahnärztlichen Qualitätsförderung und der externen Qualitätssicherung bearbeitet. Die Aufgabenbeschreibung ist drei Bereichen zuzuordnen:

- Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EbM),
- Qualitätsentwicklung,
- Patientenorientierung.

Als Querschnittsbereich ist Wissensmanagement gesetzt.

> Monitoring

Ein Arbeitsschwerpunkt ist das nationale und internationale Monitoring von Qualitätsförderungsinitiativen und Entwicklungen in der Qualitätsforschung, begleitet von Literaturauswertungen, zuletzt mit dem Fokus auf Pay-for-Performance (P4P)-Instrumenten, die im zahnärztlichen Bereich derzeit in einigen Ländern und Systemen erprobt werden. Anhand der einschlägigen Literatur wurde ein Glossar der mit der Etablierung qualitätsorientierter Vergütungssystematik verbundenen Begrifflichkeiten entwickelt.

> Gemeinsames Leitlinienprogramm

Leitlinien dienen als Entscheidungshilfen, indem sie den Stand der Forschung zusammenfassen und Empfehlungen für die Praxis formulieren. Bei zahnmedizinischen Leitlinienvorhaben sorgt das ZZQ dafür, dass Vertreter von KZBV und

BZÄK an den Konsensusverfahren beteiligt sind und dass ein hoher methodischer Standard gewahrt bleibt. Da die Fachgesellschaften in der Entwicklung von Leitlinien unterschiedlich relevanter Themen autonom sind, arbeiten KZBV, BZÄK und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) gemeinsam daran, ein strukturiertes, an Kriterien ausgerichtetes Leitlinienprogramm zu realisieren. Eine Priorisierung von Leitlinienthemen wird in der Task Force Qualität des ZZQ vorgenommen. Die Task Force gibt auch Empfehlungen zur Aufbereitung von Leitlinien. Aus den häufig sehr langen Leitlinientexten der Vollversionen sollen „praxistaugliche“ Kurzversionen für Zahnärztinnen und Zahnärzte erstellt und in digitalisierter Form verbreitet werden. Diese Kurzversionen kommen dem Nutzerbedürfnis mehr entgegen als die Langversion. Weiterhin soll das bei der Leitlinienentwicklung bewertete Wissen auch den Patienten in entsprechend aufbereiteter Form zur Verfügung gestellt werden. Im Berichtszeitraum wurde von der Task Force ein Ablaufschema für die Erstellung und Koordinierung von Leitlinien entwickelt und veröffentlicht.

> Agenda Qualitätsförderung

Die Agenda Qualitätsförderung wurde im Hinblick auf wissenschaftliche und standespolitische Themen weiterentwickelt und im Jahr 2014 veröffentlicht. Sie beschreibt die Bedeutung der Qualitätsförderung für den zahnmedizinischen Berufsstand, indem Grundsätze und Handlungsempfehlungen zur Qualitätsförderung in der zahnärztlichen Versorgung dargelegt werden.

> Evaluationskonzept zur Patientenberatung

IDZ und ZZQ waren im Berichtszeitraum mit der Entwicklung des Evaluationskonzepts für die Patientenberatung der zahnärztlichen Körperschaften beauftragt. Unter Evaluation wird die Analyse und Bewertung eines Prozesses verstanden, die innerhalb vorab definierter Zeiträume und Kriterien erfolgt. Anhand der Ergebnisse aus der Evaluation können direkte Rückschlüsse zur Optimierung des betrachteten Prozesses gezogen werden. Sie ist prozessbegleitend und beinhaltet im Grundgedanken Elemente der Qualitätssicherung. Im Rahmen eines einheitlichen Informationsmanagements, das auf der elektronischen Falldokumentation basiert, wurden für die Erprobung und Implementierung Evaluationskriterien entwickelt.

Das gemeinsame Projekt „Patientenorientierte Weiterentwicklung der zahnärztlichen Patientenberatung“ ist mit einer Testphase zur statistischen Erhebung von Eingaben/Beschwerden und Verfahren in den zahnärztlichen Körperschaften gestartet. Die Datensammlung fand über einen Zeitraum von drei Monaten statt. Die Teilnehmer erhielten außerdem ein Formular für strukturierte Meldungen zum Verbesserungsbedarf. Diese wurden analysiert, um Erkenntnisse über Akzeptanz und Umsetzung für die spätere Einführung der elektronischen Falldokumentation zu gewinnen. Eine einheitliche Datenerhebung in allen Körperschaften ist eine wichtige und grundlegende Voraussetzung, um einen ersten zusammenfassenden Bericht über die Leistungen der zahnärztlichen Körperschaften auf diesem Gebiet zu erstellen.

> Leitliniennutzung – Gruppendiskussion zum Informationsbedarf von Zahnärztinnen und Zahnärzten

Gemeinsam mit dem IDZ wurden zwei Gruppendiskussionen mit niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten zur Ergründung des Informationsbedarfs potenzieller Leitliniennutzer in München und Berlin durchgeführt. Im Rahmen einer moderierten Diskussion besprachen die Teilnehmer den subjektiven wie auch den fachlichen Stellenwert von Leitlinien vor dem Hintergrund ihres professionellen Selbstverständnisses und ihres Informationsverhaltens. Im Diskussionsleitfaden wurden auch Aspekte der Patientenorientierung berücksichtigt (Nutzen Leitlinien den Patienten? Unterstützen sie die Zahnarzt-Patienten-Beziehung? Können sie die Qualität der Behandlung verbessern?). Die Ergebnisse der Veranstaltungen sollen genutzt werden, um moderne und akzeptierte Präsentationsformate für Leitlinien zu erarbeiten.

> Task Force Qualität

KZBV, BZÄK und DGZMK haben im Jahr 2013 eine gemeinsame Task Force beim ZZQ zur organisationsübergreifenden Zusammenarbeit in Qualitätsfragen in fachlicher und berufspolitischer Hinsicht eingerichtet. Diese Task Force erarbeitet Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen zu Qualitätsfragen für die Mitgliedsorganisationen. Zu den Aufgaben gehören weiterhin die Koordination und Förderung von Leitlinien im Rahmen des gemeinsamen Leitlinienprogramms sowie das Monitoring der Leitlinienentwicklung mit Bezug zur zahnärztlichen Versorgung. Eine Priorisierung von Leitlinienthemen wird in der Task Force Qualität des ZZQ gemeinsam mit den Vertretern von KZBV, BZÄK und DGZMK vorgenommen. Im Berichtszeitraum wurde ein Ablaufschema für die Erstellung und Koordinierung von Leitlinien entwickelt und veröffentlicht.

Gutachterwesen

Anders als in den meisten Industriestaaten existiert in Deutschland für die zahnmedizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gutachterwesen. Krankenkasse oder – in bestimmten Fällen – auch der Zahnarzt können bei Bedarf einen Gutachter einschalten, der beurteilt, ob eine geplante Therapie angemessen ist und von der Krankenkasse übernommen werden muss, oder ob eine bereits durchgeführte prothetische Versorgung unter Umständen Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient damit der Überprüfung der Behandlungsqualität und deren Förderung.

Im Bereich Zahnersatz wurden im Jahr 2014 insgesamt 130.494 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Zunahme um 4,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. In 115.226 Planungsgutachten wurden 56,5 Prozent der Planungen befürwortet (Vorjahr 55,5 Prozent), 19,7 Prozent wurden nicht befürwortet (Vorjahr 19,6 Prozent) und 23,7 Prozent der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 24,9 Prozent). Bei etwa 9,8 Millionen prothetischen Behandlungsfällen zuzüglich etwa 0,5 Millionen andersartiger Versorgungsfälle wurden lediglich 15.268 Mängelgutachten angefordert. Dabei wurden in 66,9 Prozent der Fälle tatsächlich auch Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag im Promillebereich und ist damit ein Indikator für eine insgesamt qualitativ gute Zahnersatzversorgung.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten im Jahr 2014 um 16,4 Prozent auf 10.956, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 3,4 Prozent auf 1.027.100 gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag bei 1,1 Prozent aller Behandlungsfälle und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (1,3 Prozent) rückläufig. 44,5 Prozent der PAR-Staten wurden ganz, 33,2 Prozent wurden teilweise und 22,3 Prozent wurden durch die Gutachter nicht befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste im Jahr 2014 nur acht Mal durchgeführt werden. In drei Fällen wurde dabei die geplante Behandlung abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde im Jahr 2014 in 49.892 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer Abnahme um 11,4 Prozent. In etwa 52,3 Prozent der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in etwa 28,8 Prozent teilweise und in 18,9 Prozent nicht zugestimmt. Bei 103 (- 17,6 Prozent) Obergutachterverfahren wurde in 78 Fällen (75,7 Prozent) der Behandlungsplanung des Zahnarztes oder des Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm im Vergleich zum Jahr 2013 um 2 Prozent auf 2.300 Fälle ab. In 56,4 Prozent der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 14,2 Prozent teilweise und in 29,4 Prozent nicht zugestimmt. 31 Obergutachten (+ 63,2 Prozent) wurden durchgeführt. Dabei wurde die geplante Behandlung in 11 Fällen abgelehnt.

Parodontologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %
Behandlungsfälle	596.600	617.800	3,6	396.400	409.300	3,3	993.000	1.027.100	3,4
Gutachten	10.521	8.017	-23,8	2.589	2.939	13,5	13.110	10.956	-16,4
Obergutachtenanträge vom Zahnarzt beantragt	12	11	-8,3	7	7	0,0	19	18	-5,3
von der Krankenkasse beantragt	11	10	-9,1	7	7	0,0	18	17	-5,6
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	1	1	0,0	0	0	0,0	1	1	0,0
durchgeführte OG-Verfahren	5	6	20,0	2	4	100,0	7	10	42,9
Behandlungsplanung abgelehnt	7	5	-28,6	5	3	-40,0	12	8	-33,3
Behandlungsplanung zugestimmt	2	2		4	1		6	3	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	1	0		1	1		2	1	
	4	3		0	1		4	4	

Kieferorthopädie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %
Gutachten	38.820	34.905	-10,1	17.509	14.987	-14,4	56.329	49.892	-11,4
Obergutachtenanträge Vom Zahnarzt beantragt	119	95	-20,2	58	49	-15,5	177	144	-18,6
Von der Krankenkasse beantragt	105	90	-14,3	55	48	-12,7	160	138	-13,8
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	14	5	-64,3	3	1	-66,7	17	6	-64,7
durchgeführte OG-Verfahren	36	28	-22,2	16	13	-18,8	52	41	-21,2
Behandlungsplanung abgelehnt	83	67	-19,3	42	36	-14,3	125	103	-17,6
Behandlungsplanung zugestimmt	52	47		30	31		82	78	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	26	16		9	4		35	20	
	5	4		3	1		8	5	

Implantologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %
Gutachten	1.395	1.326	-4,9	952	974	2,3	2.347	2.300	-2,0
Obergutachtenanträge vom Zahnarzt beantragt	28	27	-3,6	23	34	47,8	51	61	19,6
von der Krankenkasse beantragt	14	16	14,3	13	13	0,0	27	29	7,4
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	14	11	-21,4	10	21	110,0	24	32	33,3
durchgeführte OG-Verfahren	19	16	-15,8	13	14	7,7	32	30	-6,3
Behandlungsplanung abgelehnt	9	11	22,2	10	20	100,0	19	31	63,2
Behandlungsplanung zugestimmt	3	5		3	6		6	11	
Behandlungsplanung teilw. zugestimmt	4	3		7	7		11	10	
	2	3		0	7		2	10	

Digitales Gesundheitswesen

44

› Elektronische Speicherung und Übermittlung von Daten sind im Gesundheitswesen und damit auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung bereits seit vielen Jahren üblich. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gestaltet Telematikanwendungen im Sinne von Patienten und Vertragszahnärzten aktiv mit. Zu den wichtigsten Aufgaben zählt dabei, eine sichere Infrastruktur zu gewährleisten, mit der Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) und Zahnarztpraxen sensible Patientendaten geschützt speichern und übermitteln können.



EDV für die Praxis

46

In fast jeder Zahnarztpraxis laufen die Abrechnungen zahnärztlicher Leistungen, Patientendokumentation, aber auch die Praxisorganisation über ein zahnärztliches Praxisverwaltungsprogramm. Im vierten Quartal 2014 wurden 99,7 Prozent der konservierend-chirurgischen Leistungen und 98,8 Prozent der kieferorthopädischen Leistungen elektronisch abgerechnet. Die korrekte Verarbeitung der Daten sowie die Datensicherheit haben hierbei oberste Priorität. Die Prüfstelle der Abteilung Vertragsinformatik der KZBV legt daher entsprechende Kriterien fest, die die Dentalsoftwaresysteme erfüllen müssen und führt hierzu Eignungsfeststellungsverfahren durch, die jedes einzelne Dentalsystem, das für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen eingesetzt wird, zu durchlaufen hat. In der Zahnarztpraxis kann nur ein Dentalsystem zur Abrechnung eingesetzt werden, das dieses Verfahren erfolgreich absolviert hat. Werden die Eignungskriterien aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Vorgaben geändert oder aber es werden von einer KZV Mängel bei einem Dentalsystem festgestellt, so kann eine erneute Begutachtung durchgeführt werden.

Derzeit verwaltet die Prüfstelle 69 Dentalsoftwaresysteme, darunter befinden sich Programme, die zum Teil in vielen Praxen eingesetzt werden, aber auch solche, die von Zahnärzten oder Kieferorthopäden ausschließlich für den Einsatz in der eigenen Praxis entwickelt wurden.

Bei einem Wechsel des Dentalsoftwaresystems ist es für Zahnärztinnen und Zahnärzte unerlässlich, dass die Patientendaten in das neue Praxisprogramm übernommen werden. Für die Sicherstellung dieser Übernahme entwickelt eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von Dentalsoftwarehäusern und Zahnärzten unter Federführung der Abteilung Vertragsinformatik eine Schnittstelle für die sichere Übernahme von Patientendaten von einem Dentalsoftwareprogramm in ein anderes.

> Elektronische Abrechnung

Die Abrechnung zwischen Zahnarztpraxis und KZV erfolgt auf elektronischem Weg. Hierfür müssen die zahnärztlichen Leistungen im Praxisprogramm aufbereitet und zusammengestellt werden. Zu diesem Zweck hat die Abteilung Vertragsinformatik der KZBV Abrechnungsmodule für die Prüfung und Zusammenstellung der Abrechnungs- und Laborabrechnungsdaten sowie Sendemodule entwickelt, die für die Übermittlung der Abrechnungsdaten von der Praxis an die KZV eingesetzt werden. Diese Module müssen von den Praxissoftwareherstellern in die zahnärztlichen Praxisprogramme integriert werden. Die KZVen wiederum erhalten zur Weiterverarbeitung der Abrechnungsdaten von der KZBV entsprechend entwickelte Empfangsmodule. Die Module der KZBV unterliegen wechselnden Anforderungen, sie müssen ständig vertraglichen oder gesetzlichen Änderungen angepasst und programmtechnisch optimiert werden.

Zurzeit wird das von der Abteilung Vertragsinformatik entwickelte und von der AG „IT in der Zahnarztpraxis – Unter-AG Vertragsinformatik“ beschlossene Konzept zur elektronischen Übermittlung von Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz zur Stichproben-Auswertung realisiert. Dieses Verfahren löst den bisherigen Vorgang der Übermittlung in Papierform und der Erfassung in der KZBV ab. Die enthaltenen Angaben über Art und Häufigkeit der abgerechneten Zahnersatz-Leistungen sind für die KZBV eine wichtige Basis für Vertragsverhandlungen. Die für dieses Verfahren neu entwickelten Module „Ausgabemodul“ sowie „Sendemodul Abrechnung“ und „Sendemodul Statistik“ stehen allen Dentalsoftwareherstellern zur Verfügung. Das „Ausgabemodul“ ist zwischen Abrechnungs- und Sendemodul geschaltet. Es stellt die Abrechnungsdaten zusammen und bereitet sie in einer unverschlüsselten Textdatei auf, so dass für den Zahnarzt die Möglichkeit besteht, alle

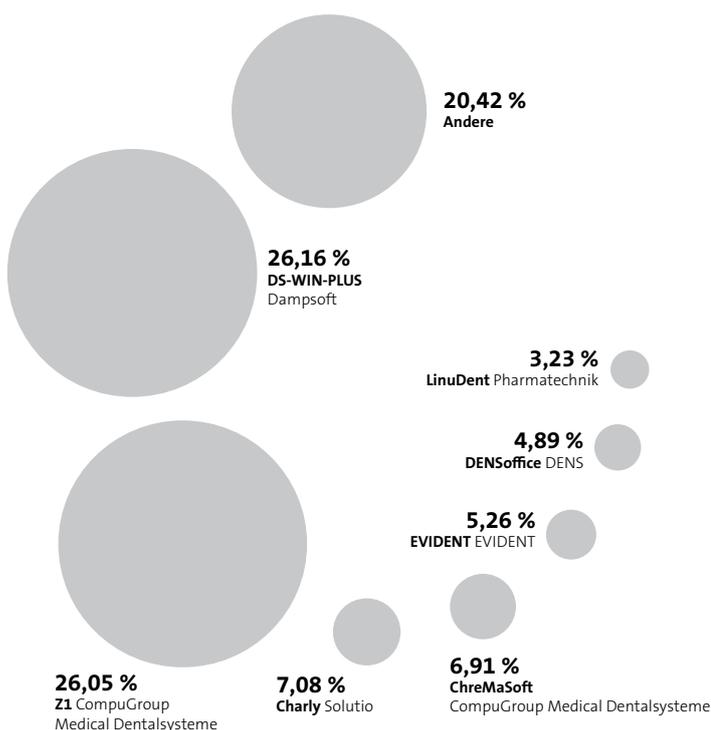
zur KZV zu übermittelnden Abrechnungsdaten einzusehen. Bei Teilnahme des Zahnarztes an der freiwilligen Statistikübermittlung gibt das Ausgabemodul ebenfalls eine unverschlüsselte Textdatei dieser Daten zur Einsichtnahme aus. In diesem Rahmen findet derzeit zum Nachweis der korrekten Implementierung der neuen Module für alle Dentalsoftware-systeme ein entsprechendes Eignungsfeststellungsverfahren statt, das bis Mitte 2015 bereits fast Dreiviertel der Dentalsoftwarehersteller erfolgreich absolviert haben. Parallel dazu läuft in zwei KZVen eine Pilotphase, an der einige Dentalsoftwarehersteller und Zahnärzte teilnehmen, bei der die Anwendung der neuen Module in den Dentalsoftwareprogrammen der Pilotteilnehmer im Echtbetrieb getestet wird. Die bundesweite Realisierung erfolgt ab 1. Januar 2016.

Die Dienstleistungen der KZBV umfassen neben der Abrechnung zwischen Praxen und KZVen auch die gesetzlich festgelegte elektronische Abrechnung zwischen KZVen und Krankenkassen. Für den Weg der Abrechnungsdaten von der KZV zur Krankenkasse stellt das Sendemodul die Abrechnungsdaten zusammen.

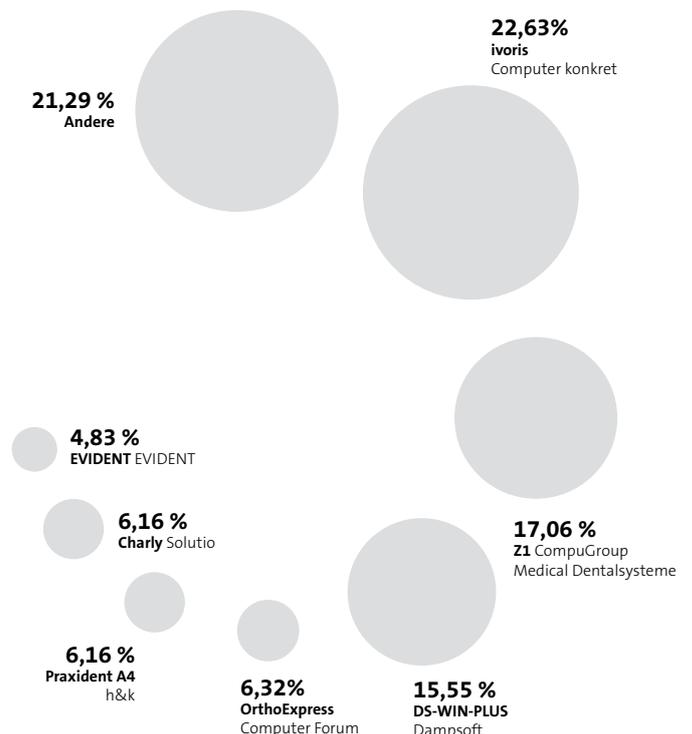
Zudem verwaltet die KZBV ein bundeseinheitliches Kassenverzeichnis, das den Zahnarztpraxen als Informationsquelle für die Kassennummern der Kostenträger und den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Krankenkassen dient.

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, erfolgt gemäß § 91 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 139c Abs. 1 SGB V. Die Abteilung Vertragsinformatik übernimmt stellvertretend für alle KZVen die Datensammlung und -aufbereitung und die daraus resultierende Rechnungsstellung an die Krankenkassen.

KCH konservierend-chirurgische Fälle



KFO kieferorthopädische Fälle



Elektronische Gesundheitskarte

> Gesetzentwurf „eHealth-Gesetz“

Im Januar 2015 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Entwurf zu einem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ („eHealth-Gesetz“) zur Kommentierung übersandt. Der Gesetzentwurf enthält zahlreiche Regelungen hinsichtlich der Einführung künftiger medizinischer Regelungen und Aufgaben der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik). Darüber hinaus werden konkrete Fristen für die Einführung des Versichertenstammdatendienstes vorgegeben, welche bei Nichterreichen mit Sanktionsdrohungen belegt sind. So muss die gematik die notwendigen Voraussetzungen für die Einführung und den Rollout des Versichertenstammdatendienstes schaffen. Andernfalls besteht die Möglichkeit, dass die Haushalte der KZBV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) als Gesellschafter der gematik gekürzt werden. Ab dem 1. Juli 2018 müssen Vertragszahnärzte und -ärzte den Versichertenstammdatenausgleich durchführen, andernfalls drohen auch ihnen Sanktionen mit Honorarkürzungen. KZBV und Zahnärzteschaft können das Erreichen der vorgegebenen Fristen jedoch nicht gewährleisten, da diese Zielvorgaben zu einem großen Teil von Leistungen der Industrie abhängig sind. Weitere Verzögerungen bei diesem Großprojekt haben für die beteiligten Unternehmen jedoch nicht entsprechende Sanktionen zur Folge. Die KZBV hat in einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) diese unverhältnismäßigen Regelungen scharf verurteilt.

> eGK als alleiniger Versicherungsnachweis

Seit dem 1. Januar 2015 dient die elektronische Gesundheitskarte als alleiniger Versicherungsnachweis für gesetzlich Krankenversicherte und hat damit die herkömmliche Krankenversichertenkarte abgelöst. Näheres zu den notwendigen vertraglichen Festlegungen wird im Berichtsteil der Abteilung Vertrag ausgeführt.

> Online-Rollout Stufe 1

Die Arbeiten der gematik wurden in den Jahren 2014 und 2015 mit Hochdruck weiter fortgeführt, um das Ziel zu erreichen eine Erprobung noch im Jahr 2015 beginnen zu können. Die Komplexität des Projektes und der damit verbundene Ressourcenbedarf bei den Auftragnehmern hat jedoch vielfach zu Verzögerungen von Lieferterminen für verschiedene Teilleistungen geführt. Darüber hinaus müssen die neuen Komponenten der Telematikinfrastuktur für die Online-Anbindung hohe Sicherheitsanforderungen erfüllen. Daraus resultieren aufwendige Zertifizierungsverfahren des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und Zulassungen durch die gematik.

Die Losnehmer für die Bereitstellung der elektronischen Praxisausweise und der elektronischen Heilberufsausweise haben mit dem Aufbau der Antrags- und Freigabeportale begonnen. Unter Mitarbeit der KZVen und der KZBV sind die Arbeiten hierzu im Berichtszeitraum weiter vorangeschritten.

Die wissenschaftliche Evaluation parallel zur Erprobung wurde im September 2014 an ein Institut der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) in Erlangen-Nürnberg vergeben. Auch hier haben die Arbeiten begonnen und das Evaluationsdesign mit der Vorgehensweise für die Evaluation wurde entwickelt. Zum Jahresbeginn konnte der Beschluss der Gesellschafter der gematik zur Anbindung der IT-Infrastruktur der KZV Westfalen-Lippe erreicht werden. Damit soll ähnlich der Anbindung des sicheren Netzes der KV ermöglicht werden, dass die seit langen Jahren aufgebaute, sichere IT-Landschaft in Westfalen-Lippe an die Telematikinfrastuktur mit geringeren Aufwänden für die Praxen angebunden werden kann.

Die KZVen der Erprobungsregionen müssen im Vorfeld und bei der Erprobung selbst eine Reihe von Aufgaben übernehmen. Dies umfasst zum Beispiel die Freigabe von elektronischen Praxisausweisen für ihre Mitglieder, damit nur Befugte diese Ausweise erhalten können. Um dem Bedarf eines Informa-

tionsaustausches zur Erprobung zwischen den KZVen der Erprobungsregionen und der KZBV nachzukommen, hat die KZBV als neues Arbeitsgremium einen Jour fixe „ORS-1-Erprobung“ eingerichtet. Das neue Gremium hat sich mit Zuspruch der KZVen bereits erfolgreich etabliert und kommt regelmäßig im zweimonatigen Abstand zusammen.

Weiterhin findet im wechselnden Turnus auch der „Jour fixe Telematik der KZVen“ statt. Dabei werden zunehmend auch Sachthemen des Online-Rollouts und des späteren Wirkbetriebs behandelt. In diesem Gremium sind alle KZVen vertreten, so dass auch hier die Informationsweitergabe für den späteren Wirkbetrieb sichergestellt ist.

Die KZBV unterstützt darüber hinaus die KZVen durch Erstellung des Dokuments „Aufgaben der Test-KZVen bei der Erprobung Online-Rollout“. Auch hier werden zunehmend Themen für den späteren Wirkbetrieb aufgenommen und beschrieben. Im Rahmen der Vorbereitungen für einen bundesweiten Wirkbetrieb haben die KZBV und die anderen Gesellschafter der gematik erste Überlegungen zu einem Betriebs- und Finanzierungsmodell angestellt.

Die Forderung der KZVen, in die Erprobung der sicheren Kommunikation Leistungserbringer aktiv einzubeziehen, konnte auf Betreiben der KZBV durch einen entsprechenden Beschluss der Gesellschafter realisiert werden.

Zahnärzte-Online Deutschland

Die von der KZBV bereits seit einigen Jahren in einem markt-offenen Zulassungsverfahren betriebene Public Key-Infrastruktur „Zahnärzte-Online Deutschland“ (ZOD) wurde den neuen technischen Anforderungen gemäß weiterentwickelt. Dabei konnten die als ZOD-Karten verwendeten Smart-Cards mit einem neuen Betriebssystem („StarCOS 3.5“) von der KZBV im Jahr 2014 zugelassen werden und werden seit dem 1. Januar 2015 ausschließlich für die Ausgabe von ZOD-Karten verwendet.

> Online-Rollout Stufe 2 und weitere Anwendungen

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden gesetzlichen Regelungen des Kabinettsentwurfes zum eHealth Gesetz haben die Gesellschafter der gematik eine Priorisierung der Projekte im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorgenommen. Hierbei wurde auch der Einführung neuer Anwendungen, wie etwa des vorgesehenen Medikationsplanes Rechnung getragen und dies im Projektportfolio der gematik verankert.

Als Projektverantwortliche für das Notfalldatenmanagement wird die Bundesärztekammer Teile des Projektes bereits vor der Verfügbarkeit der elektronischen Komponenten testen. Hierbei sollen erste Erfahrungen mit der Erstellung von Notfalldaten gewonnen werden. Die Planungen sehen vor, dass das Projekt mit der Bezeichnung „NFDM-Sprint“ mit einer kleinen Zahl von Ärzten und einem Krankenhaus umgesetzt werden soll. Der zahnärztliche Sektor wird an diesem Projekt nicht aktiv teilnehmen, die Umsetzung jedoch wie bislang begleiten.

Obwohl den Schwerpunkt der Aufgaben die Vorbereitung der anstehenden Erprobung und des späteren Online-Rollouts bildeten, zählen zum Arbeitsspektrum der Abteilung Telematik darüber hinaus auch weitere, künftige Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte.

Bereits ausgegebene Karten mit dem älteren Betriebssystem können weiter bis zum Ablauf der Gültigkeit genutzt werden. Mit dem zugelassenen Kartenherausgeber wurde vereinbart, dass auf Anfrage ein Tausch der Karte kostenfrei erfolgen kann.

Die neuen ZOD-Karten sollen auch im Rahmen der Telematikinfrastruktur verwendet werden. Die ZOD-Karte selbst hat bei Zahnärztinnen und Zahnärzten eine unverändert hohe Akzeptanz.



› In der deutschen Forschungslandschaft ist das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine angesehene Fachgröße. Es stellt belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse und valide Daten auf dem komplexen Gebiet der zahnmedizinischen Gesundheitsforschung bereit. Diese sind maßgeblich für die Formulierung von berufspolitischen Forderungen und die Entwicklung von Versorgungskonzepten.

Forschung

52

Das IDZ ist eine organisatorisch selbständige Forschungseinrichtung in Trägerschaft von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Die langfristige Aufgabenplanung wird durch den Gemeinsamen Vorstandsausschuss des IDZ festgelegt. Den Vorsitz führen im jährlichen Wechsel der Vorsitzende des Vorstands der KZBV und der Präsident der BZÄK. Im Berichtszeitraum gehörten dem Vorstandsausschuss an: Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Günther E. Buchholz, Dr. Peter Engel (Stellv. Vors. 2015), Dr. Wolfgang Eßer (Altern. Vors. 2015), Dr. Jürgen Fedderwitz, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich.

Forschungsschwerpunkte von IDZ und der Stabsstelle Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) sind Fragen der Versorgungsepidemiologie, Gesundheitsökonomie, Professionsforschung, Gesundheits- und Medizinsoziologie, der Systemforschung sowie der Qualitätssicherungsforschung. Die Ergebnisse aus den Forschungsprojekten des IDZ liefern Basismaterialien und Problemaufrisse für die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen.

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

> Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie

Die Deutschen Mundgesundheitsstudien des IDZ befinden sich derzeit in der Bearbeitung der fünften Auflage (DMS V). Als sozialepidemiologische Großstudien erlauben diese Untersuchungen als einzige eine repräsentative Beschreibung der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung. Die Feldphase mit den zahnmedizinisch-klinischen Untersuchungen und den sozialwissenschaftlichen Befragungen wurde im Sommer 2014 erfolgreich abgeschlossen. Derzeit beschäftigt sich das IDZ mit seinem zahnmedizinischen Expertenkreis mit der Interpretation der Daten, die im zweiten Halbjahr 2016 in einer umfangreichen Forschungsmonographie der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Die DMS V orientiert sich dabei methodisch an den Vorgängerstudien, um Zeitvergleiche zu ermöglichen. Zu den Zielerkrankungen gehören die detaillierte Erfassung der Karies- und Parodontitislast als orale Haupterkrankungen. Aber auch andere nichtkariöse Zahnhartsubstanzdefekte wie Erosionen finden sich im Befundungsprogramm wieder, ebenso wie die

Versorgung mit Zahnersatz. Gleichzeitig werden mit der Erfassung von Mundschleimhauterkrankungen zahnmedizinisch-klinische Untersuchungsaspekte zurückliegender DMS-Studien zur epidemiologischen Aktualisierung erneut aufgegriffen.

Weil sich die DMS-Studien als sozialepidemiologische Surveys verstehen, werden die zahnmedizinischen Erhebungen immer auch von einem Fragebogen begleitet. So können wichtige Aussagen zwischen verhaltensbezogenen und krankheitsbedingten Zusammenhängen herausgearbeitet werden.

Die repräsentativen versorgungsepidemiologischen Erkenntnisse aus der DMS V werden wichtige Informationen liefern, um bestehende Behandlungsbedarfe zu identifizieren, zu fokussieren und den Präventionsgedanken, der in den vergangenen Jahrzehnten durch Individual-, Gruppen- und Kollektivprophylaxe bei der jungen Bevölkerung zu vorbildlichen Ergebnissen geführt hat, auf den gesamten Lebensbogen auszuweiten.

Ökonomische Forschung

> EURO-Z-II – Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext

Die nationalen Gesundheitssysteme unterliegen mehr und mehr dem Einfluss der europäischen Politik. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Strukturen der (zahn-)medizinischen Versorgung in den Nachbarstaaten zu kennen. Seit der Erstaufgabe des EURO-Z-Projektes im Jahre 1999 waren eine Reihe von relevanten Änderungen der Rahmenbedingungen, wie der Währungsumstellung auf den Euro oder Reformen der

zahnärztlichen Gebührenordnungen, zu verzeichnen. Zudem wurden die zahnmedizinischen Leistungskataloge angepasst. In Zusammenarbeit mit der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) wurden im Rahmen einer zweistufigen Expertenbefragung die Preise ausgewählter, typischer zahnmedizinischer Leistungen erhoben und vor dem Hintergrund landesspezifischer Kontextinformationen bewertet. In die Untersuchung einbezogen waren neben Deutschland auch Dänemark, Frankreich, Großbritannien, die Niederlande, die Schweiz sowie Ungarn.

Um den Wandel des zahnmedizinischen Therapiespektrums angemessen zu berücksichtigen, wurden erstmals auch Leistungen aus dem Bereich der Parodontistherapie sowie der Implantatversorgung in den Preisvergleich aufgenommen. Erhoben wurde darüber hinaus, welchen Eigenanteil an den Behandlungskosten Patienten in der Regel selbst zu tragen haben.

Die Ergebnisse der EURO-Z-II-Studie verdeutlichen, dass Deutschland im Vergleich zu dem jeweiligen nationalen Preisniveau in den untersuchten sechs europäischen Ländern im Mittelfeld liegt. Die anteiligen Zuzahlungen der Patienten zu den Behandlungskosten sind in keinem der Vergleichsländer so niedrig wie in Deutschland. Die Ergebnisse wurden im März 2015 als IDZ-Monographie, Band 34, publiziert.

➤ Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

Das IDZ analysiert seit dem Jahr 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Im Rahmen der Projektserie InvestMonitor Zahnarztpraxis wird über die Finanzierungsvolumina der allgemein Zahnärztlichen Praxen berich-

tet. Neben einer gesamtdeutschen Darstellung erfolgt auch eine separate Ausweisung der Investitionen in Ost- und Westdeutschland. Außerdem wird das Investitionsgeschehen in zahnärztlichen Fachpraxen für die Bereiche Kieferorthopädie sowie MKG- und Oralchirurgie analysiert. Der InvestMonitor bietet detailliertes Zahlenmaterial zur Investitionstätigkeit im Rahmen der Gründung und Übernahme von zahnärztlichen Einzelpraxen sowie von Berufsausübungsgemeinschaften.

Die Analyse für das Jahr 2013 verdeutlicht, dass für die Neugründung einer Einzelpraxis im Schnitt das höchste Finanzierungsvolumen benötigt wurde (427.000 Euro). Für die Neugründung einer oralchirurgischen oder MKG-Fachpraxis mussten 577.000 Euro veranschlagt werden.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht lassen sich die Investitionsdaten dahingehend interpretieren, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung für eine moderne Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Offenkundig besteht eine unverändert positive Berufsrolleneinschätzung, die sich bei den niederlassungswilligen Zahnärztinnen und Zahnärzten in mutigen Investitionsentscheidungen niederschlägt.

Professionsforschung

➤ Berufsbild angehender und junger Zahnärzte

Das IDZ hat im Dezember 2014 mit der Feldphase zur Studie „Berufsbild angehender und junger Zahnärztinnen und Zahnärzte“ begonnen. In der Studie werden die Ein- und Vorstellungen von Zahnmedizin studierenden, Assistenz Zahnärzten und angestellten Zahnärzten zu ihrer (künftigen) Berufsausübung, ihrem Berufsbild und ihren Zukunftsplänen mit dem Fokus auf eine mögliche Niederlassung untersucht.

Die Befragung der Studierenden ist als Längsschnittstudie angelegt. Um Erkenntnisse zunächst auf qualitativer Ebene zu gewinnen, wurden in einem ersten Schritt im Juli und August 2014 Gruppendiskussionen mit Zahnmedizin studierenden der letzten Semester in München und Köln sowie eine Diskussion ausschließlich mit Studentinnen in Halle durchgeführt. Die Diskussionen wurden transkribiert, mit wissenschaftlichen Methoden analysiert und die Ergebnisse bei der Erstellung eines quantitativen Fragebogens genutzt, der unter anderem die Themenbereiche Berufsausübung und Niederlassung, geplante Berufswege, Work-Life-Balance und berufliche Zufriedenheit umfasst. Um die Studierenden für die Befragung zu erreichen, wurden die Fachschaften der

30 zahnmedizinischen Fakultäten in die Studie eingebunden. Auf der Bundesfachschaftstagung im Juni 2014 wurde das Projekt den Fachschaften erstmalig vorgestellt und im Laufe des Jahres konnten mit den jeweiligen Ansprechpartnern Absprachen für die Durchführung der Studie an allen 30 zahnmedizinischen Standorten getroffen werden. Im Dezember wurden die Fragebögen dann in einer Vollerhebung an alle Studierenden der 9. und 10. Semester verteilt. Die Feldphase des Projekts an den Universitäten endete im März dieses Jahres. Derzeit werden die gesammelten Daten ausgewertet und analysiert. Die Studienteilnehmer werden dann am Ende der Assistenzzeit sowie etwa zwei Jahre später im Angestelltenverhältnis oder nach der Niederlassung erneut befragt.

Die Befragung der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte ist als Ergänzung zum Befragungsteil der Studierenden konzipiert und bezieht sich auf Assistenz Zahnärzte sowie angestellte Zahnärzte. Da die Ergebnisse aus der Längsschnittstudie erst in etwa zwei bis vier Jahren vorliegen werden, sollen mit der Ergänzungsstudie bereits frühzeitig wichtige Erkenntnisse zu den Assistenz Zahnärzten sowie den angestellten Zahnärzten gewonnen werden. Die jungen Zahnärzte wurden über die regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Februar

2015 angeschrieben und gebeten, an der Studie mitzuwirken und den ausgefüllten Fragebogen an das IDZ zu senden. Die Feldphase der Ergänzungsstudie wurde im Juni 2015 abgeschlossen. Die Kosten der Ergänzungsstudie werden durch externe Forschungsförderungen der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer sowie der Deutschen Ärzteversicherung getragen.

➤ Grundlagen der Patientenberatung

Die Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Körperschaften informieren ratsuchende Patienten bundesweit und helfen bei Fragestellungen zur Zahnarztsuche, zur Therapieplanung oder bei Beschwerden. Die Weiterentwicklung des Beratungsangebots durch die gemeinsame Arbeitsgemeinschaft „Patientenorientierte Weiterentwicklung der zahnärztlichen Patientenberatung“ von KZBV und BZÄK erfolgt durch die Implementierung einheitlicher methodischer Standards, die wissenschaftlich hergeleitet, erhoben und evaluiert werden.

Vor diesem Hintergrund wurde in Gruppendiskussionen mit erfahrenen Patientenberatern aus ganz Deutschland deren Grundverständnis von der zahnärztlichen Patientenberatung erarbeitet. Die Ergebnisse wurden in einem Abschlussbericht

zusammengefasst und die Grundlagen in handlicher Kurzform als IDZ-Sonderpublikation unter dem Titel „Grundlagen der zahnärztlichen Patientenberatung – Ein didaktischer Leitfaden“ herausgegeben. In fünf Kapiteln vermittelt der Leitfaden das Basisverständnis und die Ziele der zahnärztlichen Patientenberatung, die Voraussetzungen für ein Beratungsgespräch, den Gesprächsablauf sowie die Dokumentation. Darüber hinaus enthält er Informationen zum organisationsübergreifenden Austausch.

In einer Zusatzauswertung betrachtete Prof. Dr. Michael Dick von der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg/Institut für Betriebspädagogik, die Ergebnisse der von ihm geleiteten Gruppendiskussionen unter dem Schwerpunkt des Empowerments und erörtert in der IDZ-Information 2/2015 „Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis“, inwiefern durch eine patientenzentrierte Gesprächsführung die Patientenberater die Lebenswelt der Patienten berücksichtigen (können). Er kommt zu dem Ergebnis, dass Ressourcen entdeckt und auch vermittelt werden, wodurch die Möglichkeiten zur Partizipation der Patienten erhöht werden.

HTA: ZZQ/IDZ ist für die KZBV aktiv im Kuratorium Health Technology Assessment (HTA) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), einer nachgeordneten Behörde des Bundesgesundheitsministeriums. HTAs sind systematische wissenschaftliche Bewertungen gesundheitsrelevanter Themen, die als Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitssystem dienen. Das Kuratorium berät die verantwortliche Abteilung des DIMDI bei der Entwicklung der wissenschaftlichen Fragestellungen.

Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK): Das IDZ arbeitet im Wissenschaftlichen Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe mit, die sich vor allem für die Verbreitung der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz einsetzt.

Gutachten zur Morbiditätsentwicklung nach § 85 Abs. 3 SGB V: Das IDZ unterstützte mit fachlicher Expertise und Vermittlung externen Sachverständigen den Gutachtenanteil zur „Sozialmedizinischen Reichweitenabschätzung“ (am Beispiel der Daten der KZV Mecklenburg-Vorpommern), den die KZBV in Auftrag gegeben hat.

Überlegungen zur Messung von Bürokratiekosten (SKM): Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat sich zur Aufgabe gesetzt, unnötigen bürokratischen Aufwand für Ärzte und Zahnärzte zu identifizieren und abzubauen. Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der KZBV und der BZÄK sowie einzelnen KZVen und LZKen unterstützt den NKR bei diesem Vorhaben. Die Identifikation des bürokratischen Aufwands erfolgt anhand der etablierten und anspruchsvollen Methodik des Standardkostenmodells (SKM). Das IDZ begleitet mit seiner wissenschaftlichen Expertise die Messung der Bürokratiekosten im zahnmedizinischen Versorgungsbereich.

Ausschüsse und Arbeitsgruppen der Trägerorganisationen: IDZ und ZZQ unterstützen die Arbeit der Trägerorganisationen in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen, unter anderem im Ausschuss Präventive Zahnheilkunde und im Ausschuss Praxisführung der BZÄK, in der KZBV-AG Patientenorientierung sowie der Arbeitsgruppe „DAJ – Frühkindliche Karies“ der KZBV.

Mitarbeit in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen: Der wissenschaftliche Leiter des IDZ, Priv.-Doz. Dr. Rainer Jordan, wurde als International Director der Behavioral, Epidemiologic and Health Services Research Scientific Group (BEHSR) der International Association for Dental Research (IADR) wiedergewählt. Des Weiteren wurde er erneut zum stellvertretenden Vorsitzenden des Arbeitskreises Epidemiologie, Public Health und Versorgungsforschung (AK EPHV) gewählt.

➤ Sonstige Forschungsvorhaben und laufende Aktivitäten am IDZ

IDZ-eigene Veröffentlichungen

Kettler, N., Jordan, A. R., Micheelis, W.: Grundlagen der zahnärztlichen Patientenberatung. Ein didaktischer Leitfaden. Sonderpublikation des IDZ, Köln, Nov. 2014

Klingenberg, D., Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2013 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). IDZ-Information 2/2014

Klingenberg, D., Schneider, M., Hofmann, U., Köse, A.: EURO-Z-II – Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. (Information zum Band 34 der IDZ-Materialienreihe, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2015). IDZ-Information 1/2015

Klingenberg, D., Schneider, M., Hofmann, U., Köse, A.: EURO-Z-II – Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. IDZ-Materialienreihe Band 34, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2015

Dick, M., Wagner, I., Gerhardt, M.: Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland, Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis. IDZ-Information 2/2015

Vorträge/Präsentationen/Fachbeiträge

Heilmann, A., Sheiham, A., Watt, R. G., Jordan, R.: Gemeinsamer Risikofaktorenansatz. Gesundheitsbotschaften neu gedacht. Zahnärztl Mitt, 2014, 104, (13), 30-34

Kettler, N.: Was wollt Ihr? Dentalfresh, 2014, 10, (3), 32

Jordan, A. R., Klingenberg, D., Lemor, F.: Der freie Zahnarztberuf als Motor der Gesundheitswirtschaft. Der freie Beruf, 2014, 40, 15

Jordan, A. R.: Geräuschpegel ist eine Belastungskomponente. Zahnärztl Mitt, 2014, 104, (15), 29

Chenot, R.: Versorgung soll bedarfsgerecht sein. Sachverständigenrat stellt Gutachten vor. Zahnärztl Mitt, 2014, 104, (14), 26

Jordan, A. R.: Zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland. Eine Standortbestimmung. Forum für Zahnheilkunde, 2014, 33, (120), 12-14

Jordan, R. A., Klingenberg, D.: Is the Significant Caries (SiC) Index in low-caries populations still significant? Posterpräsentation Nr. 137 zur Jahrestagung der International Association for Dental Research/Pan European Region, Dubrovnik, 10.-13. September 2014

Chenot, R., Kühnisch, J.: Kommentar zum neuen HTA-Bericht Fissurenversiegelung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko. Zahnärztl Mitt, 2014, 104, (19), 28-29

Kettler, N.: Qualitätsverständnis und Qualitätsmanagement. Probleme und Vereinbarkeit in der Praxis. Vortrag auf dem Deutschen Zahnärztag, Frankfurt am Main, 7.-8. November 2014

Jordan, R. A., Bodechtel, C., Hertrampf, K., Hoffmann, T., Kocher, T., Nitschke, I., Schiffner, U., Stark, H., Zimmer, S., Micheelis, W.: The Fifth German Oral Health Study (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS V). rationale, design, and methods. BMC Oral Health, 2014, 14 (1), 161

Schützhöld, S., Kocher, T., Biffar, R., Hoffmann, T., Schmidt, C. O., Micheelis, W., Jordan, R., Holtfreter, B.: Changes in prevalence of periodontitis in two German population-based studies. J Clin Periodontol, 2015, 42, 121-130

Kettler, N., Wehry, C., Draeger, S., Jordan, A. R.: Zahnmedizinische Prävention in Deutschland. Monitor Versorgungsforschung, 2014, 7, (6), 45-50

Klingenberg, D.: Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Versorgung in Europa. EURO-Z-II. Vortrag beim Workshop zur zahnmedizinischen Versorgung im europäischen Vergleich. Ländervergleich Deutschland – Dänemark, Königlich Dänische Botschaft Berlin, 25. Februar 2015

Chenot, R.: Keine Qualität ohne Kommunikation. Zahnärztl Mitt, 2015, 105, (6), 30

Klingenberg, D.: EURO-Z-II. Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. Vortrag auf der Pressekonferenz zur Vorstellung der EURO-Z-II-Studie, Bundespressekonferenz Berlin, 3. März 2015

Jordan, R. A., Micheelis, W., Schmidt, P., Zimmer, S., Klingenberg, D.: Proposing the dynamic Significant Caries (dSiC) Index for low-caries populations. Posterpräsentation Nr. 2939 zur 93. General Session & Exhibition der IADR, Boston, 11.-14. März 2015

Kettler, N., Splieth, C. H., Micheelis, W., Jordan, A. R.: Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder. Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. Vortrag auf dem 5. Thüringer Akademietag, Erfurt, 14. März 2015

Klingenberg, D.: EURO-Z-II-Studie. Vergleich zahnärztlicher Leistungen. Zahnärztl Mitt, 2015, 105, (6), 32-37

Klingenberg, D.: Der Einfluss der Material- und Laborkosten auf die Gesamtkosten von zahnprothetischen Versorgung. Ergebnisse aus einem europäischen Ländervergleich. Vortrag auf der 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Bielefeld, 17. März 2015

Jordan, A. R.: Wege in die zahnärztliche Selbständigkeit. Existenzgründungsforschung am IDZ. Vortrag auf der 3. Premium Partner-Klausurtagung des Deutschen Zahnärztes, Frankfurt am Main, 10. April 2015

Kettler, N., Micheelis, W., Jordan, A. R., Dick, M.: Erstellung des didaktischen Leitfadens. Grundlagen der Zahnärztlichen Patientenberatung. Vortrag auf dem Arbeitstreffen der Beratungszahnärzte der Zahnmedizinischen Patientenberatungsstelle Baden-Württemberg, Stuttgart, 18. April 2015

Klingenberg, D.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. Euro-Z-II. Vortrag beim VDDI-Arbeitskreis, Köln, 7. Mai 2015

Kettler, N.: Berufsbild angehender und junger Zahnärzte. Vortrag auf der Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsbeauftragten, Baden-Baden, 8.-9. Mai 2015

Jordan, A. R.: Versorgungsforschung. Wissenschaft im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Vortrag auf der Frühjahrstagung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, Frankfurt am Main, 9. Mai 2015

Klingenberg, D.: Einführung in die Volkswirtschaftslehre. Vortrag bei der AS-Akademie, Münster, 29. Mai 2015

> Publikationen/Fachbeiträge

Interne Organisation

56

- > Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ist eine moderne Dienstleistungsorganisation. Ihr größtes Kapital sind kompetente und motivierte Mitarbeiter mit spezialisierten Kenntnissen in den unterschiedlichsten Fachbereichen des Gesundheitswesens. Eine vorausschauende Personalplanung sowie ein gutes Personalmanagement haben daher zentrale Bedeutung für den Erfolg der Organisation. Im Berichtszeitraum hat sich die Zahl der Mitarbeiter um neun erhöht. Das Team der KZBV umfasst damit 116 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten Köln und Berlin.



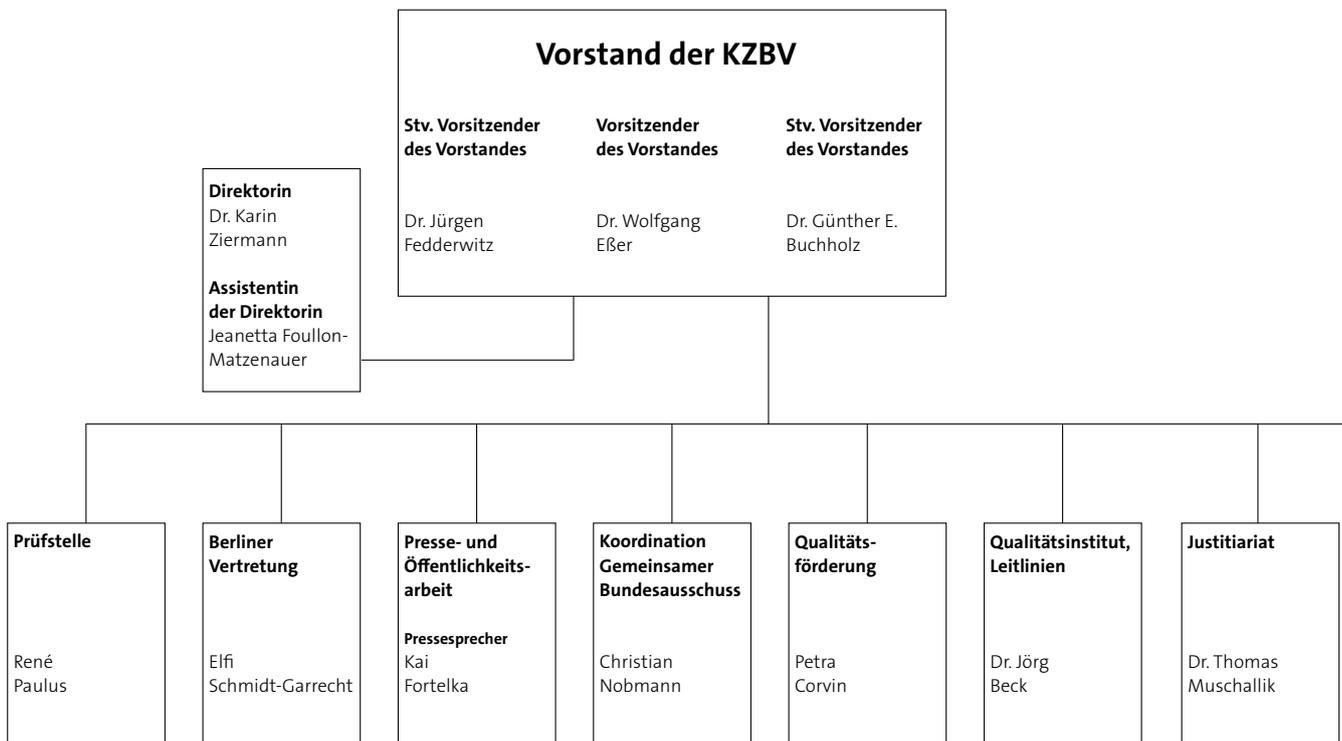
Interne Organisation

Personalplanung

58

Die KZBV muss sich einer zunehmenden Fülle unterschiedlicher Aufgaben stellen und dafür Vorsorge treffen. Verstärktes Augenmerk wird deshalb auf die externe Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter gelegt. Im Jahr 2014 wurden etwa 60.000 Euro in Fort- und Weiterbildungen investiert.

Im Berichtszeitraum neu eingerichtet wurde die Abteilung Qualitätsinstitut, Leitlinien am Standort Berlin. Sie begleitet die Arbeit des neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.

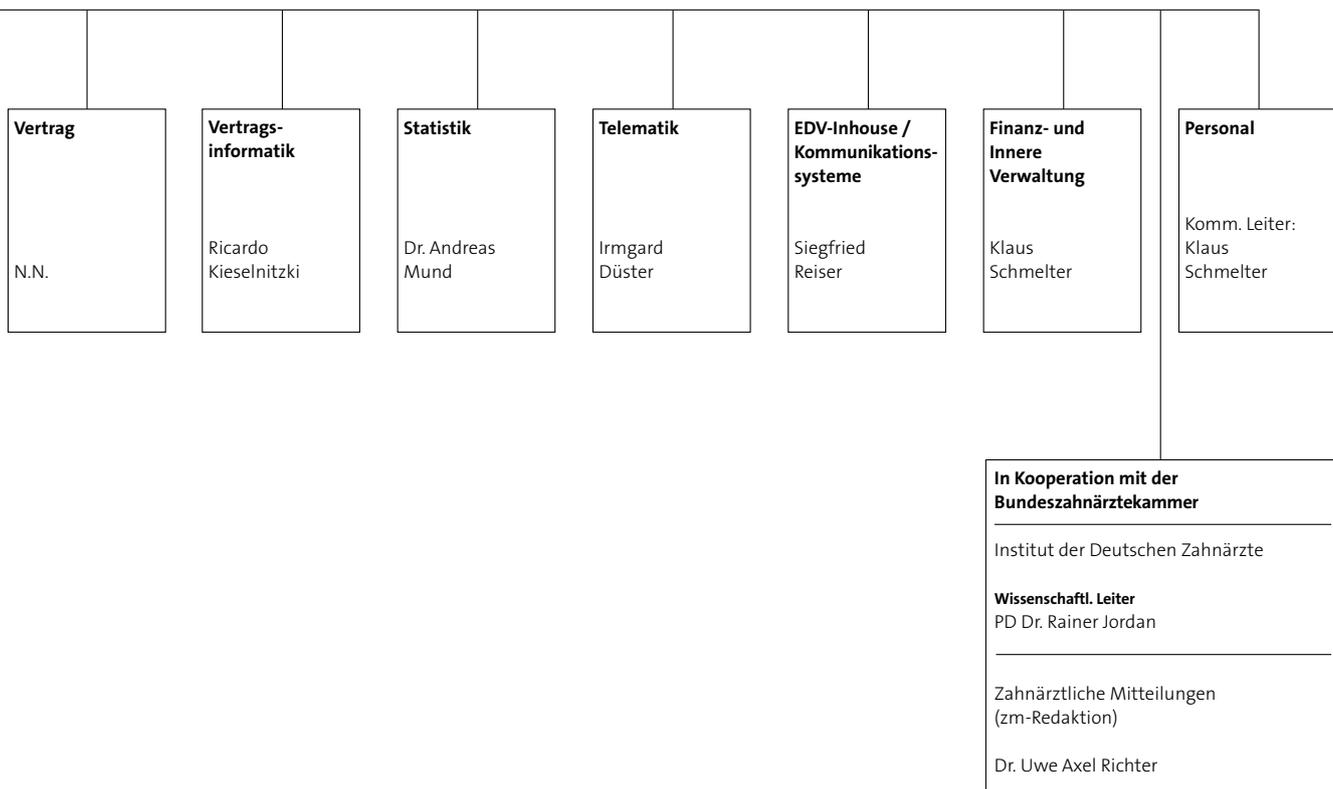


Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Körperschaft des öffentlichen Rechts

Universitätsstraße 73 · 50931 Köln
Postfach 410169 · 50861 Köln
Telefon: 0221 4001-0 · Telefax: 0221 404035

Berliner Vertretung der KZBV
Behrenstraße 42 · 10117 Berlin
Telefon: 030 280179-0 · Telefax: 030 280179-20

E-Mail: post@kzbv.de · www.kzbv.de



Haushalt

Die KZBV finanziert sich aus Beiträgen ihrer Mitgliedsorganisationen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung. In den Jahren 2014 und 2015 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 22,10 Euro. Er setzt sich zusammen aus dem Grundbeitrag in Höhe von 21,35 Euro und einem zeitlich begrenzten Sonderbeitrag für die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, für Gutachten zur Morbiditätsentwicklung und weitere Unterstützungsleistungen für die KZVen in Höhe von EUR 0,75 je beitragspflichtiges Mitglied.

> Haushaltsabschluss 2014

Für das Wirtschaftsjahr 2014 war im Haushalt ursprünglich eine Vermögensabnahme von 1.450.418 Euro vorgesehen. Tatsächlich gab es eine Vermögenszunahme zum Jahresende in Höhe von 365.748,17 Euro. Ursächlich für dieses Ergebnis sind saldierte Mehreinnahmen von 41.171 Euro und saldierte Minderausgaben von 1.774.996 Euro zum 31. Dezember 2014.

Das in der Bilanz Ende des Jahres 2014 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit auf nunmehr 5.144.848,15 Euro gestiegen. Die Jahresrechnung 2014 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KBHT Steuer- und Wirtschaftsberatung GmbH geprüft und ohne Einschränkungen bestätigt.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
A. Beiträge	16.169.509	A. Aufwandsentschädigungen, Beiträge	340.255
B. Zinsen	215.810	B. Öffentlichkeitsarbeit	166.124
C. Sonstige	<u>649.611</u>	C. Externe Dienste	1.674.453
		D. Reise- und Tagungskosten	1.790.217
		E. Personalkosten	10.365.655
		F. Sonstiger Verwaltungsaufwand	2.332.478
		G. Vermögenszunahme	<u>365.748</u>
	17.034.930		17.034.930

> Haushaltsplanung 2015

Der Haushalt der KZBV wird zu einem erheblichen Teil von Fixkosten bestimmt. Darüber hinaus beeinflussen aber auch strategische und operative Entscheidungen das Volumen des Etats. Für das Jahr 2015 weist der Haushaltsplan Ausgaben in Höhe von 18.643.490 Euro aus. Das entspricht einer Steigerung von 1,1 Prozent im Vergleich zum Ansatz des Vorjahres. Dabei sieht der Haushaltsplan eine Vermögensabnahme von 1.565.771 Euro vor.

Die Erhöhung der Ausgaben ist in erster Linie auf einen Anstieg der Personalkosten zurückzuführen. Aufgrund zusätzlicher Aufgaben sind Neueinstellungen unerlässlich.

In anderen Bereichen konnten durch operative Maßnahmen jedoch auch Einsparungen erzielt werden. So wurden zum Beispiel im Jahr 2014 durch den Einsatz eines Videokonferenzsystems die Reisekosten erheblich reduziert. Dies wirkte sich auch positiv auf die geplanten Aufwendungen des Jahres 2015 aus. Die haushaltsbelastenden Aufwendungen im Zusammenhang mit der Einrichtung des Datenkoordinierungsausschusses konnten im Jahr 2014 abgeschlossen werden, so dass ab dem Haushaltsjahr 2015 nur noch Aufwendungen für den laufenden Betrieb eingeplant werden müssen.

KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg	7.655
Bayerns	9.909
Berlin	3.583
Brandenburg	1.792
Bremen	470
Hamburg	1.674
Hessen	4.682
Mecklenburg-Vorpommern	1.246
Niedersachsen	5.961
Nordrhein	6.878
Rheinland-Pfalz	2.555
Saarland	598
Sachsen	3.462
Sachsen-Anhalt	1.740
Schleswig-Holstein	2.063
Thüringen	1.893
Westfalen-Lippe	5.486
	61.647

> Mitgliedszahlärzte je KZV 2014

Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen



62

› Von detaillierten Strukturuntersuchungen über Auswirkungen der Umstrukturierung von Gebührenordnungen bis hin zu Verhandlungen über die Fortschreibung des Zahnersatz-Punktwertes – die Abteilung Statistik der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) erarbeitet ein breites Spektrum an umfangreichen Statistiken, Analysen und Auswertungen für die zahnärztliche Versorgung.



Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

Statistische und ökonomische Daten sind eine zentrale Informationsgrundlage für die vertragspolitische Arbeit der KZBV. Gerade im Dialog mit der Politik und in Verhandlungen mit Kostenträgern bilden sie eine unverzichtbare Argumentationsbasis. Neben umfangreichen Berechnungen ist die Abteilung Statistik in die konzeptionelle Weiterentwicklung von Vertragsstrukturen eingebunden. Darüber hinaus werden im Rahmen von Spezialstatistiken in koordinierender Funktion Strukturdaten der KZVen erhoben und als Dienstleistungsfunktion zudem Sonderanalysen für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgewertet, etwa im Zusammenhang mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

Jedes Jahr legt die Abteilung Statistik das KZBV Jahrbuch als aktuelle Dokumentation der statistischen Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung vor. Über die Fortschreibung von Datenreihen hinaus zeigt dieses etablierte Kompendium

in Kurzberichten wichtige Entwicklungstrends auf. In einem gesonderten Teil sind Daten aus dem Abrechnungsgeschehen im privat-zahnärztlichen Bereich ausgewiesen.

Das Jahrbuch wird Entscheidungsträgern in zahnärztlichen Organisationen, aber auch allen relevanten Verbänden im Gesundheitswesen, Bundesministerien, dem Statistischen Bundesamt, Hochschulen sowie einer Reihe von Instituten zur Verfügung gestellt. Als Informationsquelle über Strukturdaten zur zahnärztlichen Versorgung ist es weithin anerkannt. Es beinhaltet ausschließlich valide Daten aus amtlichen sowie offiziellen Statistiken.

Das aktuelle KZBV Jahrbuch steht als downloadfähige PDF-Datei auf der Webseite der KZBV unter www.kzbv.de zur Verfügung. Printexemplare können dort über die Service-Rubrik bestellt werden.

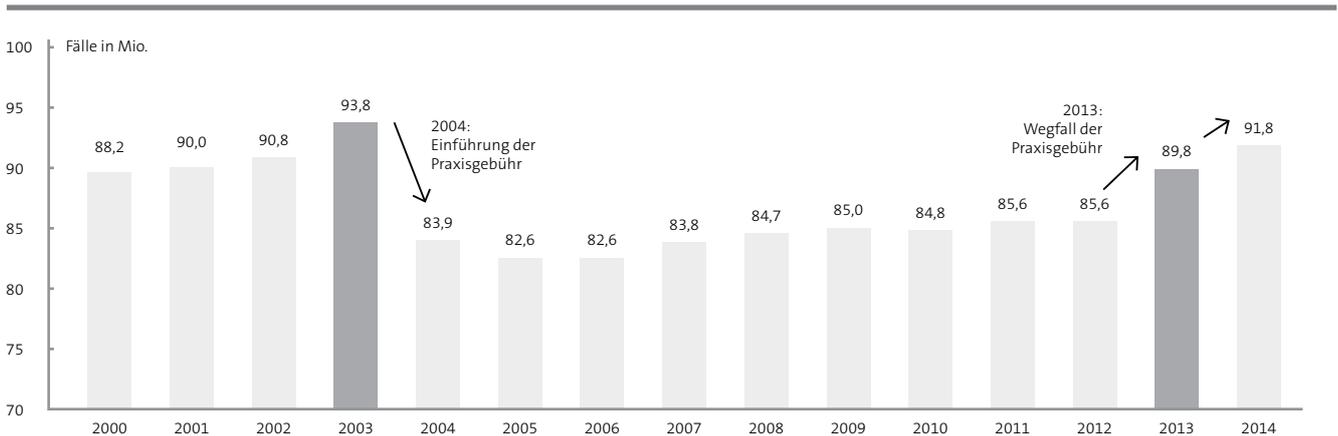
Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

> Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen

Der Gesetzgeber hatte zum 1. Januar 2013 die Abschaffung der im Jahr 2004 eingeführten Praxisgebühr beschlossen. Die Folgen zeigten sich unter anderem in der Fallzahlentwicklung im Bereich konservierend-chirurgischer Behandlung. Nachdem sich im Jahr 2013 die Zahl der Abrechnungsfälle in diesem Bereich im Vergleich zum Vorjahr um 4,2 Millionen (+ 5,0 Prozent) erhöht hatte, stieg sie im Jahr 2014 um 1,9 Millionen (+ 2,2 Prozent). Die Gesamtzahl der konservierend-chirurgischen Fälle (KCH) in Deutschland liegt im Jahr 2014 mit rund 91,8 Millionen auf dem Niveau wie vor der Einführung der Praxisgebühr. Von der Abschaffung der Gebühr geht somit ein posi-

tives Signal in Richtung verstärkter Inanspruchnahme durch die Patienten aus. Insbesondere Patientengruppen, die aufgrund der Praxisgebühr die Zahnarztpraxen nicht oder nicht häufig genug aufgesucht haben und dadurch wichtige zahn-erhaltende und prophylaktische Behandlungen aus finanziellen Gründen nicht wahrgenommen haben, können von der Aufhebung der Praxisgebühr profitieren [Grafik 1].

Die Patienten werden durch die Abschaffung der Praxisgebühr jährlich insgesamt um etwa 400 Millionen Euro entlastet. Bei der Entwicklung im konservierend-chirurgischen Bereich ist allerdings zu beobachten, dass das Behandlungsvolumen (Leistungsmenge) weniger stark gestiegen ist als die Zahl der Abrechnungsfälle.



> Entwicklung der Abrechnungsfälle im Bereich konservierend-chirurgische Behandlung 2000 – 2014

Die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch sind im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr bundesweit um 1,6 Prozent je Kassenmitglied gestiegen. In den einzelnen Teilbereichen war die Entwicklung unterschiedlich. Der Anstieg bei den konservierenden Leistungen betrug 1,1 Prozent. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 1,6 Prozent und machten 6,2 Prozent am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen Bereich aus. Die Ausgaben für die parodontologischen Leistungen erhöhten sich um 4,3 Prozent und im Bereich Kieferbruch um 9,3 Prozent (jeweils je Mitglied).

Die langfristig steigende Tendenz im Bereich Parodontalbehandlung spiegelt sich in der Zunahme der Fallzahl wider. Im Bereich Parodontalbehandlung ist die Fallzahl in den Jahren 2000 bis 2014 insgesamt um rund 40 Prozent oder pro Jahr durchschnittlich um 2,3 Prozent angestiegen. Die seit einiger Zeit sehr dynamische Entwicklung im Bereich Kieferbruch ist unter anderem auf die zunehmende Zahl der Behandlungsfälle mit Schienentherapien zurückzuführen. So erhöhte sich die Fallzahl im Bereich Kieferbruch/Kiefergelenkerkrankungen im Jahr 2014 um 8,5 Prozent (je Mitglied).

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstrukturerhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2012 wurden rund 33.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte nach dem Zufallsprinzip aus dem Zahnarztregister der KZBV ausgewählt und schriftlich befragt. Die ausgefüllten Fragebogen wurden einer eingehenden Plausibilitätskontrolle unterworfen.

> Entwicklung im Bundesdurchschnitt

Nach dem Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses (Einkommen vor Steuern) um 4,4 Prozent je Praxisinhaber in Deutschland im Jahr 2005 im Vergleich zum Vorjahr (insbesondere aufgrund der Entwicklung im Bereich Zahnersatz im Zusammenhang mit der Einführung der Festzuschüsse) und einem weiteren Rückgang im Jahr 2006 stieg der Einnahmen-Überschuss in den Jahren 2007 bis 2012 wieder an. Im Jahr 2012 lag der Einnahmen-Überschuss mit 138.601 Euro um 6,3 Prozent über dem Vorjahreswert. Im Vergleich zum Jahr 2004 ist damit der Einnahmen-Überschuss um 25,5 Prozent (durchschnittlich jährlich um 2,9 Prozent) gestiegen. Da sich aber in diesem Zeitraum der allgemeine Preisindex um 15,1

> Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied im Jahr 2014 um 1,4 Prozent, die Zahl der Fälle sank dagegen leicht um 0,2 Prozent. Damit setzte sich die in Deutschland in den vergangenen Jahren festzustellende Aufwärtsentwicklung bei den Ausgaben im Bereich Kieferorthopädie fort.

Die Entwicklung beim Zahnersatz zeigt im Jahr 2014 eine Zunahme der Kassenausgaben je Mitglied um 1,9 Prozent, wobei die Zahl der Fälle um 1,7 Prozent zurückging. Der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg im Jahr 2014 um 3,7 Prozent. Im Bereich Zahnersatz sind in der längerfristigen Fallzahlentwicklung seit Einführung des Festzuschussystems im Jahr 2005 konstante bis leicht rückläufige Gesamtfallzahlen festzustellen.

Ein entscheidender Faktor bei der Entwicklung der Fallzahlen ist allerdings die Zusammensetzung der Gesamtfallzahl aus Neuversorgungsfällen und Reparaturfällen. Dabei ist seit dem Jahr 2005 eine kontinuierliche Steigerung des Anteils der Neuversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl festzustellen. So lag der Anteil der Neuversorgungen im Jahr 2005 noch bei rund 42,3 Prozent und ist bis zum Jahr 2014 nahezu kontinuierlich auf rund 46,6 Prozent gestiegen. Der Anteil der Reparaturen ist entsprechend stark zurückgegangen [Tabelle 1].

Prozent erhöhte, ist der Einnahmen-Überschuss real, also unter Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung, nur um 9 Prozent (durchschnittlich jährlich 1,1 Prozent) angestiegen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses im Jahr 2012 im Vergleich zum

2014 2013 Deutschland

	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Konserv. Leistungen	+ 2,0 %	- 0,2 %	+ 1,1 %
IP	+ 2,4 %	+ 0,4 %	+ 1,6 %
Parodontologie	+ 6,1 %	+ 1,6 %	+ 4,3 %
Kieferbruch	+ 10,1 %	+ 7,8 %	+ 9,3 %
Kons., Par. und Kfbr.	+ 2,5 %	+ 0,3 %	+ 1,6 %
Kieferorthopädie	+ 2,2 %	- 0,1 %	+ 1,4 %
Zahnersatz	+ 3,0 %	+ 0,2 %	+ 1,9 %
Gesamt	+ 2,6 %	+ 0,3 %	+ 1,7 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen

[Tabelle 1]

> Ausgaben je Mitglied je Leistungsbereich

entsprechenden Vorjahr auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3,7 Prozent bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um 2,4 Prozent [Tabelle 2].

➤ Alte Bundesländer

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber im Jahr 2012 im Vergleich zum Vorjahr um 3,5 Prozent. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 2,2 Prozent. Daraus resultierte ein Anstieg des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 6,3 Prozent (real + 4,2 Prozent) auf 144.638 Euro. Der im Jahr 2012 erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss lag nominal um 43 Prozent über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahr 1976, also vor 36 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 1,0 Prozent. Allerdings hat in diesem Zeitraum eine Preissteigerung (Inflationsrate) von rund 131 Prozent den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf rund 62 Prozent, also im Vergleich zum Jahr 1976 um fast die Hälfte reduziert [Grafik 2a und 2b].

Im Jahr 2012 blieben 56 Prozent der Zahnärzte in Westdeutschland mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnitts-

wert von 144.638 Euro, 44 Prozent lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2012 bei 131.070 Euro. Die Zahnärzte waren im Durchschnitt 47,2 Stunden pro Woche tätig, davon 34,6 Stunden behandelnd. Durchschnittlich wurden in der Praxis 5,91 Personen beschäftigt, einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger.

➤ Neue Bundesländer

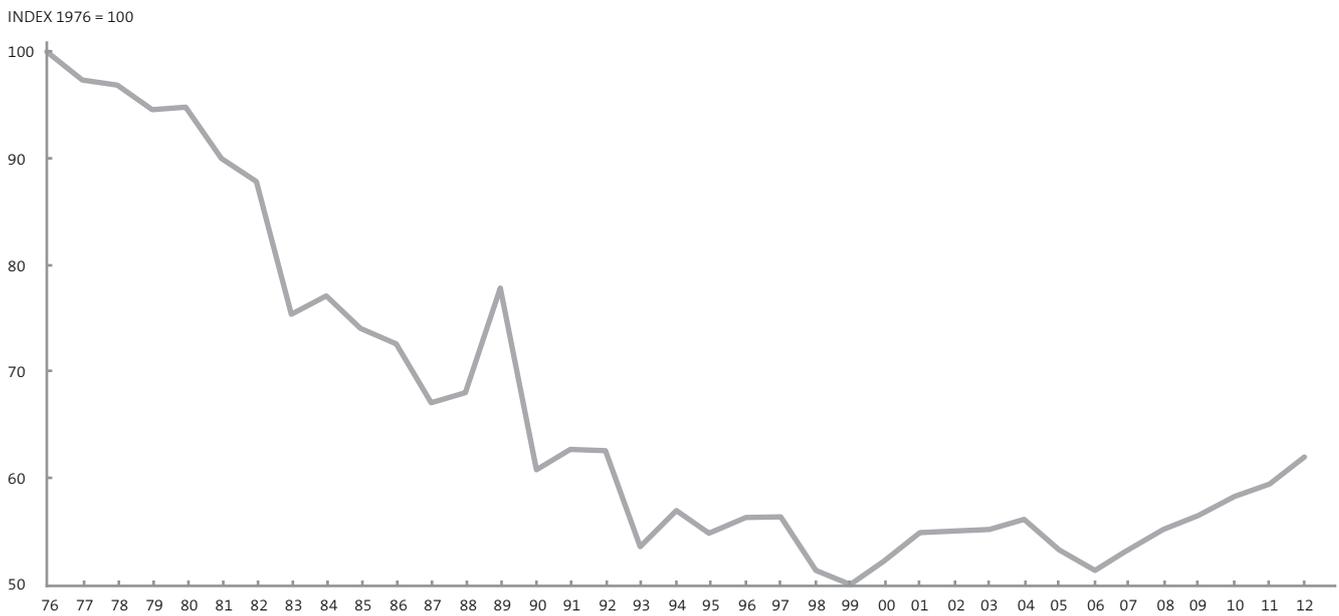
In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber im Jahr 2012 im Vergleich zum Vorjahr um 4,7 Prozent. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 3,9 Prozent, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 6,4 Prozent (real + 4,4 Prozent) auf 109.641 Euro resultiert. Insgesamt führten die Einkommensrückgänge in den Jahren 2005 und 2006 und die Einkommensanstiege in den Jahren 2007 bis 2012 zu einer Erhöhung des Einnahmen-Überschusses um 17 Prozent im Jahr 2012 im Vergleich zum Jahr 2004, was einer durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate von 2 Prozent entspricht. Aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung, die zwischen den Jahren 2004 und 2012 15,7 Prozent betrug, ist der Einnahmen-Überschuss in diesem Zeitraum real um 1,8 Prozent gestiegen.

Jahr	Umsatz (aus selbst- zahnärztlicher Tätigkeit) in €	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsaus- gaben) in €	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen- Überschuss) in €	Veränderung	Median des Einnahmen- Überschusses in € 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	337.263	+ 2,1 %	233.348	+ 3,9 %	69,2 %	103.915	- 1,6 %	93.810
2007	348.092	+ 3,2 %	237.309	+ 1,7 %	68,2 %	110.783	+ 6,6 %	97.680
2008	366.896	+ 5,4 %	249.627	+ 5,2 %	68,0 %	117.269	+ 5,9 %	103.270
2009	377.840	+ 3,0 %	256.948	+ 2,9 %	68,0 %	120.892	+ 3,1 %	107.900
2010	393.545	+ 4,2 %	268.137	+ 4,4 %	68,1 %	125.408	+ 3,7 %	111.980
2011	407.392	+ 3,5 %	276.981	+ 3,3 %	68,0 %	130.411	+ 4,0 %	116.790
2012	422.363	+ 3,7 %	283.762	+ 2,4 %	67,2 %	138.601	+ 6,3 %	123.350

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV

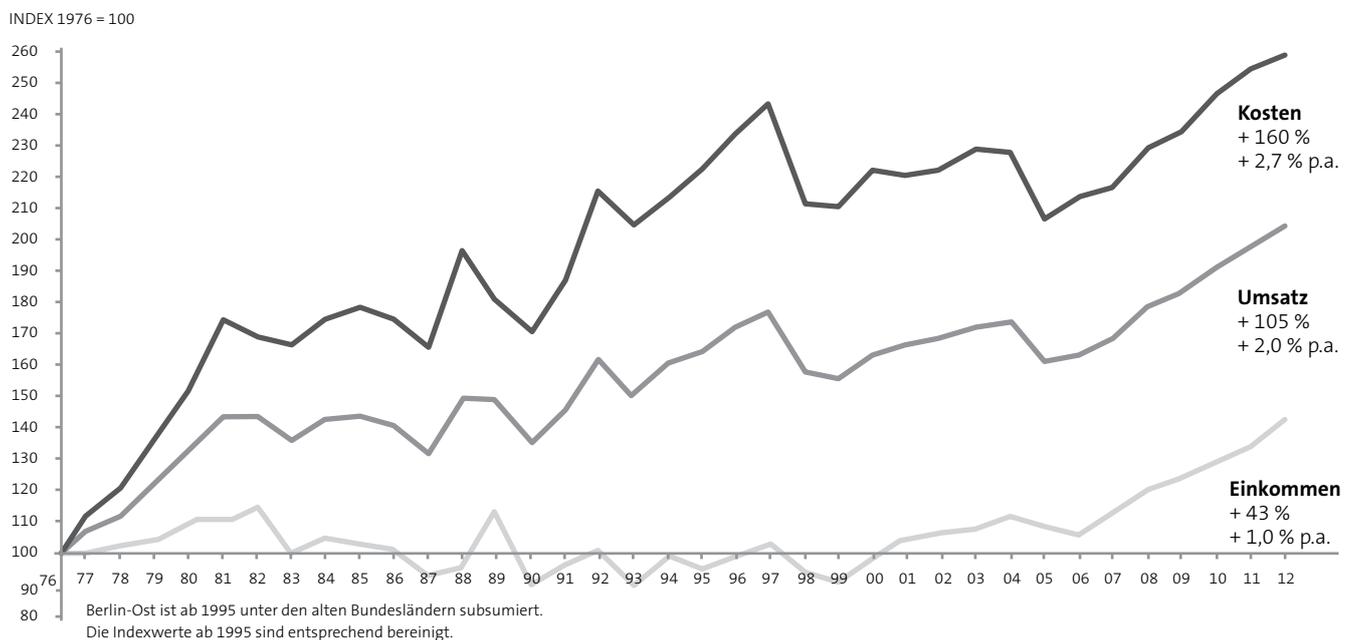
Im Jahr 2012 blieben 57 Prozent der Zahnärzte in Ostdeutschland mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert von 109.641 Euro, 43 Prozent erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2012 bei 98.760 Euro.

Für den Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,5 Stunden, davon entfielen 34,6 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden in der Praxis 4,06 Personen beschäftigt, einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger.



➤ Realwertentwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses je Praxisinhaber – Alte Bundesländer

[Grafik 2a]



➤ Umsatz, Kosten und Einkommen je Praxisinhaber – Alte Bundesländer

[Grafik 2b]

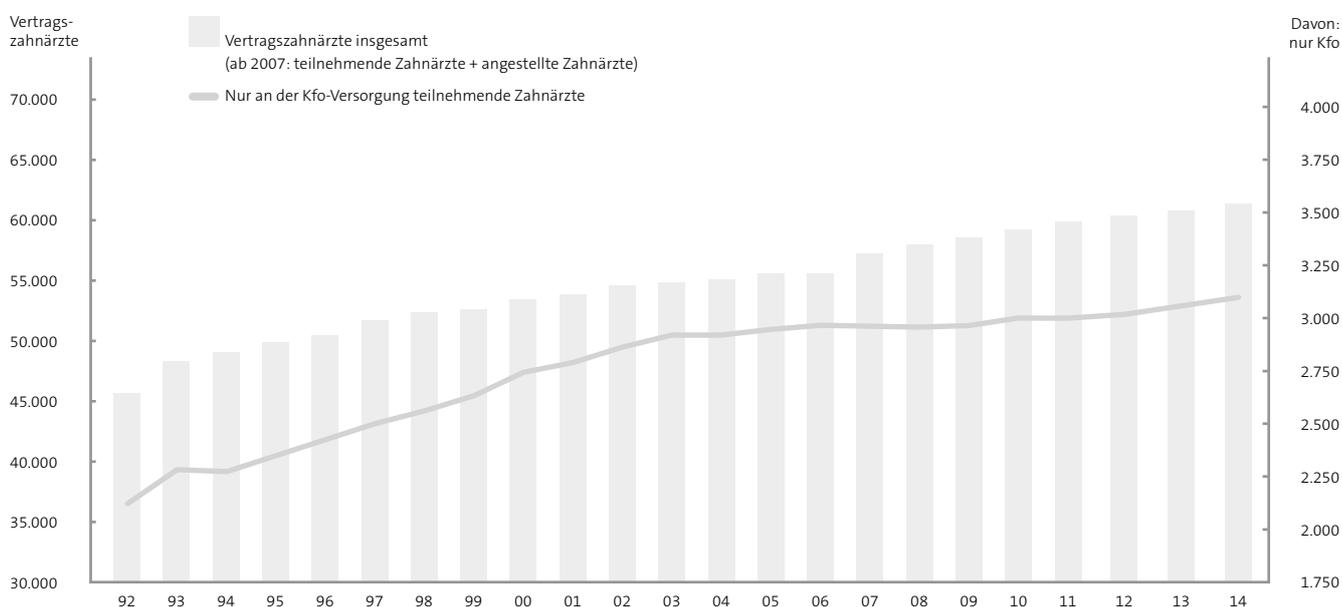
Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte

Das seit dem 1. Januar 2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde zum 1. Juli 2007 durch Änderungen der Bundesmantelverträge präzisiert. Damit wurden neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen. Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte können nun in erweitertem Umfang Zahnärzte anstellen, Zweigpraxen eröffnen oder gemeinsam überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gründen. Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ist die Bedarfszulassung zum 1. April 2007 weggefallen.

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte (Vertragszahnärzte) in Deutschland betrug Ende des Jahres 2014 52.859 (alte Bundesländer und Berlin 43.734, neue Bundesländer 9.125). Damit verringerte sich die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Prozent (alte Bundesländer – 0,8 Prozent, neue Bundesländer – 0,8 Prozent). Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte belief sich Ende des Jahres 2014 auf 3.067 (alte Bundesländer und Berlin: 2.653, neue Bundesländer ohne Berlin 414) und stieg damit im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal um 0,8 Prozent.

Die insgesamt rückläufige Zahl der Vertragszahnärzte stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des VÄndG Anfang des Jahres 2007 gesehen werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des IV. Quartals 2013 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 7.733, Ende des IV. Quartals 2014 auf 8.720. Wesentliche Gründe für den Anstieg der Zahl der angestellten Zahnärzte dürften sein, dass einerseits Vertragszahnärzte aus der Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis gewechselt sind und andererseits Berufsanfänger in stärkerem Maße statt der Selbstständigkeit ein Angestelltenverhältnis bei Vertragszahnärzten gewählt haben.

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte betrug am Ende des IV. Quartals 2013 60.997 (+ 0,8 Prozent gegenüber IV/2012) und am Ende des IV. Quartals 2014 61.579 (+ 1,0 Prozent gegenüber IV/2013). Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV). [Grafik 3]



Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

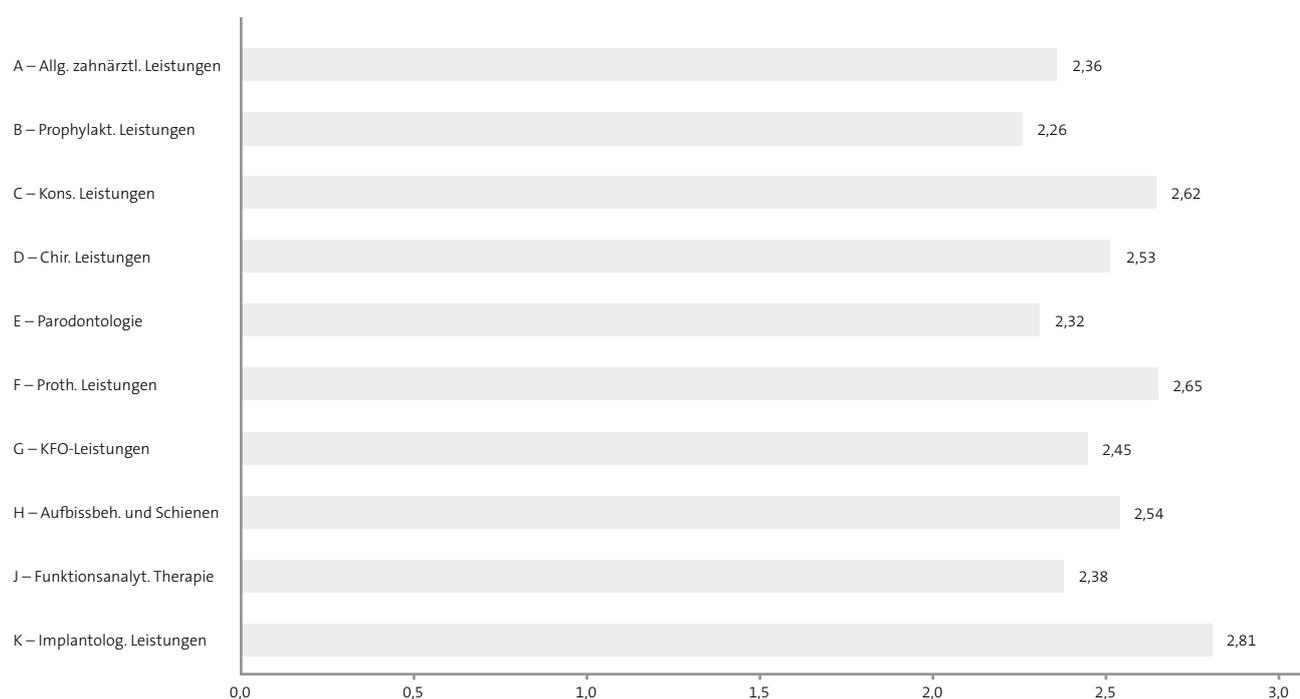
Das Abrechnungsverhalten von Zahnärzten bei privaten Leistungen wird regelmäßig überprüft. Dazu dient die jährlich durchgeführte, langfristig angelegte GOZ-Analyse, die gemeinsam von KZBV und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unter Beteiligung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) durchgeführt wird.

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. Im Jahr 2012 erfuhr die GOZ-Analyse eine qualitative wie quantitative Weiterentwicklung hinsichtlich einer Umstellung auf eine zufällige Praxisstichprobenerhebung mit einem bundeseinheitlichen Verfahren zur Gewinnung von Teilnehmern sowie einer Datensatzerweiterung um zusätzliche Informationen. Die Zahl der an der GOZ-Analyse teilnehmenden Praxen wurde im Laufe des Jahres 2012 durch eine Teilnehmerneugewinnung erheblich erweitert, sodass das Ziel, die Stichprobe auf 5 Pro-

zent aller deutschen Zahnarztpraxen zu erweitern und eine auch regional repräsentative Datengrundlage zu schaffen, erreicht werden konnte.

Die Gebührenordnung der Zahnärzte wurde zum 1. Januar 2012 novelliert. Die neue Gebührenordnung löste die seit dem Jahr 1988 unverändert geltende alte Gebührenordnung für Zahnärzte ab.

Für das Jahr 2013 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kernergebnisse zum Liquidationsverhalten bei der Behandlung von Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,49 für persönliche Leistungen und bei 1,96 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 75,3 Prozent der Leistungen zum 2,3-fachen GOZ-Faktor liquidiert. 12,7 Prozent wurden unter dem 2,3-fachen und 12,0 Prozent über dem 2,3-fachen GOZ-Faktor abgerechnet. Für das Jahr 2013 wurde das Liquidationsverhalten auf das Bundesgebiet hochgerechnet; damit entfällt die bisherige Darstellung der ungewichteten Stichprobenverteilungen [Grafik 4].



Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apotheker-verbände	DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
AK EPHV	Arbeitskreis Epidemiologie, Public Health und Versorgungsforschung	DÄV	Deutscher Zahnärzte Verlag
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH	DGFDT	Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	DGKH	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene
BÄK	Bundesärztekammer	DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung	DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
BdZA	Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni	DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
BdZM	Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland	DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
BEHSR	Behavioral, Epidemiologic and Health Services Research Scientific Group	DMS V	Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	dSiC	dynamic Significant Caries
BZÄK	Bundeszahnärztekammer	ECC	Early Childhood Caries
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands	eGK	elektronische Gesundheitskarte
CED	Council of European	EMI	European Movement International
CME	Continuing Medical Education	EURO-Z-II-Studie	Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im euroäischen Kontext
		FAU	Friedrich-Alexander-Universität
		FDI (ERO)	World Dental Federation (European Regional Organisation)

FDI	World Dental Federation	KVK	Krankenversichertenkarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH	KZVen	Kassenzahnärztliche Vereinigungen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
GKV-SV	Gesetzliche Krankenversicherung – Spitzenverband	NKR	Nationale Normenkontrollrat
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	Pls	Page-Impressions
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung	SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
GOZ	Gebührenordnung Zahnärzte	SiC	Significant Caries
HIV	Human Immunodeficiency Virus	SKM	Standardkosten-Modells
HTA	Health Technology Assessment	SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
IADR	International Association for Dental Research	TTIP	Transatlantisches Freihandelsabkommen
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte	UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
IfK	Informationsstelle für Kariesprophylaxe	VDDI	Verband der Deutschen Dental-Industrie e.V.
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	WHO	Weltgesundheitsorganisation
IT	Informationstechnik	zm	Zahnärztliche Mitteilungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	ZOD	Zahnärzte-Online Deutschland
KCH	konservierend-chirurgische Fälle	ZZQ	Zentrum Zahnärztliche Qualität
KFO	kieferorthopädische Fälle		
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz		

> **Impressum**

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Universitätsstraße 73
50931 Köln

Telefon: 0221 40 01-0

Fax: 0221 40 40 35

E-Mail: post@kzbv.de

Website: www.kzbv.de

Facebook: [facebook.com/vertragszahnaerzte](https://www.facebook.com/vertragszahnaerzte)

Twitter: twitter.com/kzbv

Redaktion

Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Kai Fortelka (Leitung), Christian Albaum, Andrea Kleu-Özcan, Daniela Dorsch, Sabine Schubert, Sylvia Schröder

Layout

atelier wieneritsch, beau bureau

Druck

Locher Print + Medien GmbH

Fotos

Luftbildfotograf – Fotolia.com · Stillfx – Fotolia.com · frog-travel – Fotolia.com · serkucher – Fotolia.com · KZBV/Axentis
Gresei – Fotolia.com · zm-mg · KZBV/Darchingier · iStockphoto.com/lzabelite · KBV · KZBV/Axentis · smuki – Fotolia.com
KZBV/Darchingier · KZBV · Alex Yeung – Fotolia.com · vschlichting – Fotolia.com · sergign – Fotolia.com · graja – Fotolia.com

Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2014 bis Juni 2015.
