

»» Agenda Mundgesundheit

Versorgung wohnortnah und präventionsorientiert weiterentwickeln und gestalten

Gesundheitspolitische Positionen
der Vertragszahnärzteschaft



2021
2020
2019
2018
2017

» Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung **KZBV**

4

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vertritt die Interessen der knapp 53.000 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und der rund 10.000 angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte¹ in Deutschland. Sie ist die Dachorganisation der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist es Aufgabe der KZBV, die zahnmedizinische Versorgung mitzugestalten und diese sicherzustellen. Bei Gesetzgebungsverfahren oder gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Bundesebene bringt die KZBV die Positionen der Vertragszahnärzteschaft ein. Die KZBV ist stimmberechtigte Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem höchsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zusammen mit den Körperschaften und Organisationen von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gestaltet die KZBV im G-BA den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung maßgeblich mit. Als Einrichtung der zahnärztlichen Selbstverwaltung verhandelt sie mit dem GKV-Spitzenverband die weitere Ausgestaltung der Leistungserbringung in der GKV.

¹ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in der Folge ausschließlich die Bezeichnung „Zahnärzte“ verwendet. Gemeint sind immer Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Inhaltsverzeichnis²

Grundsätze und Positionen	7
Zielsetzung	8
Standortbestimmung	10
Erfolge durch Prävention – Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)	10
Stabile Versorgung in der Fläche	12
Festzuschussystem als bewährtes Steuerungsinstrument	13
Hohes Versorgungsniveau im europäischen Kontext	14
Soziodemografische Herausforderungen	14
Jobmotor Zahnmedizin	15
Zahnarzt-Patientenverhältnis im Fokus: Mundgesundheitskompetenz weiter stärken	16
Präventionsorientierung schafft „dental awareness“	16
Förderung der Mundgesundheitskompetenz – Patienten beraten und persönlich begleiten	17
Mundgesundheit erhalten – Prävention ausbauen	20
PAR-Versorgungskonzept – Strukturierte Nachsorge mit Bonussystem	20
Mundgesundheit über den gesamten Lebensbogen hinweg – Erfolge verstetigen	23
Den demografischen Wandel meistern – Flächendeckende Versorgung wohnortnah sicherstellen	24
Gleichwertige Versorgung deutschlandweit sicherstellen – MVZ versorgungsorientiert ausgestalten	24
Degression abschaffen	27
Sprechende Medizin vergüten	27
Passgenaue Regelungen für die vertragszahnärztliche Versorgung	28
Qualität fördern – Bürokratie abbauen	30
Agenda Qualitätsförderung weiterverfolgen	30
Aus Fehlern lernen	30
Den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung Rechnung tragen	31
Digitalisierung des Gesundheitswesens	32
Chancen nutzen, Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten	32
Telematikinfrastruktur ausbauen	33
Handlungs- und Gestaltungsspielräume für die Selbstverwaltung ermöglichen	34
Freiberuflichkeit und zahnärztliche Selbstverwaltung stärken	34
Gemeinsamer Bundesausschuss: Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung berücksichtigen	35
Wettbewerb im Gesundheitswesen stärken	36
Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV – Duales System erhalten und weiterentwickeln	36
Wettbewerb um qualitativ hochwertige Versorgung fördern	37

² Die Agenda Mundgesundheit 2017-2021 steht unter www.kzbv.de/agenda-mundgesundheitsstudie mit regelmäßig aktualisierten Grafiken zum Download bereit.

Grundsätze und Positionen

- Der Patient steht im Zentrum unseres Versorgungsgeschehens. Wir wollen die Mundgesundheit und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter verbessern, seine Mundgesundheitskompetenz stärken, ihm als Partner in der zahnmedizinischen Versorgung zur Seite stehen und uns für seine Belange einsetzen.
- Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Sie ist Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen und das partnerschaftliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.
- Als überzeugte Freiberufler stehen wir Zahnärzte in Deutschland zu unserer ethischen und sozialen Verantwortung.
- Unsere Aufgabe als KZBV und KZVen ist es, eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und flächendeckende zahnärztliche Versorgung sicherzustellen. Damit die Menschen, die in ländlichen Räumen sowie in einkommensschwachen Regionen leben, nicht von der Versorgung abgekoppelt werden, ist es dringend geboten, die Versorgung durch freiberuflich tätige Vertragszahnärzte in bewährten Praxisstrukturen weiter zu fördern, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) arztgruppenübergreifend auszugestalten und Anstellungsgrenzen in reinen Zahnarzt-MVZ im gleichen Umfang einzuführen, wie sie für Einzel- und Mehrbehandlerpraxen gelten.
- Wir setzen auf den weiteren Ausbau der erfolgreichen Präventionsstrategie in der Zahnmedizin. Wir wollen Karies weiter eindämmen und die Volkskrankheit Parodontitis bekämpfen. Wir machen daher Vorschläge für eine bessere Prävention und Therapie von Parodontalerkrankungen.
- Wir nutzen die Chance der Digitalisierung, um die zahnmedizinische Versorgung weiter zu verbessern. Gleichzeitig setzen wir uns für die Einhaltung höchster Datenschutz- und Datensicherheitsstandards ein.
- Die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung müssen in der Gesetzgebung und in den Strukturen der Selbstverwaltung stärker Berücksichtigung finden.
- Die Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Qualität ist Teil unseres Sicherstellungsauftrages. Wir lehnen eine durch zunehmende Institutionalisierung entstehende überbordende „Qualitätsbürokratie“ ab. Eine ausschließlich sektorenübergreifende Ausrichtung der Qualitätssicherung ist für die zahnmedizinische Versorgung nicht zielführend.
- Wir fordern, die bürokratische Überbelastung der Praxen abzubauen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu haben.
- Die Selbstverwaltung ist ein zentrales Fundament unseres Gesundheitswesens. Sie braucht Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Es bedarf einer klaren Aufgabentrennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht mit einer Beschränkung auf die Rechtsaufsicht.
- Wir sprechen uns für den Erhalt kollektiver Versorgungsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung aus.
- Wir wollen ein Gesundheitswesen, in dem es Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung gibt. Dazu braucht es Angebotsvielfalt sowohl auf Seiten der Leistungsträger als auch auf Seiten der Kostenträger. Ein duales Versicherungssystem mit einer privaten Gebührenordnung neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) ist dafür die Voraussetzung. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab.

Zielsetzung

8

Die obersten Ziele und Handlungsfelder der Vertragszahnärzteschaft sind die **Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung** sowie die Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung. Insbesondere vor dem Hintergrund des **demografischen Wandels** begreifen KZBV und KZVen es als eine ihrer dringlichsten Aufgaben, in ganz Deutschland die Versorgung gleichwertig sicherzustellen, sodass die Menschen unabhängig von ihrem Wohnort und ihrem sozialen Status Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung und Teilhabe am medizinischen Fortschritt haben.

Die Menschen in Deutschland sollen auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten können. Deshalb konzentrieren wir uns darauf, **Karies weiter einzudämmen** und **Parodontitis erfolgreich zu bekämpfen**. Dies stellt einen erheblichen Gewinn für die Lebensqualität dar. Um dies zu erreichen, sind eine konsequente Präventionsorientierung sowie ein geschütztes und vertrauensvolles Zahnarzt-Patientenverhältnis unerlässlich.

Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung ist die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), die im Sommer 2016 veröffentlicht wurde. Sie gibt Auskunft über den Status Quo der Mundgesundheit in Deutschland und ist Richtschnur für die Zukunft, indem sie die künftigen Behandlungsbedarfe der Patienten und damit die Handlungsfelder der Zahnärzteschaft aufzeigt. So wissen wir heute, dass mit der Hinwendung zur präventionsorientierten Zahnmedizin der Grundstein für den Erfolg im Kampf gegen Karies gelegt wurde. Für die Zukunft gilt es, diesen Erfolgsweg kontinuierlich weiterzugehen und dafür Sorge zu tragen, dass auch Risikogruppen, wie pflegebedürftige Menschen und

Menschen mit Behinderung, gleichberechtigt daran teilhaben können. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen wird die Umsetzung eines bedarfsgerechten und dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Versorgungskonzepts für die Behandlung von Parodontalerkrankungen die größte Herausforderung darstellen. Dies wird einen gemeinsamen Kraftakt von Zahnärzteschaft, Politik und Selbstverwaltung erfordern.

Die Vertragszahnärzteschaft sieht die **Digitalisierung** im Gesundheitswesen als Chance zur Stärkung der Patientenkompetenz, zur Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsinformationen sowie einer effizienteren Patientenversorgung. Dabei ist es essenziell, die richtige Balance zwischen den Chancen und dem Nutzen digitaler Lösungen und dem Einhalten von **Datenschutzstandards** zu wahren und **Datensicherheit** jederzeit zu gewährleisten.

Damit die Zahnärzteschaft ihre Aufgaben bewältigen kann, sind Rahmenbedingungen erforderlich, die es dem Zahnarzt ermöglichen, Therapieentscheidungen nach seinem zahnärztlichen Fachwissen, gemeinsam mit dem Patienten und zum Wohl des Patienten zu treffen. Die Eigenverantwortung der Patienten und ihre Mundgesundheitskompetenz gilt es weiter zu stärken. Freiberuflich tätige und weisungsunabhängige Zahnärzte gewährleisten eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung und stehen als Heilberufler zu ihrer ethischen und sozialen Verantwortung. Therapiefreiheit, Freiberuflichkeit und das Recht der Patienten auf freie Arztwahl sind die Eckpfeiler dafür, dass die Vertragszahnärzteschaft ihren Sicherstellungsauftrag für eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen in unserer Gesellschaft leisten kann.

Erkenntnisse aus dem ärztlichen Bereich sowie Regelungen für den ärztlichen Bereich können nicht ohne Weiteres auf den zahnärztlichen Bereich übertragen werden. Daher ist es notwendig, die Rahmenbedingungen für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich und seine spezifischen Belange in eigenen Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V zu regeln. Den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung sollte auch zukünftig durch **passgenaue und eigenständige Regelungen im SGB V** stärker Rechnung getragen werden.

Eine funktionierende Selbstverwaltung mit ausreichend Handlungs- und Gestaltungsspielräumen ist das zentrale Fundament unseres Gesundheitswesens. Sie macht die Stärke des deutschen Gesundheits-

wesens aus und hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Selbstverwaltung ist nah am Versorgungsgeschehen, an den Problemen vor Ort. Selbstverwaltung ist nah am Patienten und seinen Bedürfnissen. So treffen die Akteure der Selbstverwaltung eine Vielzahl von versorgungsrelevanten Entscheidungen mit hoher Fachkompetenz in einem Prozess des fachlichen Interessenausgleichs. Dazu bedarf es einer klaren Aufgabentrennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht, die sich einzig und allein auf die Rechtsaufsicht beschränkt. Ein pluralistisches Gesundheitswesen mit **freiberuflichen Strukturen, freier Arztwahl der Patienten und einem selbstverwalteten System muss das Ziel politischen Handelns sein.**

Standortbestimmung

Erfolge durch Prävention – Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Zahnärzteschaft beispielgebend für das Gesundheitswesen den Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnheilkunde vorangetrieben und damit ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Mundgesundheit bei den Patienten verankert. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)³ zeigt, dass sich die Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung im Vergleich zu den Vorgängerstudien in allen Bereichen und über alle sozialen Schichten hinweg noch einmal verbessert hat. Die hervorragenden Ergebnisse der DMS V bestätigen: Zahnärztliche Prävention wirkt! In keiner anderen medizinischen Disziplin gibt es eine so enge, kausal nachvollziehbare Verbindung zwischen Prävention und Gesundheitszustand.

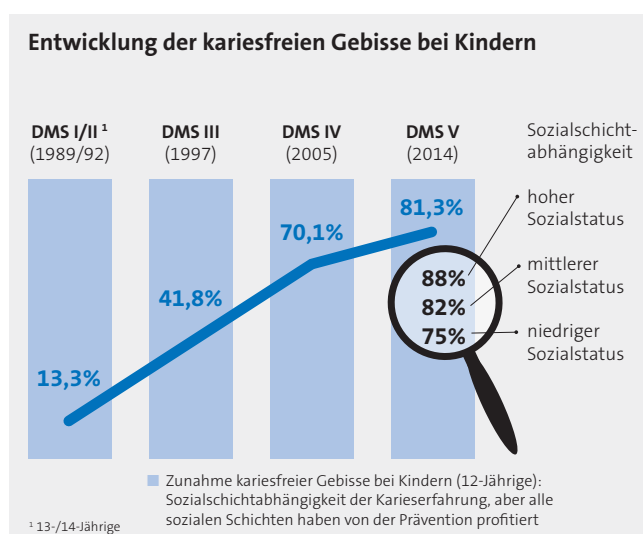
Im Vergleich zu den ersten deutschen Mundgesundheitsstudien im Jahr 1989 für Westdeutschland bzw. 1992 für die neuen Bundesländer ist es in der Gruppe der Kinder zu einem Kariesrückgang von 90 Prozent gekommen. 81 Prozent der 12-jährigen Kinder sind heute kariesfrei. Dieser Erfolg ist nachweislich auf die flächen-

deckende Gruppen- und Individualprophylaxe zurückzuführen und zeigt, dass sich früh einsetzende Präventionsmaßnahmen unabhängig vom sozialen Status für alle Menschen in einer signifikanten Verbesserung der Mundgesundheit niederschlagen.

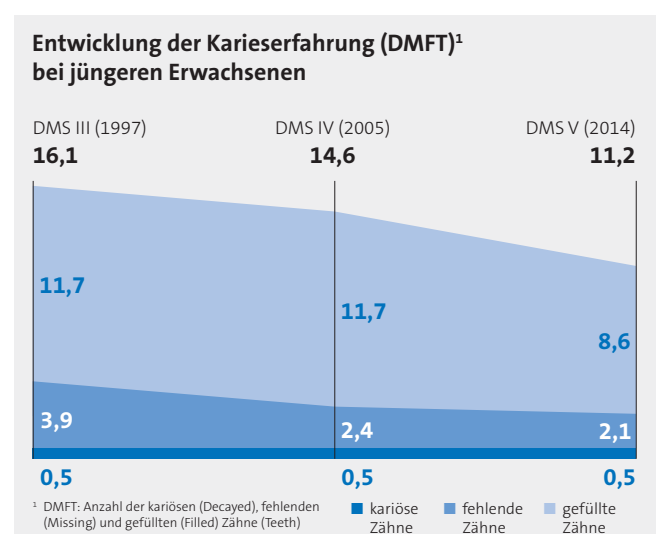
In der Gruppe der Erwachsenen ist ein ebenso nachhaltiger Rückgang der Karies zu verzeichnen. Auch ein Rückgang bei der Anzahl von Füllungen und Kronen ist zu beobachten.

Bei den jüngeren Senioren zeichnet sich ein ähnliches Bild wie bei den Erwachsenen ab. Völlige Zahnlosigkeit hat sich im Vergleich zu 1997 halbiert. So ist heute nur noch jeder achte Senior zahnlos, jüngere Senioren besitzen im Durchschnitt noch 16,4 eigene funktionsfähige Zähne.

Erstmals wurde mit der DMS V auch der Mundgesundheitsstatus älterer Senioren zwischen 75 und 100 Jahren sowie älterer Senioren mit Pflegebedarf erhoben – eine Risikogruppe, der sich die deutsche Zahnärzteschaft schon seit Jahren mit besonderer Aufmerksamkeit und



➤ **Abb. 1:** Entwicklung der kariesfreien Gebisse bei Kindern



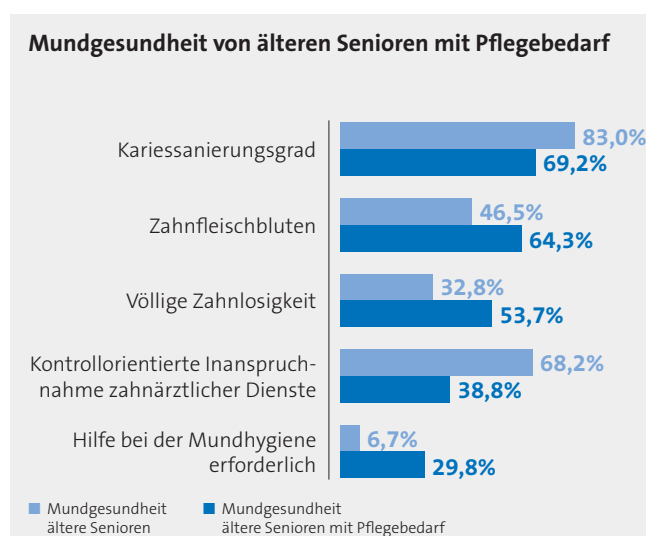
➤ **Abb. 2:** Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT) bei jüngeren Erwachsenen

³ Jordan R. A., Micheels W. (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialienreihe Band 35 des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Deutscher Zahnärzte Verlag (DÄV), Köln 2016, <http://www.kzbv.de/dms>

eigenständigen Konzepten widmet. Insgesamt ist festzuhalten, dass ältere Menschen mit Pflegebedarf eine schlechtere Mundgesundheit haben als die gesamte vergleichbare Altersgruppe. Die verbleibenden Zähne sind häufig weniger funktionstüchtig und weisen einen höheren Versorgungsbedarf auf.

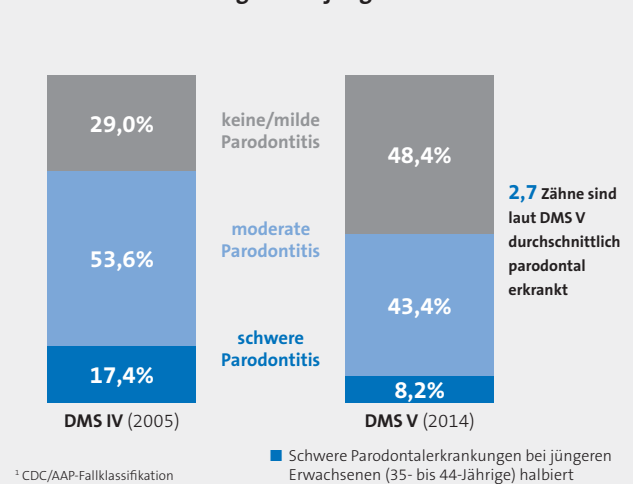
Parallel zu den überaus positiven Entwicklungen im Bereich der Karies zeigen die Daten der DMS V aber auch, dass jeder zweite Erwachsene in Deutschland parodontal erkrankt ist. Zwar hat sich die Erkrankungslast der schweren Parodontitis über den Zeitverlauf halbiert, bedingt durch den zunehmenden Zahnerhalt im höheren Alter und die demografische Entwicklung muss aber weiterhin mit steigenden Behandlungsbedarfen gerechnet werden.

Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung stellt der Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis daher zukünftig eine der größten Herausforderungen für die zahnmedizinische Versorgung dar. Ohne die Unterstützung der Politik bei der Ausgestaltung der Versorgung und ihrer Vergütung wird die Bewältigung dieser Aufgabe nicht gelingen.



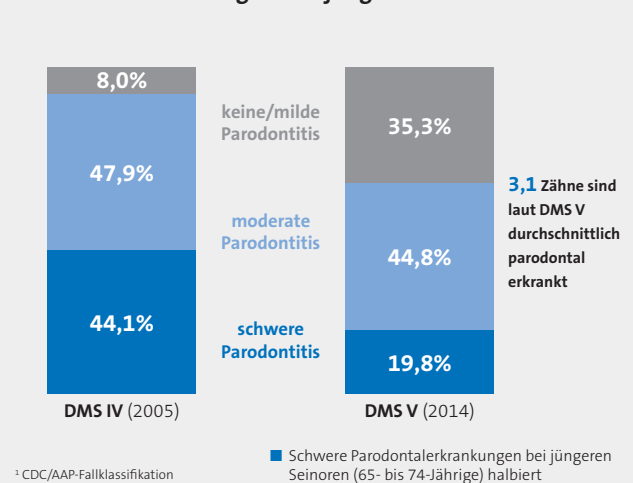
> **Abb. 3:** Mundgesundheit von älteren Senioren mit Pflegebedarf

Parodontalerkrankungen¹ bei jüngeren Erwachsenen



> **Abb. 4:** Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen

Parodontalerkrankungen¹ bei jüngeren Senioren



> **Abb. 5:** Parodontalerkrankungen bei jüngeren Senioren

Stabile Versorgung in der Fläche

Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland befindet sich weiterhin auf einem stabilen Niveau. Damit erfüllen KZBV und KZVen heute ihren Auftrag, eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Kurzfristig ist nicht mit einer Verschlechterung der Versorgungssituation zu rechnen. Die Zahlen der Neuimmatrikulationen von Studierenden der Zahnmedizin bzw. Approbationen bewegen sich in den letzten Jahren ebenfalls auf einem stabilen Niveau. Eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zeigt, dass ein Großteil der Zahnärzte bereits im Studium plant, später in der Patientenversorgung tätig zu sein. Auch in den ersten Berufsjahren ist kein vermehrtes Abwandern in Tätigkeitsfelder außerhalb der Patientenversorgung zu beobachten.⁴

Darüber hinaus zeigt die Studie, dass junge Zahnärzte vor einer Niederlassung zunächst verstärkt in einem Angestelltenverhältnis tätig sein wollen. Diesem Anliegen tragen die Praxen Rechnung. Daraus kann sich auch die Möglichkeit der Nachfolge in der Praxis ergeben.

Zunächst beginnen viele junge Zahnärzte ihre zahnärztliche Tätigkeit als Angestellte. In den mittleren Jahrgängen wird ein substanzieller Anteil der Angestellten als

Vertragszahnarzt tätig. Von den älteren Jahrgängen, in denen viele Vertragszahnärzte ihre Tätigkeit beenden, arbeiten noch eine ganze Reihe von Zahnärzten als Angestellte weiter, wie ein erneuter Anstieg der Zahl der angestellten Zahnärzte in dieser Altersgruppe zeigt. Dies geht aus einer jährlichen Umfrage der KZBV zu den Versorgungsstrukturen in den KZVen hervor.

Mittelfristig lassen Prognosen aber darauf schließen, dass mit einer Verschlechterung der Versorgungssituation, die die Gefahr lokaler Unterversorgung birgt, gerechnet werden muss. In den nächsten Jahren wird sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern eine größere Zahl älterer Zahnärzte aus ihrem Beruf ausscheiden. So liegt beispielsweise der Anteil der über 50-jährigen Zahnärzte in ländlichen Regionen der neuen Bundesländer bei über 60 Prozent, der Anteil der über 60-jährigen Zahnärzte bei knapp 21 Prozent. Hier ist mit einem Ausscheiden überproportional vieler Zahnärzte noch in den nächsten Jahren zu rechnen. Die hier skizzierte Gefahr der lokalen Unterversorgung droht durch die regionalen Konzentrationsprozesse bei den fachgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) noch verstärkt zu werden.

Anteil der über 50-jährigen und der über 60-jährigen Zahnärzte an allen Zahnärzten in den KZVen – Jahr 2016

KZVen	Anteil der über 50-jährigen		Anteil der über 60-jährigen	
	Stadt	Land	Stadt	Land
Alte Bundesländer	47,5 %	49,2 %	17,3 %	18,5 %
Neue Bundesländer	57,1 %	62,7 %	19,4 %	20,9 %
17 KZVen	48,2 %	54,2 %	17,4 %	19,4 %

Quelle: KZBV Statistik

➤ **Abb. 6:** Anteil der über 50-jährigen und der über 60-jährigen Zahnärzte an allen Zahnärzten in den KZVen – Jahr 2016

⁴ Kettler, Nele; Klingenberg, David: Was junge Zahnärzte heute wollen. IDZ-Studie zum Berufsbild. zm 106, Nr. 24 A, 16.12.2016, (2918)

Festzuschusssystem als bewährtes Steuerungsinstrument

Die Ergebnisse der DMS V demonstrieren eindrucksvoll den Erfolg der Hinwendung zu einer präventionsorientierten Versorgung. Gleichzeitig hat die Zahnärzteschaft die prothetische Versorgung mit Zahnersatz zu keinem Zeitpunkt aus den Augen verloren. Hier hat sich das befundorientierte Festzuschusssystem, das im Jahr 2005 eingeführt wurde, als wirksames Steuerungsinstrument bewährt.⁵

In der Zahnmedizin gibt es für eine Befundsituation oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die sich im Hinblick auf die Kosten erheblich unterscheiden können und zum Teil deutlich über die notwendige Grundversorgung hinausgehen. Der Grundleistungskatalog der zahnmedizinischen Versorgung muss den gesetzlichen Vorgaben entsprechend eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich notwendige Versorgung abbilden, die zugleich an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst wird. Bei einem gegebenen Leistungsanspruch des Patienten können und sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht alle wünschenswerten Therapiealternativen von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Ausdrücklich verlangt der Gesetzgeber, dass die Mehrkosten für diese Therapiealternativen vom Patienten selbst zu tragen sind.

Im Festzuschusssystem abgebildet ist die Unterscheidung zwischen „need dentistry“ und „want dentistry“. „Need dentistry“ deckt das medizinisch notwendige

über einen Grundleistungskatalog ab. Die Festlegung dieses Grundleistungskatalogs wird im gesellschaftlichen Konsens getroffen. Mit der Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen und dem Festzuschusssystem für Zahnersatz steht den gesetzlich Versicherten aber auch die Tür zur „want dentistry“ offen, bei der individuelle, oft ästhetisch motivierte Wünsche des Patienten im Vordergrund stehen.

Eine kontinuierliche Überprüfung im G-BA sichert die Fortentwicklung der Regelversorgung und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Auch die im Festzuschusssystem verankerten Wahlmöglichkeiten des Patienten sichern diese Teilhabe. Mit dem Bonussystem bestimmt sich die Höhe des Zuschusses durch Art und Umfang des präventionsorientierten Verhaltens. Im Mittelpunkt stehen die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Der Patient entscheidet gemeinsam mit seinem Zahnarzt über die notwendige Therapie. So stärkt das Festzuschusssystem auch den Patienten und seine Mundgesundheitskompetenz und fördert das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt. Die umfassende Härtefallregelung sorgt dafür, dass kein Patient auf die notwendige Versorgung mit Zahnersatz aus finanziellen Gründen verzichten muss. Das Festzuschusssystem ist sozial gerecht und ermöglicht allen Menschen Chancen auf ein mündiges Leben.

⁵ S. auch Festschrift „10 Jahre Festzuschüsse zum Zahnersatz“: www.kzbv.de/10-jahre-fz sowie Flyer „Zahnersatz: Kosten – Therapien – Beratung“

Hohes Versorgungsniveau im europäischen Kontext

Deutschland zeichnet sich schon heute im internationalen Vergleich durch eine hervorragende Mundgesundheit der Bevölkerung aus.⁶ Eine vergleichende Gegenüberstellung mit Ländern, die einen ähnlichen soziodemografischen Hintergrund haben, zeigt, dass die Mundgesundheit in Deutschland in wichtigen Bereichen eine führende Rolle einnimmt. Insbesondere bei den Jugendlichen belegt Deutschland einen Spitzenplatz. Ein im europäischen Kontext umfassender, solidarisch finanzierter Leistungskatalog der gesetzlichen Kranken-

kassen ermöglicht allen Versicherten eine qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung. Die finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten in Deutschland ist im internationalen Vergleich niedrig. Die Regelversorgung beim Zahnersatz mit einem Festzuschuss und einer Regelung zur Vermeidung sozialer Härten ist bei Patienten, Zahnärzten, Krankenkassen und der Politik gleichermaßen anerkannt und sichert ein hohes Versorgungsniveau bei gleichzeitiger Teilhabe am zahnmedizinischen Fortschritt. Dies ist einmalig in Europa.

Soziodemografische Herausforderungen

Bei Karies ist es in den vergangenen neun Jahren zu einem erheblichen Rückgang in der Anzahl der Erkrankung wie auch ihrer Schwere gekommen. Dieser Trend gilt für alle Bevölkerungsgruppen, sozialen Schichten und nahezu alle Altersgruppen. Bei der Parodontitis hat sich zwar die Schwere der Erkrankungslast über den Zeitverlauf halbiert. Hervorzuheben ist jedoch, dass heute jeder zweite Erwachsene in Deutschland parodontal erkrankt ist.

Bereits heute wissen wir: Die Hauptlast beider Erkrankungen verschiebt sich auf das hohe Alter. Dieser Effekt, die sogenannte Morbiditätskompression, wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels den Behandlungsbedarf erheblich ansteigen lassen. Speziell bei Parodontalerkrankungen trägt zudem die Tatsache, dass immer weniger alte Patienten völlig zahnlos sind, zu einem prognostischen Anstieg des Behandlungsbedarfs bei. In der Regel verschlechtert sich der Zustand der Mundgesundheit mit dem Eintritt in die Pflegebedürf-

tigkeit erheblich. Herausforderungen der zahnmedizinischen Versorgung werden daher zukünftig noch stärker auf die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet sein müssen.

Aufgrund des demografischen Wandels wird auch die Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensbedingungen in ganz Deutschland eine Herausforderung darstellen. Durch die starke Sogwirkung von Städten und einkommensstarken Ballungsräumen ist zu befürchten, dass die Menschen in einkommensschwachen und ländlichen Regionen von der medizinischen Versorgung abgekoppelt werden. Dieser Entwicklung gilt es entschieden entgegenzuwirken. Stadt und Land dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Hier bedarf es kluger Versorgungskonzepte, die eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung insbesondere in Flächenstaaten weiterhin gewährleisten. Politik und Zahnärzteschaft müssen gemeinsam auf diese Herausforderungen reagieren.

⁶ EURO-Z-II – Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext: Das Euro-Z-Projekt wurde erstmals im Jahr 1999 initiiert und erschien im März 2015 in aktualisierter Fassung. Die Studie bietet Einblick in die Systeme zahnmedizinischer Versorgung in Europa und analysiert die unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme von sieben Ländern in Europa.

Jobmotor Zahnmedizin

In Deutschland arbeiten knapp 53.000 Vertragszahnärzte sowie weitere knapp 10.000 bei Vertragszahnärzten angestellte Zahnärzte in über 40.000 Zahnarztpraxen (2014/ 2015). Ende 2014 wurden in den Zahnarztpraxen in Deutschland insgesamt rund 244.000 Arbeitnehmer entgeltlich beschäftigt, darunter ca. 30.000 Auszubildende. Damit waren im Jahr 2014 einschließlich Praxisinhabern rund 300.000 Personen in Zahnarztpraxen beschäftigt. Darüber hinaus hängen knapp 100.000 weitere Arbeitsplätze direkt von den Zahnarztpraxen ab: Arbeitsplätze in gewerblichen Laboren, Dentalhan-

del, Dentalindustrie sowie zahnärztlichen Körperschaften. Zusammen ergeben sich daraus knapp 400.000 Arbeitsplätze in Deutschland. Auf die Beschäftigten in den Zahnarztpraxen entfiel laut Lohnerhebung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw) im Jahr 2014 in Deutschland eine Lohnsumme von 4,7 Mrd. Euro. Hinsichtlich der Beschäftigtenzahl stellt die Zahnärzteschaft damit einen nicht zu unterschätzenden Beschäftigungs- und Wirtschaftsfaktor dar.⁷

⁷ Quelle: KZBV: Jahrbuch 2016

Zahnarzt-Patientenverhältnis im Fokus: Mundgesundheitskompetenz weiter stärken

Präventionsorientierung schafft „dental awareness“

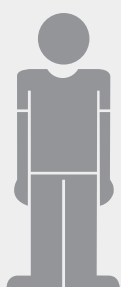
Die Erfolge bei der Mundgesundheit in Deutschland sind auf die seit Jahren etablierte Präventionsorientierung in der zahnmedizinischen Versorgung zurückzuführen. So zeigt die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), dass die „Selbstwirksamkeitserwartung“ zur eigenen Mundgesundheit heute besonders hoch ist: Zwischen 70 und 80 Prozent der Befragten – je nach Altersgruppe – sind davon überzeugt, viel oder sehr viel für die Gesundheit der eigenen Zähne tun zu können. Jedes zweite Kind und jeder dritte Erwachsene kennt die Empfehlungen zur Mundpflege. Dazu gehören das

Wissen um die Bedeutung regelmäßiger zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen, die Kenntnis der Empfehlungen zur Mundpflege und der zunehmende Einsatz von Hilfsmitteln in der Mundhygiene. Hier zeigt sich, dass die etablierten Präventionsinstrumente, beginnend mit der Gruppenprophylaxe in Kita und Grundschule, verzahnt mit Maßnahmen der Individualprophylaxe, zu einer deutlichen Verbesserung des Zahn- und Mundhygieneverhaltens geführt haben. Das Bonussystem setzt hier einen weiteren Anreiz.

Selbstwirksamkeitserwartung zur eigenen Zahngesundheit

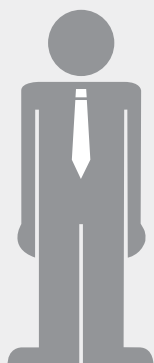
86,0%

Kinder



85,5%

Jüngere Erwachsene



75,6%

Jüngere Senioren



70,3%

Ältere Senioren



„Wie viel kann man selbst tun, um die Gesundheit seiner Zähne zu erhalten oder zu verbessern?“

„Sehr viel“ oder „viel“!

Förderung der Mundgesundheitskompetenz – Patienten beraten und persönlich begleiten

Patienten haben einen Anspruch auf Information, Aufklärung und Orientierung im komplexen Gesundheitswesen. Vor allem die freie Zahnarztwahl ist für Patienten unerlässlich. Der Patient muss weiterhin die Freiheit haben, zwischen Therapiealternativen wählen zu können, um so am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben zu können. Deshalb arbeitet die Zahnärzteschaft daran mit, dass alle Menschen in unserer Gesellschaft einen ungehinderten Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und Leistungen erhalten. Zahnärzte sind beim Thema Mundgesundheit Anwälte und Lotsen ihrer Patienten innerhalb des Gesundheitswesens. Möglich ist dies nur in einem geschützten Vertrauensverhältnis. Dafür ist das Recht auf informationelle Selbstbestimmung entscheidend.

Die Zahnärzteschaft begreift die Förderung der Mundgesundheitskompetenz als integralen Bestandteil ihres Auftrags und berücksichtigt dies in ihren Zielsetzungen wie auch im konkreten Informations- und Beratungshandeln der zahnärztlichen Praxis. Vor diesem Hintergrund hat die KZBV eine Gesamtstrategie zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Deutschland entwickelt, die die bereits bestehenden, vielfältigen Maßnahmen und Strategien bündelt, aufeinander abstimmt und neu ausrichtet. Auf diese Weise werden die unterschiedlichen Maßnahmen einen möglichst effektiven Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz leisten. Darüber hinaus unterstützt die KZBV die Entwicklung eines nationalen Aktionsplans sowie die Gründung einer Allianz für Gesundheitskompetenz, in der alle relevanten Akteure der gesundheitlichen Versorgung ihre Initiativen aufeinander abstimmen.



› **Abb. 8:** Bausteine zur Förderung der Mundgesundheitskompetenz

Quelle: Strategiepapier Mundgesundheitskompetenz

Jeder Zahnarzt hat Informations- und Aufklärungspflichten gegenüber seinen Patienten. Beratung und Aufklärung sind für uns die Basis eines vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnisses. Die Zahnärzteschaft unterstützt die Patienten mit zahlreichen kostenfreien Informationsangeboten. Zweitmeinungsangebote sind für uns selbstverständlich. Über die Beratung in der Praxis hinaus haben die Zahnärzteorganisationen zusätzlich Patientenberatungsstellen eingerichtet.⁸ Dort finden Patienten schnell und einfach kostenfreie Beratungsmöglichkeiten ganz in ihrer Nähe. Im Fall von ernststen Konflikten zwischen Patient und Zahnarzt können Schlichtungsstellen angerufen werden. Diese auf der Basis der Heilberufsgesetze eingerichteten Stellen sind mit Zahnärzten und Juristen besetzt.

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung gibt es ein zwischen Krankenkassen und KZBV vertraglich vereinbartes Gutachterverfahren. Der Gutachter beurteilt, ob eine Versorgungsnotwendigkeit vorliegt und eine geplante Therapie befürwortet wird bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist. In der prothetischen Versorgung gibt es zudem die Nachbegutachtungsmöglichkeit.

Die KZBV gibt eine Übersicht über Beratungsangebote der zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.⁹ Dabei liegt das Augenmerk darauf, die Informationen in leicht verständlicher Sprache oder in Erklär-Videos zur Verfügung zu stellen. Der Schwerpunkt des Informationsangebotes liegt auf den Kosten, die bei einer Zahnersatzbehandlung entstehen. So wird der Heil- und Kostenplan ebenso detailliert erläutert wie die Zusammensetzung von Festzuschuss und Eigenanteil. Eine allgemeinverständliche und zugleich qualitätsgesicherte Beratung ist zentrales Anliegen und Selbstverpflichtung des Berufsstandes. Patienten werden online durch alle Schritte des Behandlungsprozesses geleitet – von der Diagnose über die Behandlung bis hin zur Gewährleistung bei Problemen mit dem Zahnersatz im Anschluss

an die Versorgung. Patienten, die vor einer Zahnersatzbehandlung eine zweite Meinung einholen möchten, können sich an die eigens dafür vorgesehenen zahnärztlichen Beratungsinstanzen vor Ort wenden.¹⁰ Diese sind an die bestehenden zahnärztlichen Beratungsstellen in allen Bundesländern angegliedert.

Digitale Kommunikation ist ein elementarer Baustein einer niederschweligen und transparenten Patienteninformation mit dem Potenzial, die Mundgesundheitskompetenz der Patienten erheblich zu stärken. In Anbetracht der Fülle existierender Informationsangebote sieht die KZBV es als ihre Aufgabe, Patienten eine Orientierungshilfe zu geben, indem sie ihnen jederzeit einen leichten Zugang zu wissenschaftlich fundierten und verständlichen Informationen bietet und sie bei der Navigation im Versorgungssystem unterstützt. So treibt die KZBV bereits seit Jahren die Vermittlung von Mundgesundheitskompetenz gerade bei vulnerablen Patientengruppen auch über digitale Medien und online verfügbare Informationen voran. Beispiele dafür sind die Social-Media-Aktivitäten der KZBV, Erklär-Videos sowie die Webapp „Zahnarztsuche“¹¹, mit der Patienten bundesweit niedergelassene Vertragszahnärzte finden können. Dort werden auch Angaben zur Barrierearmut gemacht. Darüber hinaus stehen auf der KZBV-Homepage Anamnesebögen und Patienteninformationen mehrsprachig zur Verfügung. Die herausgegebenen Materialien orientieren sich eng am patientenseitigen Informationsbedarf und wurden vor ihrer Veröffentlichung auf ihre Verständlichkeit hin getestet. Mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege sowie dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. hat die KZBV einen Informationsflyer zur aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung aufgelegt sowie mit der Bundeszahnärztekammer und dem Deutschen Krebsforschungszentrum den Flyer „Als Krebspatient zum Zahnarzt“ veröffentlicht. Eine Vernetzung von Beratungsangeboten verschiedener Institutionen ist im Sinne und zum Nutzen der Patienten.

⁸ www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de

⁹ www.informationen-zum-zahnersatz.de

¹⁰ www.zahnarzt-zweitmeinung.de

¹¹ www.kzbv.de/app-zahnarztsuche

➤ Zahnmedizinische Gutachten

Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung existiert ein zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband vertraglich vereinbartes Gutachterverfahren. Mit einem Planungsgutachten kann die Krankenkasse vor der Behandlung durch einen Gutachter prüfen lassen, ob eine Versorgungsnotwendigkeit vorliegt, die geplante genehmigungspflichtige Behandlung fachlich befürwortet wird und von der Krankenkasse bezuschusst werden kann. Bei einer Beschwerde des Patienten nach der Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen wird in einem Mängelgutachten die Berechtigung der Beschwerde beurteilt. Hierfür sind erfahrene, qualifizierte und unabhängige Zahnärzte als Gutachter tätig. In Gutachterrichtlinien ist festgelegt, welche Qualifikationen die Gutachter haben müssen und wie sie ihren Pflichten nachkommen müssen. Dem Patienten entstehen bei vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren keine Kosten.

Das zahnärztliche Gutachterwesen genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz. Es dient der Überprüfung und Sicherung der Behandlungsqualität und ist damit bei Patienten, Behandlern und Krankenkassen ein anerkanntes Verfahren.

➤ Die Patientenberatung der zahnärztlichen Körperschaften

(Landes-)Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen haben bereits Mitte der 90er Jahre ein bundesweites Netz von Beratungsstellen für Patienten etabliert. Die zahnärztliche Patientenberatung richtet sich primär an Patienten, die Rat zu speziellen Themen der Zahngesundheit suchen oder konkreten Informationsbedarf im Vorfeld einer zahnmedizinischen Therapie haben. Eine weitere Zielgruppe sind Patienten mit Problemen im Zusammenhang mit einer bereits durchgeführten Behandlung. In diesen Fällen übernehmen die Beratungsstellen eine Art Lotsenfunktion, um Patienten die Hilfe zukommen zu lassen, die sie benötigen. Für die zahnärztliche Patientenberatung gelten folgende Prinzipien:

- fachlich und sozial kompetent
- objektiv, verschwiegen und unabhängig
- leicht zugänglich und verständlich für den Patienten
- qualitätsgesichert, kostenfrei und transparent
- weisungsfrei und frei von wirtschaftlichen Interessen

Unsere Patientenberater sind Ansprechpartner für alle Patienten, die Rat zu einer zahnmedizinischen Behandlung benötigen. Sie verstehen sich als Begleiter der Patienten, auch in Konfliktsituationen mit dem Zahnarzt.

Mundgesundheit erhalten – Prävention ausbauen

PAR-Versorgungskonzept – Strukturierte Nachsorge mit Bonussystem

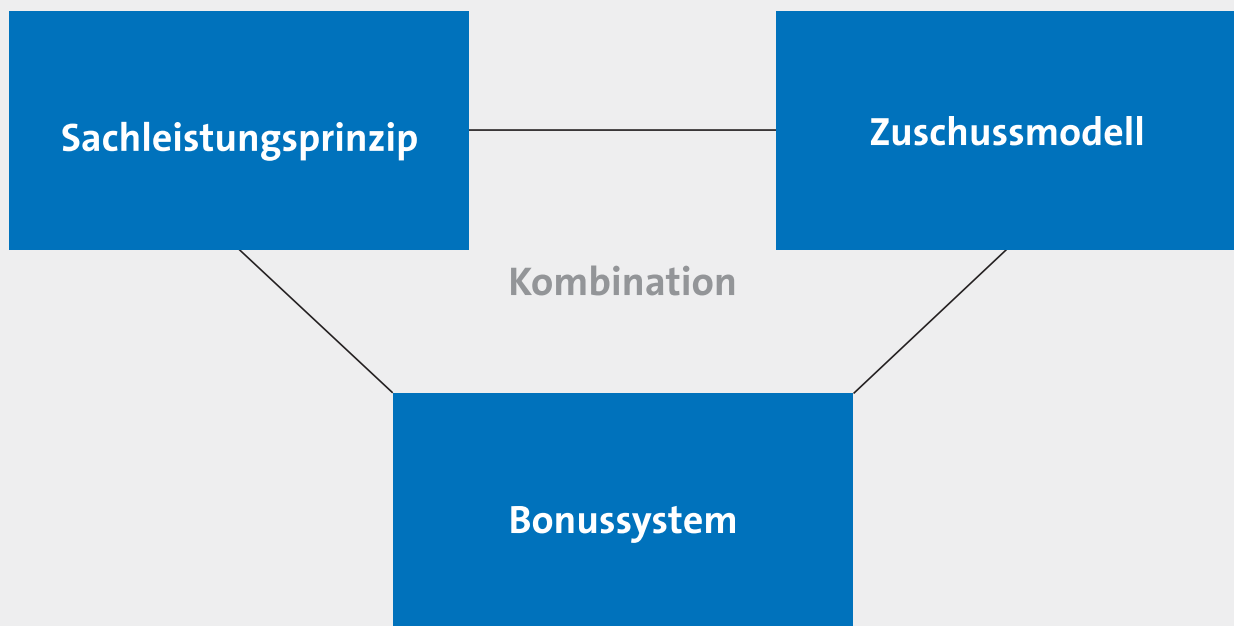
20

Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) zeigt bei Parodontalerkrankungen zwei zentrale Ergebnisse: Auf der einen Seite nimmt die Zahl der Menschen mit Parodontalerkrankungen in Deutschland ab. Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert. Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen rückläufigen Trend bei der Parodontitis trotz mehr erhaltener Zähne. Auf der anderen Seite weist jeder zweite jüngere Senior eine parodontale Erkrankung auf. Insgesamt hat fast jeder Zweite in dieser Altersgruppe eine moderate und jeder Fünfte eine schwere Parodontitis. Bei den älteren Senioren – also den 75- bis 100-Jährigen – verstärkt sich dieser Trend. Hier weisen sogar neun von zehn Menschen eine moderate bzw. schwere Parodontitis auf.

Mit einer modernen, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Parodontitis-Therapie verfolgt die Zahnärzteschaft das Ziel, die hohe Parodontitisprävalenz in Deutschland zu senken und die Mundgesundheit weiter zu verbessern.

Die Ergebnisse der DMS V zeigen, dass sich die chronischen Erkrankungen Karies und Parodontitis im höheren Lebensalter verdichten. Man spricht hier von einer sogenannten Morbiditätskompression. Morbiditätskompression, zunehmende Zahnerhaltung und die Prognose, dass sich die Bevölkerungszusammensetzung in den kommenden Jahrzehnten zu Gunsten älterer Bevölkerungsgruppen verschieben wird, lassen erwarten, dass zukünftig ein Großteil der Behandlungslasten in die älteren Bevölkerungsgruppen verschoben wird. Dies wird sich bei der Parodontitis besonders auswir-

PAR-Versorgungskonzept



Quelle: KZBV

ken. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels muss die zahnmedizinische Versorgung durch bedarfsgerechte Lösungen immer stärker auf die Versorgung älterer Menschen fokussiert werden. Die DMS V zeigt, dass versorgungspolitisch der Handlungsbedarf bei der Bekämpfung der Parodontitis liegt.

Parodontitis ist neben Karies die zweite große Volkskrankheit, die unbehandelt zu Zahnverlust fortschreiten kann, verbunden mit Problemen beim Essen und Sprechen. Selbstvertrauen und Lebensqualität sind beeinträchtigt. Hinzu kommt, dass die Parodontitis keine lokal auf die Mundhöhle begrenzte Infektion ist. Es bestehen Wechselbeziehungen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit. Parodontitis steht in Verbindung mit Typ-2-Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und anderen chronischen Leiden. Eine Verbesserung der parodontalen Gesundheit würde zur Vorbeugung und Kontrolle dieser Erkrankungen beitragen.

Der Aufklärung der Bevölkerung über parodontale Gesundheit und der Prävention kommt ähnlich wie bei der Kariesprävention eine besondere Bedeutung bei der Vermeidung von Parodontitis zu. Zähne können durch eine gezielte Vorsorge bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Die gezielte Mitarbeit des informierten und motivierten Patienten durch eine intensive Mundhygiene beugt in vielen Fällen erfolgreich der Entstehung einer Parodontitis vor.

Da es sich bei Parodontitis um eine chronische Erkrankung handelt, ist zur Behandlung und Verhinderung einer weiteren Verschlimmerung dieser primär bakteriell bedingten, entzündlichen Veränderung des Zahnhalteapparates ein nachhaltiges Therapiekonzept erforderlich.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen bildet heute notwendige Therapiemaßnahmen zur Versorgung der Parodontitis nicht ausreichend ab. Die

> Bonusheft

Das Bonusheft soll gesetzlich krankenversicherte Patienten dazu anhalten, die Zahnarztpraxis regelmäßig zur Kontrolle aufzusuchen. Im Falle einer Zahnersatzbehandlung belohnt die Krankenkasse solche regelmäßigen Kontroll-Besuche mit einem Plus an Zuschuss. Wurden regelmäßige Untersuchungen beim Zahnarzt über einen Zeitraum von fünf Jahren lückenlos nachgewiesen, erhöht sich der Festzuschuss zum Zahnersatz um 20 Prozent. Können diese Kontrolluntersuchungen über einen Zeitraum von zehn Jahren nachgewiesen werden, wird der Zuschuss der Krankenkasse um insgesamt 30 Prozent erhöht. Wer die vorgeschriebenen Termine nicht wahrgenommen hat, kann von den Vorteilen des zahnärztlichen Bonusheftes nicht profitieren.

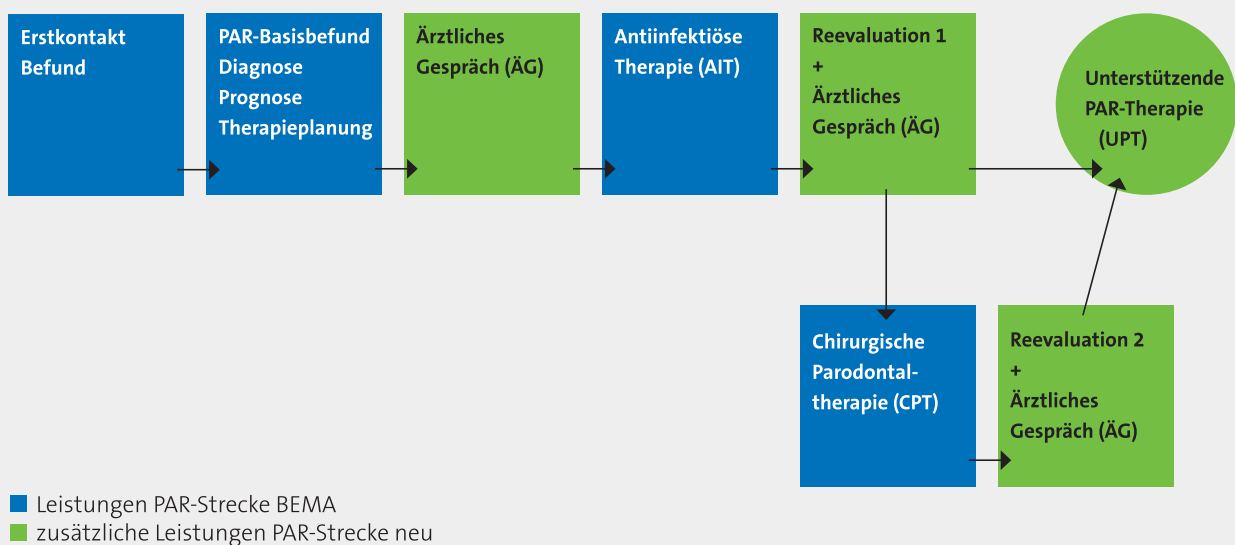
bisherigen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Behandlungsrichtlinie festgelegten, Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontopathien entsprechen nicht mehr vollständig den wissenschaftlichen Erkenntnissen einer modernen Therapie. Auch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ist eine dem heutigen Standard entsprechende Therapie der Parodontitis nur unzureichend abgebildet.

Nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand gehören in Ergänzung zum heutigen GKV-Leistungskatalog zu einer fachgerechten Parodontalbehandlung das ärztliche Gespräch, die Reevaluation und vor allem eine strukturierte Nachsorge in Form der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT). Diese Leistungen fehlen im aktuellen GKV-Leistungskatalog. Eine unterstützende Parodontitistherapie ist notwen-

dig, um Behandlungserfolge langfristig zu sichern. Versorgungspolitisch halten wir es für notwendig, über ein Bonussystem Anreize zur regelmäßigen Teilnahme an der Nachsorge zu setzen. Dabei setzt das PAR-Versorgungskonzept auf eine Kombination aus Sachleistungen und Zuschüssen und setzt Anreize über ein Bonussystem.

Der Kampf gegen Parodontitis stellt daher zukünftig eine der größten Herausforderungen für die zahnmedizinische Versorgung dar. Ohne die Unterstützung der Politik bei der Ausgestaltung der Versorgung und ihrer Vergütung wird die Bewältigung dieser Aufgabe nicht gelingen.

Schema „PAR-Versorgungskonzept“



Quelle: KZBV

Mundgesundheit über den gesamten Lebensbogen hinweg – Erfolge verstetigen

Durch die Hinwendung zur präventionsorientierten Zahnmedizin ist es gelungen, das Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung grundlegend zu verändern, das Mundpflegeverhalten zu verbessern und die Bereitschaft zu erhöhen, den Zahnarzt regelmäßig zur Kontrolle des Mundgesundheitszustandes aufzusuchen. Ziel der Zahnärzteschaft ist es, den eingeschlagenen Weg erfolgreicher Präventionsarbeit weiterzuverfolgen und die Mundgesundheit weiter zu verbessern. Menschen sollen auch bei wachsender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne und damit ein hohes Maß an Lebensqualität behalten können. Die Strategie der Zahnärzteschaft setzt daher darauf, Präventionsmaßnahmen über den gesamten Lebensbogen hinweg konsequent umzusetzen und auszubauen. Dabei haben wir insbesondere den Versorgungsbedarf von Risikogruppen im Blick.

Mit der Vorlage ihrer Versorgungskonzepte „Frühkindliche Karies vermeiden“¹² und „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“¹³ ist es der KZBV gelungen, im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) sowie des Präventionsgesetzes entscheidende Impulse dafür zu setzen, dass die Weichen zur Versorgungsverbesserung von Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr sowie von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen richtig gestellt werden.

Die Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen sowie die Verweise vom Arzt zum Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat durch das so genannte „Gelbe Heft“ oder auch „Kinderuntersuchungsheft“ werden dazu beitragen, das übergeordnete Ziel der Zahnärzteschaft zu erreichen, frühkindliche Karies im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf breiter Front zu reduzieren.

Durch das Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) von 2012 und der damit verbundenen Einführung zusätzlicher Leistungen für die aufsuchende Versorgung durch Zahnärzte hat sich die Versorgungssituation für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen weiter verbessert. Die Zahl der zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen geschlossenen Kooperationsverträge für das Aufsuchen von Patienten in Pflegeeinrichtungen lag zum Stichtag 31.12.2016 bei 3.218 und damit um ca. 23 Prozent höher als zum 31.12.2015. Vor Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung existierte kein einziger Kooperationsvertrag. Ende 2016 gab es in etwa jeder vierten Pflegeeinrichtung bereits eine Kooperation.¹⁴ GKV-Versicherte können den Besuch eines Zahnarztes zu Hause dann in Anspruch nehmen, wenn sie nicht mehr selbst in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen.

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen darüber hinaus weiterentwickelt. Damit erkennt der Gesetzgeber für diesen Personenkreis einen besonderen Versorgungsbedarf an – unabhängig davon, ob die Betroffenen zu Hause oder in einer Einrichtung betreut werden.

Erste Erfolge bei der Verhinderung von Karies sowie bei der Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen gilt es jetzt weiter zu verstetigen.

¹² www.kzbv.de/konzept-ecc

¹³ www.kzbv.de/mundgesundheits-pflegebeduerftiger

¹⁴ Aktuelle Daten zu Kooperationsverträgen können Sie jederzeit unter www.kzbv.de abrufen.

Den demografischen Wandel meistern – Flächendeckende Versorgung wohnortnah sicherstellen

24

Gleichwertige Versorgung deutschlandweit sicherstellen – MVZ versorgungsorientiert ausgestalten

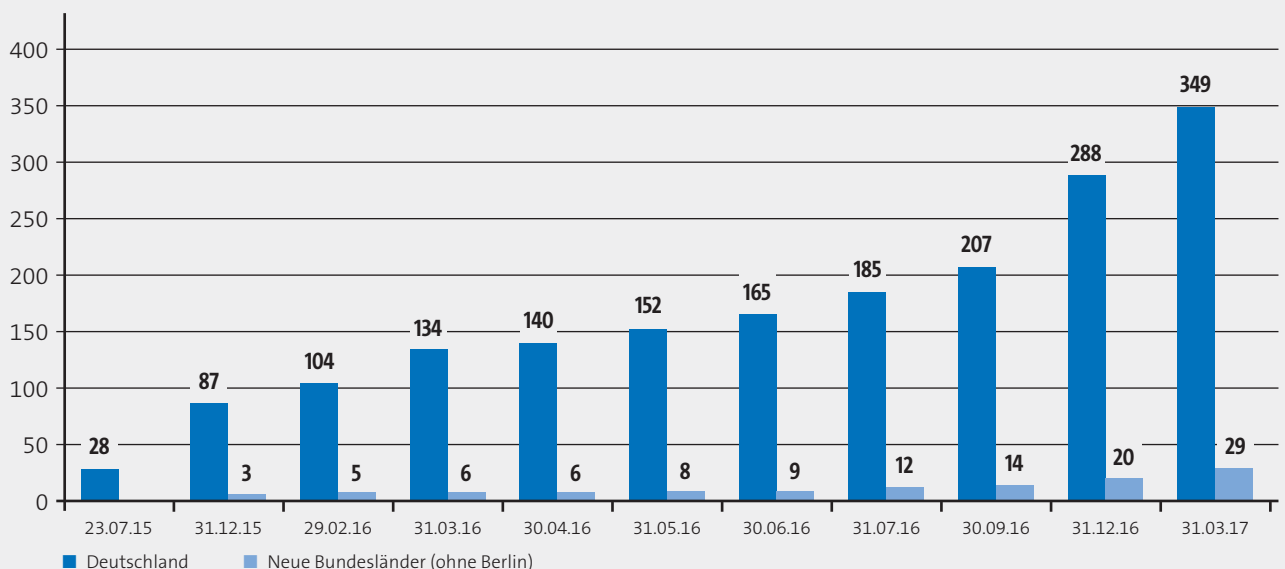
Die Vertragszahnärzteschaft setzt alles daran, die durch den demografischen Wandel bedingten Herausforderungen für die Sicherstellung einer gleichwertigen Versorgung in ganz Deutschland zu bewältigen. Eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen ist unsere Aufgabe und unser Anspruch. Das Engagement der Vertragszahnärzteschaft für die Bedarfe vulnerabler Bevölkerungsgruppen wird u.a. an der hohen Anzahl abgeschlossener Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen deutlich. Gleichzeitig müssen KZBV und KZVen auch den Erwartungen junger Zahnärzte an ihre Berufsausübung Rechnung tragen. Um den Herausforderungen des demografischen Wandels und den damit einhergehenden strukturellen Veränderungen insbesondere im ländlichen Raum zu begegnen, müssen in einem gemeinsamen Kraftakt von Politik und Selbstverwaltung die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass die vertragszahnärztliche Versorgung von morgen sichergestellt wird. Dazu gehört, dass die Versorgung durch freiberuflich tätige Vertragszahnärzte in bewährten Praxisstrukturen und -formen,

wie Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, anerkannt und weiter gefördert wird.

Für die nächsten Jahrzehnte braucht es auch weiterhin Zahnärzte, die bereit sind, sich in ländlichen und strukturschwachen Regionen niederzulassen, um dort die Versorgung zu gewährleisten. Hier weist das Berufsbild junger Zahnärzte deutliche Unterschiede bzgl. der Vorstellungen zur Berufsausübung im Vergleich zu den Vorstellungen junger Ärzte auf. Junge Zahnärzte sind durchaus gewillt, sich auch im ländlichen Raum niederzulassen. Eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zeigt darüber hinaus, dass junge Zahnärzte vor einer Niederlassung zunächst verstärkt in einem Angestelltenverhältnis tätig sein wollen.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die Voraussetzungen für arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geschaffen. In der Folge kam es zu einem bislang ungebremsen Anstieg bei der Entstehung reiner Zahnarzt-MVZ.

Entwicklung der zugelassenen MVZ seit Inkrafttreten des GKV-VSG



➤ **Abb. 11:** Entwicklung der zugelassenen MVZ seit Inkrafttreten des GKV-VSG

Quelle: KZBV, Stand 31.03.2017

Die MVZ sind regional stark konzentriert und siedeln sich vor allem in Großstädten sowie Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Gebieten an. Am 31.03.2017 befanden sich 78 Prozent der MVZ in städtischen und 22 Prozent in ländlichen Gebieten. Die dynamische Entwicklung der MVZ lässt eine Sogwirkung auf potenziell niederlassungs- und anstellungswillige junge Zahnärzte befürchten. Bleibt diese Dynamik weiterhin bestehen, wird es bedingt durch den demografischen Wandel innerhalb des Berufsstandes künftig zu Engpässen und Unterversorgungen im ländlichen Raum kommen. Dies gilt insbesondere für die ostdeutschen Bundesländer, aber auch für viele Regionen in den alten Bundesländern. Um dem Wunsch junger Zahnärzte nach flexibleren Arbeitszeitenmodellen zu entsprechen, bedarf es jedoch keiner reinen Zahnarzt-MVZ. Diesem Anliegen wird bereits durch herkömmliche Praxisformen Rechnung getragen.

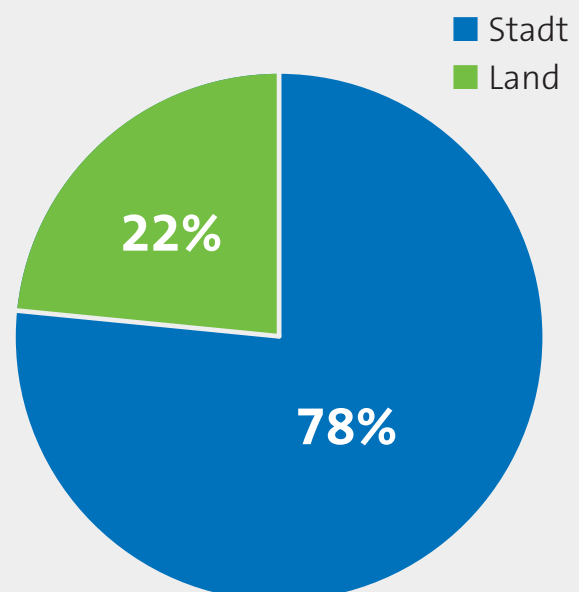
Die Vertragszahnärzte in Einzelpraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften in strukturschwachen ländlichen Regionen werden in Zukunft Probleme haben, Nachfolger für eine Anstellung zu finden. Dies wirkt einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung, insbesondere in Flächenstaaten, entgegen. Die arztgruppengleichen MVZ wirken somit wie ein Katalysator für die Unterversorgung. Diese Entwicklung widerspricht der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers zur Sicherung der Versorgung in der Fläche. Anders als in der ärztlichen Versorgung kann die zahnärztliche Versorgung auch nicht durch den stationären Bereich aufgefangen werden.

Wenn die fachübergreifende Ausrichtung nicht besteht, ist das MVZ im Kern nichts anderes als eine alternative Praxisform. Verstärkt wird diese Bewertung dadurch, dass zahlreiche der nach Inkrafttreten des GKV-VSG ermöglichten Zahnarzt-MVZ aus bestehenden Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften hervorgingen, die nur die Organisationsform gewechselt und sich in ein MVZ umgewandelt haben, womit die zuvor für sie geltenden Anstellungsgrenzen nunmehr umgangen werden. Durch die kooperationszentrierte Ausge-

staltung von MVZ, für die lediglich ein zahnärztlicher Leiter zu beschäftigen ist, wird darüber hinaus auch die Überwachung und Anleitung der im MVZ tätigen angestellten Zahnärzte übergangen.

Die aus der unbegrenzten Anstellungsmöglichkeit resultierenden Wettbewerbsvorteile der MVZ können zu versorgungspolitisch kontraproduktiven Effekten führen. Eine Gefahr für die Versorgung im ländlichen Raum stellen auch Fremdkapitalgeber und Finanzinvestoren dar, die die Kettenbildung in Ballungsräumen forcieren. Um eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum sowie in einkommensschwachen Regionen auch zukünftig aufrechtzuhalten, ist es dringend geboten, Anstellungsgrenzen in reinen Zahnarzt-MVZ im gleichen Umfang einzuführen, wie sie für Einzel- und Mehrbehandlerpraxen gelten.

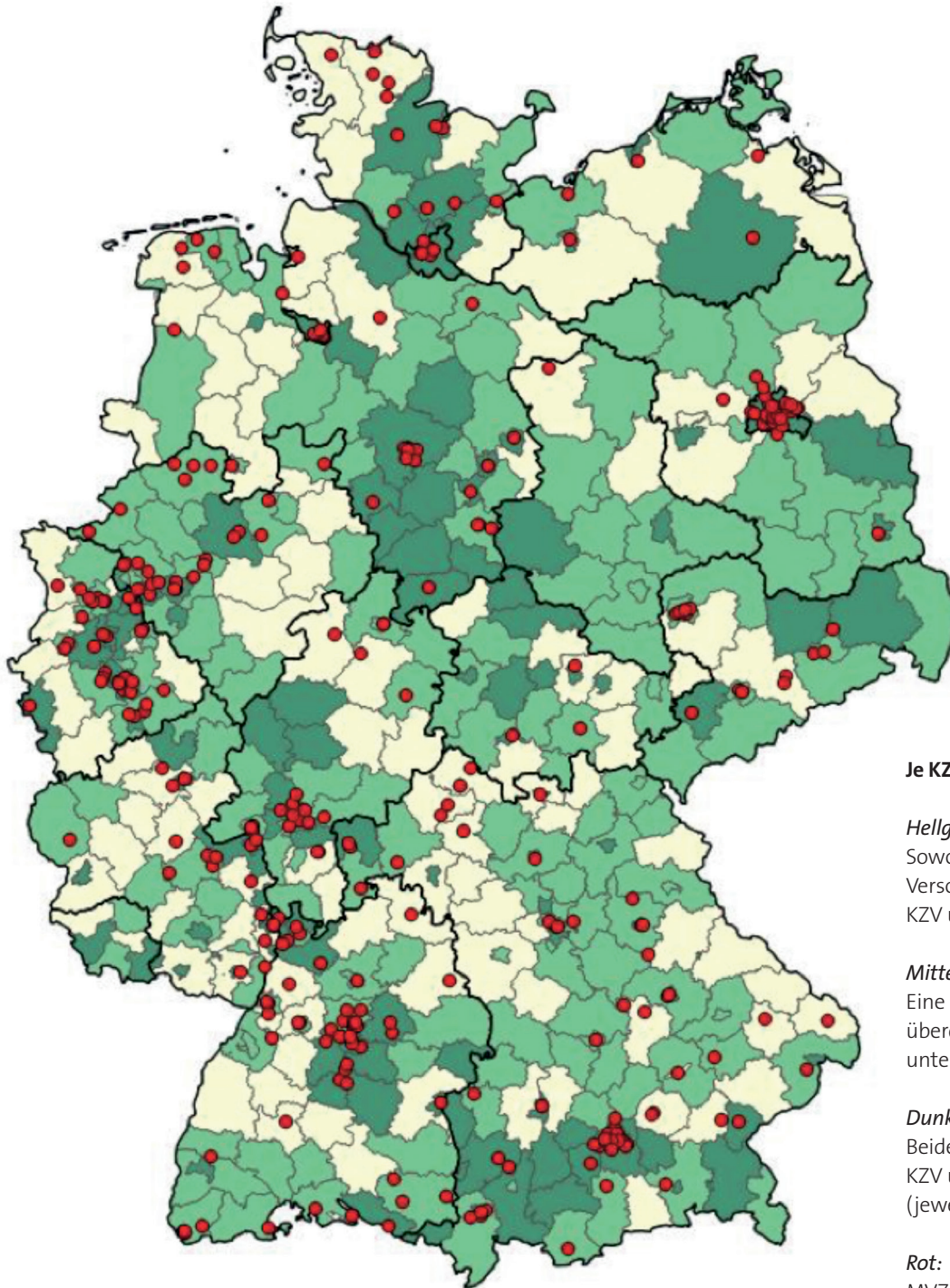
Anteil der MVZ im städtischen und ländlichen Raum



Quelle: KZBV, Stand 31.03.2017

➤ Abb. 12: Anteil der MVZ im städtischen und ländlichen Raum

MVZ nach dem Medianeinkommen und dem Versorgungsgrad im zugehörigen Landkreis



Je KZV

Hellgrün:

Sowohl Medianeinkommen als auch Versorgungsgrad sind bezogen auf die KZV unterdurchschnittlich.

Mittelgrün:

Eine Größe ist bezogen auf die KZV überdurchschnittlich, die andere unterdurchschnittlich.

Dunkelgrün:

Beide Größen sind bezogen auf die KZV überdurchschnittlich (jeweils Medianbetrachtung).

Rot:

MVZ

➤ **Abb. 13:** MVZ in Deutschland nach dem Medianeinkommen und dem Versorgungsgrad im zugehörigen Landkreis

Quelle: KZBV, Stand 31.03.2017;
Die Karte setzt in Bezug auf das Medianeinkommen auf aktuelle INKAR-Daten (Daten für 2014), Bedarfsplanungsdaten der KZVen (2014)

Degression abschaffen

Nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sowie Maßnahmen der Bedarfsplanung sollen gerade die Aufnahme bzw. Fortsetzung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in Gebieten mit besonderem Versorgungsbedarf ausdrücklich gefördert werden. Dieses Ziel wird durch die undifferenzierte Anwendung der Degression bei der Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen durch den Zahnarzt konterkariert. Der Zahnarzt wird dadurch für seine ausdrücklich erwünschte und geförderte Bereitschaft, in diesen Bereichen einem besonderen Versorgungsbedarf auch durch einen besonderen Leistungsumfang möglichst weitgehend Rechnung zu tragen, faktisch bestraft. Konsequenz ist ein abnehmendes Engagement

der Zahnärzte in den Regionen, wo sie am meisten gebraucht werden. Dadurch drohen im schlimmsten Fall Unterversorgungsszenarien. Die Bestimmung zur degressiven Ausgestaltung des Punktwertes im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Überschreitung gesetzlich vorgegebener Punktmengengrenzen hat sich als ineffektiv erwiesen und steht dem Ziel, eine flächendeckende, wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, entgegen. Die KZVen können im Rahmen ihrer Gestaltungsmöglichkeiten beim Honorarverteilungsmaßstab die Degression nicht unter versorgungspolitischen Aspekten modifizieren. Daher ist an dieser Stelle der Gesetzgeber gefragt, um die an anderer Stelle im SGB V erwünschten Versorgungsziele nicht zu gefährden.

Sprechende Medizin vergüten

Die Vertragszahnärzteschaft unterstützt und fördert den mündigen Patienten. Das Verständnis und die Mitwirkung (Adhärenz) des Patienten sind für eine erfolgreiche zahnärztliche Versorgung unentbehrlich.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz ist der eigene Zahnarzt der erste und wichtigste Ansprechpartner. Der Zahnarzt kennt seinen Patienten und geht individuell auf dessen Bedürfnisse und Vorstellungen ein. Mit dem Patientenrechtegesetz von 2013 wurde festgelegt, dass der Zahnarzt insbesondere verpflichtet ist, dem Patienten Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose oder Therapie darzulegen. Dabei ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Dies ist insbesondere bei der zahnprothetischen Versorgung der Fall. Der Erstellung des Heil- und Kostenplans geht eine intensive Diskussion zwischen Patient und Zahnarzt voraus. Dies ist eine intellektuelle zahnärztliche Leistung des Zahnarztes.

Die Vergütung des Heil- und Kostenplanes wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 für unzulässig erklärt, ohne dies im Gesetzgebungsverfahren näher zu begründen. Mit diesem Eingriff wurden keine weitergehenden sozial- oder versorgungspolitischen Zielsetzungen verfolgt, sondern lediglich eine finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen. Seit 1988 hat sich die Versorgungslandschaft jedoch grundlegend geändert. Der Patient von heute nimmt häufiger sein Recht in Anspruch, mehrere Heil- und Kostenpläne von unterschiedlichen Zahnärzten einzuholen. Angesichts der vielfältigen Aufgaben und Funktionen des Heil- und Kostenplanes bei der Planung, Durchführung und Abrechnung der zahnprothetischen Versorgung und dem damit für den Vertragszahnarzt verbundenen erheblichen Planungs- und Dokumentationsaufwand ist eine angemessene Vergütung gerade dieser Leistungen, denen vom Gesetzgeber zentrale Steuerungsfunktionen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zugewiesen werden, im besonderen Maße geboten.

Dem Gespräch zwischen Patient und Zahnarzt bei der Vermittlung von Mundgesundheitswissen und -kompetenz kommt eine zentrale Bedeutung zu. Diese zentrale Bedeutung des ärztlichen Gesprächs ist bislang im zahnärztlichen Bewertungsmaßstab, dem BEMA, nicht abgebildet. Ein Vergütungssystem, das die sprechende

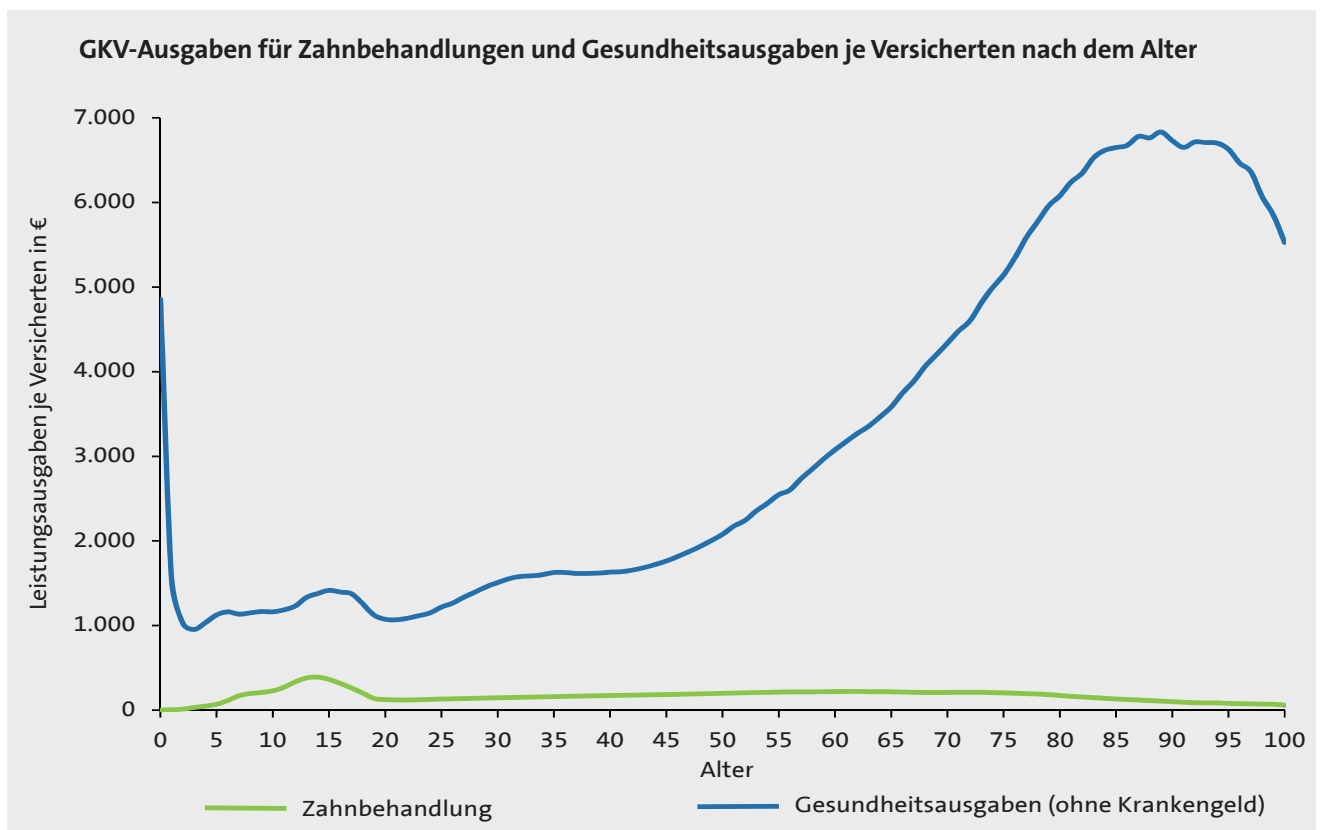
Zahnheilkunde nicht honoriert, bietet keine guten Voraussetzungen und wird der Wertigkeit und Wirksamkeit von Kommunikation in der Zahnmedizin nicht gerecht. Die „sprechende Medizin“ sollte daher Eingang in den BEMA finden.

Passgenaue Regelungen für die vertragszahnärztliche Versorgung

Charakteristisch für die zahnmedizinische Versorgung ist, dass eine sektorübergreifende Leistungserbringung nur in geringer Frequenz stattfindet. Stationäre Behandlungen, aber auch veranlasste Leistungen, wie Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel, sind in der zahnmedizinischen Versorgung von untergeordneter Bedeutung. Die Gefahr von Leistungsausweitung bzw. einer angebotsinduzierten Versorgung ist in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht gegeben. Der Gesetzgeber selbst hat das bei der Aufhebung der Bedarfs-

zulassung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestätigt.

Die Daten der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) haben gezeigt, dass die Menschen in Deutschland immer mehr mundgesunde Lebensjahre erleben werden und sich die Krankheitslasten erst im höheren Alter verdichten. Diese sogenannte „Morbiditätskompression“ gilt sowohl für Karies als auch für Parodontitis. Trotz dieser Entwicklung stellen sich die



› **Abb. 14:** GKV-Ausgaben für Zahnbehandlungen und Gesundheitsausgaben (ohne Krankengeld) je Versicherten nach dem Alter 2014 – Deutschland

Quelle: KZBV Jahrbuch 2016;
Berechnungen: KZBV, Bundesversicherungsamt

Ausgaben über den Lebensbogen und zum Lebensende jedoch anders dar als in der ambulant-ärztlichen und stationären Versorgung. Die Ausgaben bleiben auch im hohen Alter und am Lebensende auf einem niedrigeren Niveau als in den jüngeren und mittleren Lebensjahren. Der Anteil an den GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz sinkt seit zwei Jahrzehnten kontinuierlich. 2015 lag der Anteil bei 6,6 Prozent.

Diese Besonderheiten machen es notwendig, dass die Rahmenbedingungen für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich und seine spezifischen Belange in eigenen Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V geregelt werden. In der Vergangenheit hat der Gesetzgeber dies auch punktuell immer wieder getan. Er hat Regelungen getroffen, die ausschließlich für die vertragszahnärztliche Versorgung bestimmt sind und von denen im ärztlichen Bereich abweichen. Das gilt beispielhaft für die Gruppen- und Individualprophylaxe, die Mehrkostenregelung im Füllungsbereich, das Festzuschussystem für Zahnersatz, die Vergütungsreform im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, die Bedarfszulassung und

Maßnahmen für die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung müssen auch bei der Sicherung und Förderung der Qualität berücksichtigt werden.

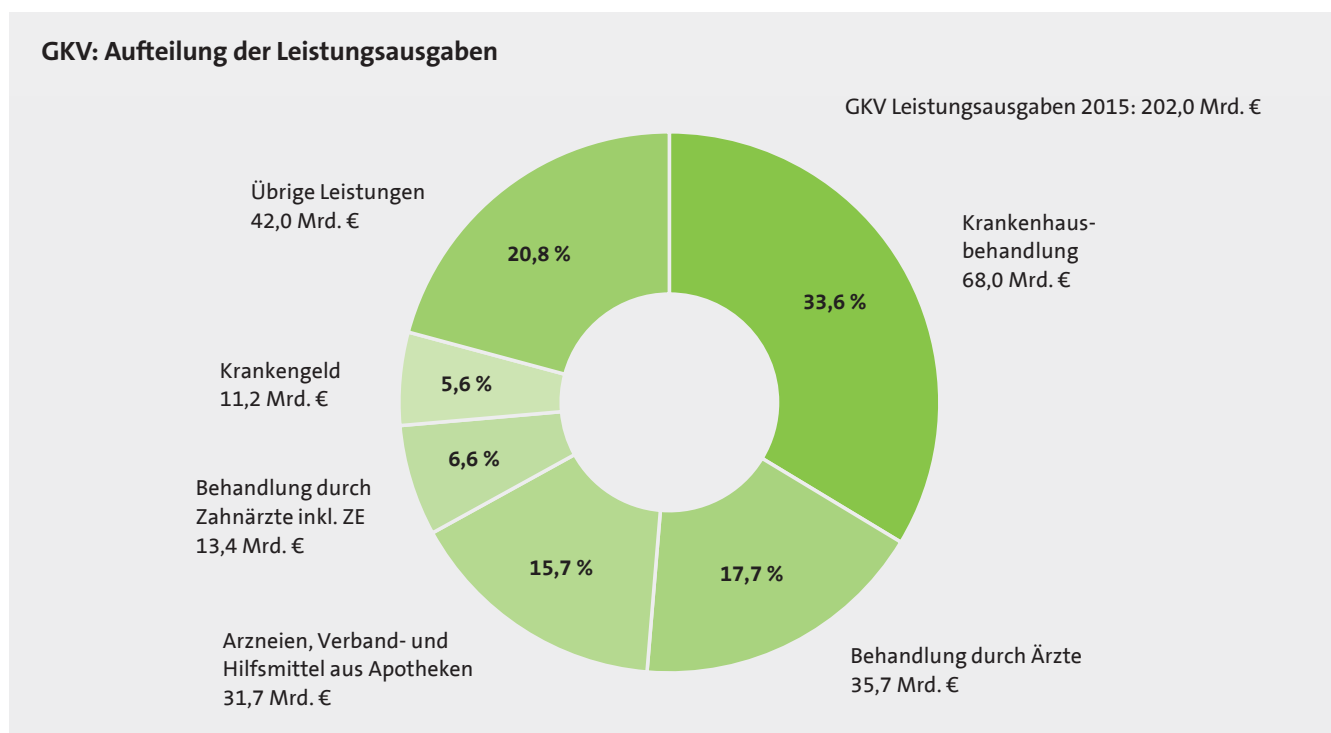
Den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung sollte zukünftig stärker Rechnung getragen werden. Für die vertragszahnärztliche Versorgung bedarf es eigenständiger Regelungen im SGB V.

1977	15,0 %
1987	11,5 %
1997	10,1 %
2007	7,4 %
2009	7,0 %
2011	6,9 %
2013	6,9 %
2015	6,6 %

➤ Entwicklung der Anteile der zahnärztlichen Behandlung an den Leistungsausgaben der GKV

1977	5,12
1987	6,98
1997	11,91
2007	10,69
2009	11,22
2011	11,65
2013	11,62
2015	13,43

➤ Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlung inkl. Zahnersatz (in Mrd. €)



➤ **Abb. 15:** GKV: Aufteilung der Leistungsausgaben Jahr 2015

Quelle; KZBV Jahrbuch 2016

Qualität fördern – Bürokratie abbauen

Agenda Qualitätsförderung weiterverfolgen

30

Die Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Die Initiativen des Berufsstandes zur zahnärztlichen Qualitätsförderung wie beispielsweise die Patientenberatungsstellen¹⁵, das schon seit Jahren bestehende freiwillige zahnärztliche Zweitmeinungsmodell¹⁶ oder das Gutachterwesen sind gelebte Selbstverwaltung im Sinne der Patienten. Die Zahnärzteschaft hat hier eine Vorreiterrolle im Gesundheitswesen übernommen. Auch die präventive Ausrichtung zahnmedizinischen Handelns ist ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsförderung.

Unsere Zielsetzung ist die Verbesserung der individuellen Mundgesundheit und der Erhalt der eigenen Zähne über den gesamten Lebensbogen hinweg. Der

Berufsstand setzt sich für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung ein, die jedem Patienten in seinem unmittelbaren Umfeld zur Verfügung steht. Qualität ist Teil unseres Sicherstellungsauftrages. Die Therapiefreiheit ist der Schlüssel zum Therapieerfolg. Nur ein patientenbezogener Ansatz gewährleistet die Individualität der Behandlungsplanung und letztlich den Erfolg der Behandlung. Prävention heißt aber auch Eigenverantwortung, also aktive Mitarbeit des Patienten am Qualitätserfolg.

Darüber hinaus ist Qualitätsförderung ein kontinuierlicher interner Überprüfungsprozess für eine stetige Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung insgesamt und damit auch der Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung.

Aus Fehlern lernen

Ein zentrales Instrument der Qualitätsförderung ist es, aus Fehlern lernen zu können. Daher haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer das gemeinsame Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“¹⁷ initiiert. Ziel ist es, aus den Erfahrungen Anderer zu lernen und eventuelle Fehler nicht selbst zu machen. Die Anwendung hilft Zahnärzten dabei, potenzielle Risiken schon im Vorfeld zu erkennen. Von den eigenen sowie den Fehlern anderer lernen zu wollen, sie mit Kolleginnen und Kollegen vorwurfsfrei diskutieren zu können – das sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass unerwünschte Ereignisse in den Praxen künftig vermieden werden. Damit wird die Sicherheit für Patientinnen und Patienten weiter

erhöht. Das System ist ein aktiver Beitrag der Zahnärzteschaft für eine zusätzliche Verbesserung der Versorgungsqualität ihrer Patienten und demonstriert damit die große Bereitschaft des zahnärztlichen Berufsstandes, sich nicht nur der anhaltenden Diskussion um eine verbesserte Versorgungsqualität zu stellen, sondern auch im Praxisalltag für dieses Ziel entsprechende konkrete Schritte umzusetzen. Das System erfüllt die Standards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme, die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgelegt sind.

¹⁵ <http://www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de/patienten-im-mittelpunkt/>

¹⁶ <http://www.informationen-zum-zahnersatz.de/beratung/zweitmeinungsmodell/>

¹⁷ www.cirsdent-jzz.de

Den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung Rechnung tragen

Die zahnmedizinische Versorgung ist durch Besonderheiten gekennzeichnet, die bei der Diskussion um Qualität berücksichtigt werden müssen. Grundlegend ist die Tatsache, dass für eine Befundsituation in der zahnmedizinischen Versorgung oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen vorliegen. Es gibt nicht die eine objektiv richtige Therapie, sondern in jedem Einzelfall verständigen sich Patient und Zahnarzt im Dialog über die individuell geeignete Therapie. Deshalb ist es zwingend notwendig, die Therapiefreiheit des Zahnarztes und die Wahlfreiheit des Patienten zu erhalten. Diesen sektorspezifischen Besonderheiten muss die zahnärztliche Qualitätsförderung Rechnung tragen, wenn sie zur Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung beitragen soll. Zudem gibt es in der zahnärztlichen Versorgung keine nennenswerten Schnittmengen mit der ambulanten ärztlichen oder der stationären Versorgung. Veranlasste Leistungen und Arzneimittelverordnungen gibt es in der zahnärztlichen Versorgung nur in eingeschränktem Maße. Sie spielen eine untergeordnete Rolle. Daneben bedarf jede Qualitätsförderung angemessener personeller und organisatorischer Strukturen sowie einer entsprechenden Vergütung. Die Rationierung von Mitteln und die Steuerung durch Kontrolle und Sanktionen sind der Qualitätsförderung ebenso abträglich wie Konzepte, die eine Verbesserung der Qualität der Versorgung mithilfe finanzieller Anreize erreichen sollen. Vielmehr gilt es, auf Motivation und Akzeptanz bei den Zahnärzten für Maßnahmen der Qualitätssicherung zu setzen. Darüber hinaus lehnt die Zahnärzteschaft eine durch zunehmende Institutionalisierung entstehende neue überbordende „Qualitätsbürokratie“ klar ab. Bereits bei den bestehenden Bestimmungen zur Qualitätssicherung sind die spezifischen Bedingungen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu wenig berücksichtigt.

Die Politik muss den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung stärker als bisher Rechnung tragen. Nicht alles, was für die Ärzte gut ist, lässt sich auf die zahnmedizinische Versorgung übertragen. Vielmehr führt dies nur zu Regelungen auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner und behindert die Zahnärzteschaft in ihrem Bestreben nach einer den individuellen Bedürfnissen der Patienten entsprechenden Qualitätsförderung. Evidenzbasierte (Zahn-)Medizin bedeutet nicht die isolierte Betrachtung der „bestmöglichen Evidenz“, sondern der zurzeit „bestverfügbaren Evidenz“. Evidenzbasierte (Zahn-)Medizin integriert so die interne klinische Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung als Grundlage für wissenschaftlich tragfähige Entscheidungen. Ein dogmatisches Beharren auf einer bestmöglichen Evidenz wirkt sich nachteilig auf die Versorgung aus. Das Streben nach höchsten Evidenzniveaus ist das Eine. Ist dies aber nicht erreicht, darf dies nicht als fehlende Wirksamkeit eines Verfahrens fehlinterpretiert werden.

Als stimmberechtigte Trägerinstitution im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, wird die KZBV das Thema „Qualität“ im Interesse der Patienten und der Zahnärzteschaft auch dort weiter begleiten, mitgestalten und fördern.

Digitalisierung des Gesundheitswesens

Chancen nutzen, Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten

32

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Dabei beobachten wir, dass für Patienten mit der Flut neuer Anwendungen, Informationen und Akteuren, die die Arena des Gesundheitssystems betreten, die Komplexität steigt, die richtigen gesundheitsrelevanten Entscheidungen zu treffen und Nutzen und Risiko digitaler Anwendungen adäquat zu erkennen und abzuwägen.

Die KZBV nimmt sich daher besonders den Fragestellungen rund um die Auswirkungen der Digitalisierung auf den Patienten und auf das Zahnarzt-Patientenverhältnis an. Es ist dringend geboten, digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen Rahmenbedingungen an die Seite zu stellen, die als Orientierungshilfen zur Wahrung von Patienteninteressen dienen und Qualitätsstandards setzen. Dafür setzt sich die KZBV im Austausch mit anderen Akteuren innerhalb des Gesundheitswesens ein. Regelungen müssen so gestaltet sein, dass sie in die Praxisorganisation und die Behandlungsabläufe angemessen integriert werden können. Die KZBV sieht die Digitalisierung im Gesundheitswesen als Chance zur Stärkung der Patientenkompetenz, zur Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsinformationen sowie einer effizienteren Patientenversorgung.

Dabei ist es essenziell, die richtige Balance zwischen Innovation und Sicherheit, zwischen den Chancen und Nutzen digitaler Lösungen auf der einen Seite und dem Einhalten von Datenschutzstandards und Transparenz auf der anderen Seite zu wahren. Als oberste Maxime gilt, dass digitale Anwendungen dem Patienten dienen

müssen und nicht umgekehrt. Ob traditionell oder mit Unterstützung digitaler Anwendungen: Das geschützte Arzt-Patientenverhältnis darf niemals zur Disposition stehen. Der Patient muss darauf vertrauen können, dass er oder sie selbst „Herr“ oder „Frau“ über die persönlichsten Daten ist und bleibt. Im Sinne der Patientenselbstbestimmung müssen Datenströme stets transparent nachvollziehbar sein. Der Patient muss derjenige sein, der darüber entscheidet, wer seine Daten zu welchem Zweck einsehen, nutzen und speichern darf. Es gehört zum Selbstverständnis des Zahnarztes als freier Heilberufler, seiner gesellschaftlichen Verantwortung insofern Rechnung zu tragen, als dass er sich stets für das Recht des Patienten auf Datenschutz und Datensicherheit einsetzt. Vertrauen bleibt die Schlüsselkomponente des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses – auch in Zeiten des digitalen Wandels.

Die KZBV wird ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht, indem sie berücksichtigt, dass die technischen Voraussetzungen und die digitale Kompetenz noch nicht in allen Teilen der Gesellschaft gleichermaßen vorhanden sind und dementsprechend die Bedürfnisse aller Patienten und das Patientenwohl im Blick behält. Die Integration digitaler Anwendungen in den ersten Gesundheitsmarkt bzw. in den Versorgungsalltag wird zukünftig eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem darstellen und Regulierungsbedarfe hervorrufen. Die KZBV wird diesen Prozess im Sinne des Patientenwohls aktiv begleiten.

Telematikinfrasturktur ausbauen

Seit Beschlussfassung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im Jahr 2011 durch die Gesellschafterversammlung der gematik begleitet die KZBV den Ausbau der entsprechenden Infrastruktur konstruktiv und im Sinne der Patienten mit einem besonderen Augenmerk für datenschutzrechtliche Belange. Darüber hinaus setzt sich die KZBV dafür ein, dass im Rahmen der Vernetzung der Leistungserbringer praktikable Lösungen für die Zahnarztpraxen gefunden werden, die die bereits etablierten und gut funktionierenden Anwendungen der Zahnärzteschaft nicht behindern.

Das 2015 in Kraft getretene eHealth-Gesetz zur Förderung der sicheren elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen enthält aus Sicht der KZBV gute

erste Ansätze, Patienten einen Mehrwert zu bieten. Die im Gesetz festgeschriebenen Sanktionen sind aus Sicht der KZBV das falsche Instrument zur Förderung des Ausbaus der Telematikinfrasturktur.

Gesetzgeberische Aktivitäten zur Weiterentwicklung des eHealth-Gesetzes, beispielsweise in Bezug auf die Erweiterung der Einsatzbereiche der eGK oder der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für eine elektronische Patientenakte sowie die Interoperabilität einzelner digitaler Bausteine, werden von der KZBV weiterhin positiv kritisch im Sinne des Patientenwohls begleitet.

Handlungs- und Gestaltungsspielräume für die Selbstverwaltung ermöglichen

Freiberuflichkeit und zahnärztliche Selbstverwaltung stärken

34

Freiberuflich tätige Zahnärzte stellen als Mitglieder der KZVen eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung in Deutschland sicher und stehen als freie Heilberufler zu ihrer ethischen und sozialen Verantwortung. Therapiefreiheit, Freiberuflichkeit und das Recht der Patienten auf freie Arztwahl sind Eckpfeiler für eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen. Therapiefreiheit geht aber auch einher mit dem mündigen Patienten, der sich im schützenswerten Arzt-Patientenverhältnis gemeinsam mit seinem Zahnarzt für die beste Therapiealternative entscheidet. Die Eigenverantwortung der Patienten und ihre Mundgesundheitskompetenz gilt es, weiter zu stärken.

Der Zahnarzt als Freiberufler gewährleistet einen hohen Stand der medizinischen Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Dazu sind Rahmenbedingungen erforderlich, die es dem Zahnarzt ermöglichen, Diagnose- und Therapieentscheidungen nach seinem zahnärztlichen Fachwissen und zum Wohl der Patienten und der Gesellschaft zu treffen. Der Zahnarzt ist eigenverantwortlich und in sachlich-persönlicher Weisungsfreiheit tätig. Diese Weisungsungebundenheit und fachliche Entscheidungsfreiheit innerhalb der Berufsausübung ist Kern der Freiberuflichkeit. Der Zahnarzt trägt damit auch ein hohes Maß an sozialer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Die Interessen der Zahnärzteschaft können nur unter Beachtung der Gemeinwohlorientierung umgesetzt werden. Dieser gesamtgesellschaftlichen Verantwortung sind Zahnärzte als Freiberufler verpflichtet.

Die anerkannte und rechtlich verankerte Freiberuflichkeit, die freie Zahnarztwahl und die Selbstbestimmung des Patienten sind Grundvoraussetzungen für ein freiheitliches Gesundheitswesen.

Die weitere Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung muss sich an diesem Leitbild orientieren. Zu einer Industrialisierung und Kommerzialisierung der Patientenversorgung darf

es nicht kommen. Eine Gefahr insbesondere für die Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung im ländlichen Raum stellen auch Fremdkapitalgeber und Finanzinvestoren dar, die die Kettenbildung in Ballungsräumen forcieren.

Die Selbstverwaltung in Form der Körperschaften des öffentlichen Rechts hat sich bewährt. Sie nimmt Aufgaben aus dem Bereich der Daseinsvorsorge und Ordnungsfunktionen innerhalb des Berufsstandes unmittelbar und eigenverantwortlich wahr.

Sukzessive hat der Gesetzgeber das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung immer weiter reglementiert, sodass die Handlungs- und Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung immer weiter eingeschränkt wurden. Das vom Gesetzgeber vorgegebene, übermäßig stark ausdifferenzierte Normengeflecht mit einer Vielzahl verschachtelter Institutionen mit verschiedenen Kompetenzen verkompliziert das System. Hinzu kommen vor allem sukzessive erweiterte Kompetenzen der Aufsichtsbehörden, die insbesondere auf Bundes-, aber auch auf Landesebene, bis in die Details der Leistungserbringung, -abrechnung und -prüfung hinein ein zentralisiertes Gesundheitswesen schaffen. Damit wird Selbstverwaltung im Sinne eines eigenverantwortlichen Gestaltens immer weiter eingeschränkt.

Selbstverwaltung bedeutet größere Sachnähe. Sie ist nah am Versorgungsgeschehen, an den Problemen vor Ort. Selbstverwaltung ist nah am Patienten und seinen Bedürfnissen. So treffen die Akteure der Selbstverwaltung eine Vielzahl von versorgungsrelevanten Entscheidungen mit hoher Fachkompetenz in einem Prozess des fachlichen Interessenausgleichs. Dabei lebt die Selbstverwaltung vom Engagement und der Gemeinwohlpflichtung der Berufsangehörigen.

All das zeigt, dass die Selbstverwaltung ein zentrales Fundament unseres Gesundheitswesens ist. Sie macht die Stärke des deutschen Gesundheitswesens aus und hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Deutschland

eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Aufgabe der Selbstverwaltung mit ihren demokratisch legitimierten Mitwirkungsmöglichkeiten ist es, eine sozial ausgewogene, wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, braucht die Selbstverwaltung Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Es

bedarf einer klaren Aufgabentrennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht, die sich einzig und allein auf die Rechtsaufsicht beschränkt. Ein pluralistisches Gesundheitswesen mit freiberuflichen Strukturen, freier Arztwahl der Patienten und einem selbstverwalteten System muss das Ziel politischen Handelns sein.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung berücksichtigen

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Krankenkassen ist eine der zentralen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen. Der Gemeinsame Bundesausschuss übernimmt dabei mit der Konkretisierung der Leistungsansprüche von Versicherten und der Gestaltung der Qualitätssicherung wesentliche Aufgaben im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Die KZBV setzt sich als Trägerorganisation im Gemeinsamen Bundesausschuss für die Sicherung einer nachhaltigen, wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung ein. Damit führt die KZBV ihr Engagement fort, welches sie schon vor Zusammenführung der sektorbezogenen Bundesausschüsse im Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen über Jahrzehnte bewiesen hat.

Die Struktur einer gemeinsamen Selbstverwaltung aller Versorgungssektoren in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses hat sich seit 2004 grundsätzlich bewährt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss bündelt sich die für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung notwendige gemeinschaftliche fachliche Kompetenz. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet ist, muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit der notwendigen abschließenden fachlich unabhängigen Entscheidungshoheit ausgestattet sein und bleiben. Dies geht unverzichtbar einher mit der notwendigen Absicherung seiner demokratischen Legitimation, die von unterschiedlicher Seite immer wieder in Frage gestellt wird.

Dazu muss gesichert sein, dass sowohl gemeinsame Belange aller Leistungserbringer als auch Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung im Gemeinsamen Bundesausschuss genügend Berücksichtigung finden

können. Regelungsansätze, insbesondere in der Qualitätssicherung, die für die Krankenhausversorgung ihre Berechtigung haben, dürfen nicht 1:1 aus übergeordneten Gründen einer sektorübergreifenden Ausgestaltung auf die vertragszahnärztliche Versorgung transferiert werden, denn eine sektorübergreifende Leistungserbringung findet in der zahnmedizinischen Versorgung kaum statt.

Die Ausrichtung der Entscheidungen an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein Instrumentarium an die Hand, auf dessen Basis wissenschaftlich tragfähige Entscheidungen getroffen werden können. Allerdings wird – in Umsetzung bereits bestehender Verfahrensregeln und des Grundprinzips der evidenzbasierten Medizin – zukünftig verstärkt darauf zu achten sein, dass der Gemeinsame Bundesausschuss seine Entscheidungen auf Grundlage der zur Zeit bestverfügbaren und damit nicht zwingend der bestmöglichen Evidenz trifft. Insbesondere in der vertragszahnärztlichen Versorgung, aber auch in vielen anderen spezialisierten ärztlichen Fachbereichen sind Studien auf höchstem Evidenzniveau aufgrund fehlender Möglichkeit eines entsprechenden Studiendesigns oft nicht möglich. Derartige Studien dürfen für Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht grundsätzlich gefordert werden. Ansonsten läuft der Gemeinsame Bundesausschuss Gefahr, durch zu restriktive Auslegung seiner Verfahrensgrundsätze international anerkannte medizinische Verfahren unberücksichtigt zu lassen. Dies geht unweigerlich zu Lasten der medizinischen Versorgung und damit letztendlich zu Lasten der Versicherten.

Wettbewerb im Gesundheitswesen stärken

36

Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV – Duales System erhalten und weiterentwickeln

Wettbewerb muss nicht nur auf Seiten der Leistungsträger, sondern auch auf Seiten der Kostenträger gegeben sein, und zwar in Form unterschiedlicher Versicherungssysteme und unterschiedlicher Versicherungsunternehmen bzw. Krankenkassen.

Die Vertragszahnärzteschaft bekennt sich zum dualen System der Krankenversicherung in Deutschland. Sie spricht sich für den Erhalt der privaten Krankenvollversicherung als wichtige zweite Versicherungssäule des Gesundheitswesens aus. Sie befürwortet den Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Alle Versicherten sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Krankenversicherung frei wählen zu können. Dazu gehören entsprechende Rückkehr- und Wechselmöglichkeiten zwischen GKV und PKV. In einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem muss es eine Konkurrenz zwischen GKV und PKV geben. Das duale Krankenversicherungssystem mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung zählt bisher zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens. Dass sich beide Systeme weiterentwickeln müssen, steht dabei außer Frage.

Durch den Wettbewerb zwischen den Systemen der GKV und PKV dürfen die Grundsätze der Freiberuflichkeit, der Therapiefreiheit, der Qualität, der Preisgestaltung auf der Grundlage der privaten Gebührenordnung, der Selbstverwaltung und der freien Arztwahl der Patienten nicht in Frage gestellt werden. Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt bleiben weiterhin Herausforderungen, die es bei der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitswesens zu lösen gilt. Eine Einheitsversicherung bietet dazu keinen Lösungsansatz. Die Konsequenz einer Bürgerversiche-

rung wäre ein einheitlicher Versicherungsmarkt, in dem alle Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen nach einheitlichen Rahmenbedingungen agieren. Eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen für GKV und PKV lehnt die Zahnärzteschaft ab.

Auch eine PKV muss sich den Herausforderungen stellen und sich reformieren, wenn sie zukunftsfähig sein soll. Forderungen nach GKV-Instrumenten, wie zum Beispiel die Vertragskompetenz für die PKV, sind der falsche Weg. Nicht ohne Grund hat der Verordnungsgeber mit der GOZ zum Schutz des Patienten den rechtlichen Rahmen vorgegeben. Mit einem Verhandlungsmandat der Krankenversicherung würde dieser Schutzmechanismus ausgehebelt und die GOZ als Vergütungsgrundlage ausgehöhlt werden. Negative Auswirkungen für die Behandlungsqualität wären die zwingende Folge. Konzentrationsprozesse würden zudem die fatale Entwicklung hin zu medizinisch gut versorgten, urbanen Zentren und unterversorgten ländlichen Gebieten beschleunigen. Aufgabe und Anspruch der KZBV ist es hier, eine wohnortnahe flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Eine PKV, die den dualen Weg verlässt und sich immer mehr GKV-Instrumente zu eigen macht, stellt damit ihre eigenen Grundlagen in Frage und wird längerfristig überflüssig. Es gilt, eine private Krankenversicherung zu erhalten und zu stärken, die auf den Prinzipien der risikoadäquaten Beiträge, der Kostenerstattung auf Basis der privaten Gebührenordnung und der Kapitaldeckung für den demografischen Faktor basiert.

Wettbewerb um qualitativ hochwertige Versorgung fördern

Wettbewerb als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen muss eine effiziente, qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zum Ziel haben. Hier bedarf es keiner selektivvertraglichen Regelungen, sondern der Schaffung von Möglichkeiten, das kollektivvertragliche System der vertragszahnärztlichen Versorgung kreativ fortzuentwickeln. Die Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Grundversorgung darf nicht zum Spielball im Vertragswettbewerb werden.

Der Wettbewerb unter Leistungsträgern braucht ein Fundament kollektivvertraglicher Regelungen und verlässlicher Gebührenordnungen. Selektivverträge bergen erhebliche Risiken für die zahnmedizinische Versorgung. Sie führen zu einem „Flickenteppich“ in der Versorgung und stellen die dem Versicherten zustehende freie Arztwahl zur Disposition. Daher müssen die kollektiven Vertragsstrukturen und die körperschaftliche Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Grundversorgung erhalten bleiben.

Die Vertragszahnärzteschaft lehnt daher Selektivverträge ab, die das Kollektivvertragssystem substituieren. Es bedarf vielmehr gesetzlicher Rahmenbedingungen, auf deren Basis zur Ergänzung der kollektiven Versorgungsstrukturen innovative Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen werden können, um das anerkannt hohe Qualitätsniveau in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland erhalten und fortentwickeln zu können. Hierzu müssen Verträge ermöglicht werden, die Leistungen enthalten, die die vertragszahnärztliche Versorgung ergänzen („kollektive Ergänzungsverträge“). Auch in Selektivverträgen muss der Patientensicherheit Rechnung getragen werden, indem qualitative Vorgaben erfüllt und Regelungsinhalte von Gebührenordnungen beachtet werden.

Impressum

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

E-Mail: post@kzbv.de

Websites: www.kzbv.de

www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de

www.informationen-zum-zahnersatz.de

Redaktion Abteilung Politik und Grundsatzfragen

Gestaltung atelier wieneritsch

Fotos © [istockphoto.com/Rocky89](https://www.istockphoto.com/Rocky89); [istockphoto.com/portishead1](https://www.istockphoto.com/portishead1); [istockphoto.com/bowdenimages](https://www.istockphoto.com/bowdenimages)

