

An abstract painting featuring a vibrant palette of colors including green, blue, orange, pink, grey, and black. The brushstrokes are expressive and layered, creating a sense of depth and movement. The composition is non-representational, with various shapes and textures overlapping.

gesundheit  
gestalten

**KZBV**

1955 – 2015

EINE RETROPERSPEKTIVE  
Einblicke//Ausblicke

gesundheit  
gestalten

**KZBV**

1955 – 2015



EINE RETROPERSPEKTIVE  
Einblicke//Ausblicke  
1955 – 2015

IN DEN VERGANGENEN  
60 JAHREN HABEN KZBV  
UND KZVEN ENTSCHIEDENDE  
IMPULSE FÜR DIE  
GESUNDHEITSPOLITIK  
GESETZT UND DAS BILD  
DER MODERNEN PRÄVENTIONS-  
ORIENTIERTEN ZAHNMEDIZIN  
VON HEUTE MITGEPRÄGT.

Dr. Wolfgang Eßer

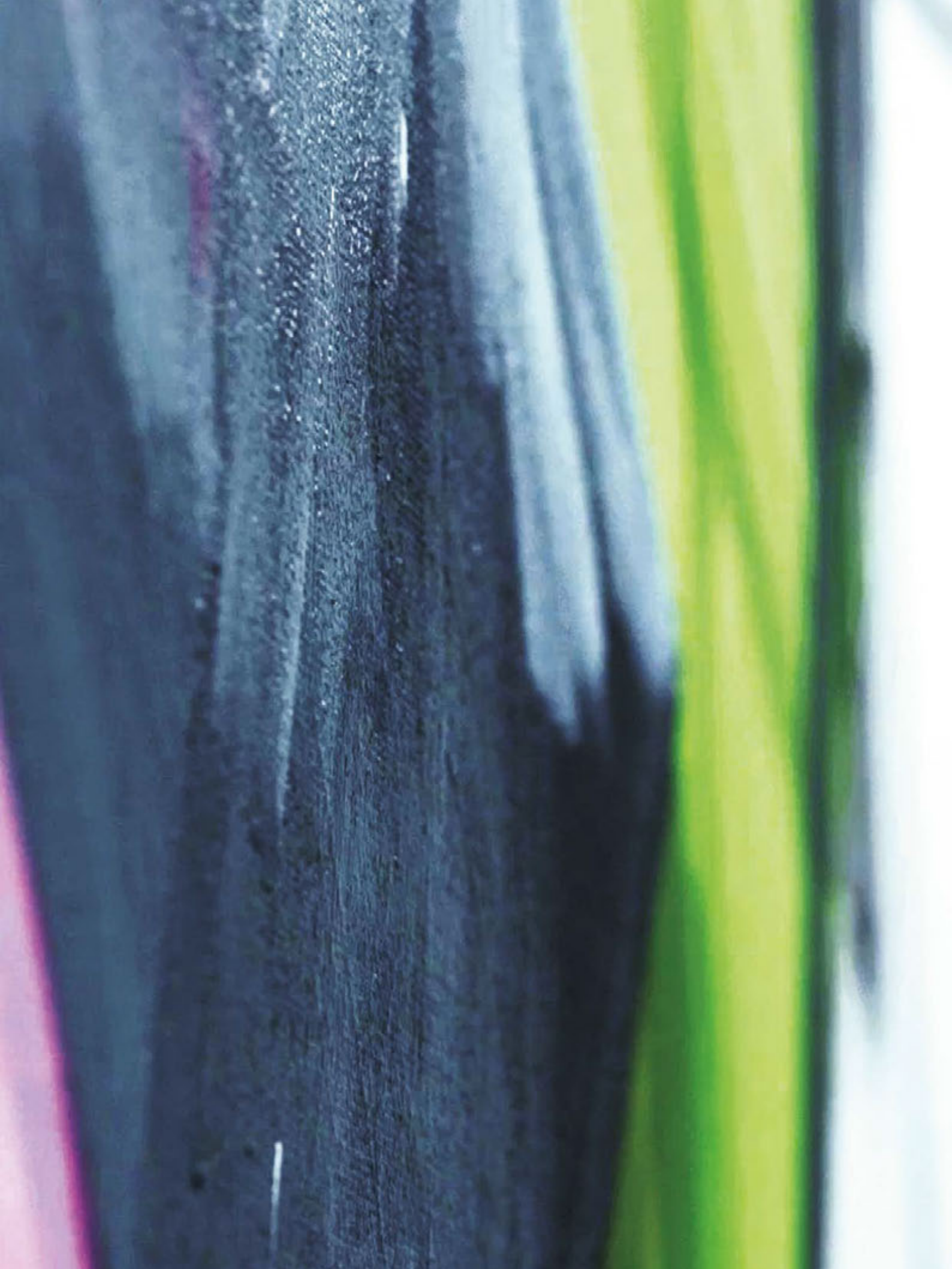
EIN BILD  
IST NIE WIRKLICH  
ABGESCHLOSSEN.  
ES IST IMMER  
EINE VORBEREITUNG  
AUF DAS KOMMENDE.

Matthias Zinn

# INHALT

## Seite

10	VORWORT GESUNDHEIT GESTALTEN
14	60 JAHRE KZBV – EINE ZEITREISE
22	GESCHICHTE IN KURZFORM – MEILENSTEINE
26	ÜBER GESTALTUNGSPRINZIPIEN IN DER GESUNDHEITSPOLITIK
27	ÜBER GESTALTUNGSPRINZIPIEN IN DER KUNST
28	<b>GESTALTUNG DER GRUNDVERSORGUNG</b>
30	IM GESPRÄCH MIT DR. GÜNTHER E. BUCHHOLZ
34	<b>GESTALTUNG VON SOLIDARITÄT UND EIGENVERANTWORTUNG</b>
36	IM GESPRÄCH MIT DR. JÜRGEN FEDDERWITZ
40	<b>GESTALTUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN</b>
42	IM GESPRÄCH MIT DR. WOLFGANG EßER
47	DAS BILD IM WERDEN DEFINIEREN, VERWERFEN, FORMULIEREN
50	IMPRESSUM





### gesundheit **gestalten**

Der Blick zurück nach vorn hat uns in seinen Bann gezogen. Während das 60-jährige Jubiläum der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) immer näher kam, hat uns eine Frage nicht mehr losgelassen: Was wollen wir zeigen? Was hervorheben, was akzentuieren? 60 Jahre – ein Zeitraum mit vielen bewegenden Ereignissen. Gesellschaftspolitisch geprägt durch Aufbrüche, Umbrüche und zunehmende Geschwindigkeit. Und doch auch Verstetigung: Spielregeln, Akteure, Prozesse. Mitten in diesem kontinuierlichen Werden: die KZBV, im Jahr 1955 formal konstituiert als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Das Selbstverwaltungsorgan der Vertragszahnärzte, politisch gewollt und gebraucht, um die Mundgesundheit der Menschen in Deutschland kontinuierlich zu verbessern. Ein Auftrag, der die KZBV und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) in den vergangenen 60 Jahren mit zahlreichen Akteuren und Entscheidern in Kontakt gebracht hat. Ein Auftrag, der in Parallelität zu den Entwicklungen in Gesellschaft und Politik als ein stetiges Wirken für die zahnmedizinische Versorgung und die Mundgesundheit der Patienten zu begreifen ist. Bei unserem Resümee der zurückliegenden 60 Jahre sind wir zu der Überzeugung gelangt, dass wir einen Prozess hinterfragen wollen, der auch mit gestalterischen Prinzipien einhergehen kann.

Wir haben uns deshalb für eine *Retroperspektive* entschieden – einerseits Rückschau auf das, was war, andererseits Perspektive: verknüpft mit einer kritischen Reflexion dessen, was kommt. Der Begriff der *Retroperspektive* hat sich uns dafür aufgedrängt. Die Wortschöpfung wurde bereits im Jahr 1997 von Catherine David genutzt, die als Künstlerische Leiterin die documenta X unter diesen Anspruch stellte und gleichzeitig den politischen Kontext für die Interpretation von künstlerischem Wirken abstecken wollte. Warum also nicht den Gedanken umkehren und den künstlerischen Kontext für die Interpretation (gesundheits-)politischer Arbeit nutzen? Künstlerische Gestaltung als Referenzrahmen: Wie entsteht ein Werk? Im Gespräch mit dem Berliner Künstler Matthias Zinn fielen Stichworte wie Strukturen, Werte, Freiraum, Inspiration, Entscheidung, Konzepte, Reduzierung, Rücknahme, Akzentuierung und Ziele. Jeder Begriff ein Erleben aus 60 Jahren KZBV.

Unser Einblick//Ausblick: Politisches Wirken wird umso kraftvoller, wenn es Gestaltungsprinzipien erkennt und mit Verve und Beharrlichkeit an dem Bild hinter dem Bild arbeitet: gesundheit gestalten.

Die nachfolgenden Gedanken, ergänzt um einen kurzen historischen Überblick,

mit herzlicher Empfehlung



Dr. Wolfgang Eßer  
*Vorsitzender des Vorstandes der KZBV*



Dr. Günther E. Buchholz  
*stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV*



Dr. Jürgen Fedderwitz  
*stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV*

ALS KÖRPERSCHAFT  
DES ÖFFENTLICHEN  
RECHTS IST ES  
UNSERE AUFGABE,  
DIE ZAHNMEDIZINISCHE  
VERSORGUNG MITZUGE-  
STALTEN UND DIE  
VERSORGUNG SICHER-  
ZUSTELLEN.

Dr. Wolfgang Eßer



60 Jahre KZBV – sechs Jahrzehnte freiberufliche Selbstverwaltung für eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte zahnmedizinische Versorgung

Prof. Dr. Burkhard Tiemann

*ehemaliger Hauptgeschäftsführer und  
Vorstandsbevollmächtigter der KZBV*

## Historische Genese der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

### Entwicklung als akademischer Heilberuf mit Selbstverwaltung

Der zahnärztliche Berufsstand ist erst spät in den Kreis der medizinischen Heilberufe und das System der Sozialversicherung hineingewachsen. Erst Ende des 19. Jahrhunderts bildete er ein eigenständiges, von den medizinischen Fachrichtungen differenziertes, akademisches Berufsbild heraus und löste sich aus gewerblichen Strukturen. Nach dem Vorbild ärztlicher Berufsorganisationen gründeten sich Anfang des 20. Jahrhunderts Zahnärztekammern als berufsständische Organisationsformen genossenschaftlicher Selbstverwaltung, die neben den freien beruflichen Interessenverbänden der eigenverantwortlichen Selbstregulierung einer geordneten Berufsausübung und als institutionelle Plattform für Mitwirkung an Entscheidungen über die Ausgestaltung des Gesundheitswesens dienten. Der öffentlich-rechtliche Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR) sicherte einerseits eine privilegierte Stellung dem Staat gegenüber, bedeutete andererseits als mittelbare Staatsverwaltung eine Unterstellung unter die Staatsaufsicht. Dieser Organisationskompromiss zwischen mittelbarer Staatsverwaltung und genossenschaftlicher Selbstverwaltung wurde im späteren Professionalisierungsprozess der Zahnärzteschaft ähnlich wie im ärztlichen Bereich auch auf Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) als spezielle berufsständische Institutionen übertragen, die die zahnärztlichen Interessen gegenüber den Krankenkassen und dem Staat vertreten sollten, nachdem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland infolge der Kaiserlichen Botschaft von 1883 eine gesetzliche soziale Krankenversicherung entstanden war und vorher verschiedene freie ärztliche und zahnärztliche Vereinigungen die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Heilberufe vertraten. Allerdings war die Behandlung von Zahnkrankheiten noch keine Pflichtleistung

der Krankenkassen und auch Ärzte konnten die Zahnheilkunde ausüben. Die Position der Zahnärzte gegenüber den Krankenkassen war auch dadurch geschwächt, dass mit den Dentisten ein zweiter Berufsstand heilberuflich auf dem Gebiet der Zahnheilkunde tätig war, der in Konkurrenz zu den nunmehr akademisch vorgebildeten Zahnärzten stand. Während die Ärzteschaft mit dem Berliner Abkommen von 1913 erstmals ein Kollektivvertragssystem mit den Krankenkassen durchsetzen konnte und damit die Einzelzulassung zur Versorgung sozialversicherter Patienten überwand, gelang es dem Wirtschaftlichen Verband deutscher Zahnärzte e. V. als zahnärztlichem Interessenverband erst 1923, eine erste übergreifende Vereinbarung zu einer Gebührenordnung und Vergütungsform, zum Schiedswesen und zur Zulassung von Kassenzahnärzten zu schließen, nachdem die Anerkennung von Zahnerkrankungen als Krankheit und Zahnfüllungen als Pflichtleistung der Krankenkassen sich durchgesetzt hatten.

#### **Vom Einzel- zum Kollektivvertrag**

Damit wurden erste Strukturen einer gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen organisierter Ärzte- bzw. Zahnärzteschaft und Krankenkassen geschaffen, die dazu führten, dass am 8. Dezember 1931 durch die 4. Notverordnung der Regierung Brüning die Vertretung ärztlicher Interessen durch Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KVen) in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft festgeschrieben wurde, so dass den Krankenkassen nicht mehr einzelne Kassenzahnärzte, sondern kollektive Organisationen gegenüberstanden, denen die Verteilung der Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung und die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit übertragen wurde. Dieses korporatistische Modell wurde am 31. Januar 1932 auf die Zahnärzte und Dentisten durch Bildung Kassenzahnärztlicher und Kassendentistischer Vereinigungen als KdöR übertragen, so dass der kündbare privatrechtliche Einzelvertrag des einzelnen Zahnarztes mit der Krankenkasse

zu Gunsten der genossenschaftlichen Regelung kraft eines der Kassenzahnärzteschaft erteilten gesetzlichen Auftrages umgewandelt wurde.

#### **Ende rechtsstaatlich-freiheitlicher Selbstverwaltung**

Anders als die ursprüngliche Idee genossenschaftlicher Selbstverwaltung und eigenverantwortlicher Vertragsgestaltung wurde mit der Errichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands 1933 eine strikter Staatsaufsicht unterliegende, nach dem *Führerprinzip* ausgerichtete zentralistische Institution geschaffen. 1940 folgte die Institutionalisierung einer Kassendentistischen Vereinigung Deutschlands, so dass sich auch im NS-Regime der berufsständische Dualismus fortsetzte. Per Ermächtigung des Reichsarbeitsministers wurde eine Zulassungs- und Vergütungsordnung auf der Grundlage einer Kopfpauschalvergütung eingeführt. Im Konfliktfall hatten die beim Reichsversicherungsamt angesiedelten staatlichen Schiedsinstanzen die Möglichkeit, Verträge festzusetzen. Wie in anderen staatlichen und gesellschaftlichen Bereichen führte die NS-Diktatur auch dazu, dass politisch oder ethnisch unerwünschte Berufsangehörige von der Kassenzulassung und später der Berufsausübung ausgeschlossen wurden. Durch das Gesetz vom 5. Juli 1934 über den Aufbau der Sozialversicherung wurde auch die Selbstverwaltung der Krankenkassen abgeschafft und diese der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt.

## **Konsolidierungsphase der Selbstverwaltung im sozialen Rechtsstaat der Bundesrepublik Deutschland**

#### **Überwindung des berufsständischen Dualismus**

Auf dem zahnärztlichen Berufsstand lastete seit dem 19. Jahrhundert die Hypothek des Dualismus, der durch das

Zahnheilkundegesetz vom 13. März 1952 beseitigt wurde. Durch dieses Gesetz wurden für die berufsständische Entwicklung entscheidende Weichenstellungen vorgenommen: Neben der Schaffung eines einheitlichen akademisch vorgebildeten zahnärztlichen Berufsstandes erfolgte die Anerkennung der Zahnheilkunde als ein eigenständiges Gebiet der Gesundheitspflege, das von gewerblichen Tätigkeiten unterschieden wird und dessen Ausübung Zahnärzten vorbehalten ist (Beseitigung der Kurierfreiheit). Dem Gesetz liegt eine breite Definition der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen als jeder von der Norm abweichenden Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen zugrunde.

### **Wiedergeburt der Selbstverwaltung**

Vor diesem Hintergrund und parallel zur Wiederherstellung des Selbstverwaltungsprinzips und demokratischer Strukturen in der Sozialversicherung wurden in der Nachkriegszeit zunächst auf regionaler Ebene die Kassenverbände sowie KVen und KZVen wiederhergestellt, für das Kassenarztwesen der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet und im Vorgriff über ein geplantes Gesetz zum Kassenarztwesen 1954 die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung als Arbeitsgemeinschaft der KZVen gegründet, die in Personalunion mit der Arbeitsgemeinschaft der Zahnärztekammern, dem Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, geführt wurde. Diese Personalunion in der Leitungsfunktion und der Geschäftsstelle in Köln bestand auch nach der förmlichen Errichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) durch das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 fort, das die KZBV als Bundesinstitution ebenso wie die Länder-KZVen als KdöR konstituierte. Pflichtmitglieder der KZVen waren alle Kassenzahnärzte der jeweiligen Region, Mitglieder der KZBV die KZVen. Leitideen dieser Körperschaften im sozialen Rechtsstaat der Bundesrepublik Deutschland waren die idealtypischen Merkmale freiberuflich-genossenschaftlicher Selbstverwaltung und berufsständischer Interessenvertretung, gepaart mit der Übernahme von Gemeinwohlverpflichtungen wie der Sicherstellung der Versorgung und der Gewährleistungsübernahme gegenüber den Krankenkassen unter den Bedingungen von Therapiefreiheit, freier Arztwahl und – später auch – Niederlassungsfreiheit.

### **Niederlassungsfreiheit – Bundesverfassungsgericht betont Freiberuflichkeit des Kassen(zahn)arztes**

In dieser Konsolidierungsphase der Selbstverwaltung in der Nachkriegszeit kam es auf der Grundlage des GKAR und der Reichsversicherungsordnung (RVO) zur Bildung von Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen wie Prüfungsausschüssen, Schiedsstellen, Zulassungsgremien oder den Landes- und Bundesausschüssen, in denen Krankenkassen und Zahnärzte Mitwirkungsrechte besitzen. Die maßgebende Vertragsgrundlage für die Rechtsbeziehungen zwischen Kassenzahnärzten und Krankenkassen wurde der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vom 2. Mai 1962. Vergütungsvereinbarungen auf Bundesebene wurden mit den Ersatzkassenverbänden geschlossen, während die Gesamtverträge, die eine Zahlung der Gesamtvergütung vorsahen, von den Länder-KZVen abgeschlossen wurden, wobei die Verteilung der Gesamtvergütung auf der Grundlage eines im Benehmen mit den Krankenkassen festgesetzten Honorarverteilungsmaßstabs erfolgte. Die Zulassung von Kassenzahnärzten war zunächst beschränkt und erfolgte im Verhältnis 1:900 Einwohnern. Durch diese Zulassungsbeschränkungen wurde vielen, insbesondere jüngeren Ärzten und Zahnärzten die Berufsausübung erschwert oder unmöglich gemacht, so dass in der Ärzte- und Zahnärzteschaft ein erhebliches Protestpotential zur Gründung freier Verbände wie des späteren Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ) führte.

Mit einer Grundsatzentscheidung vom 23. Juni 1960 betreffend die Kassenärzte und vom 8. Februar 1961 betreffend die Kassenzahnärzte hob das Bundesverfassungsgericht die Zulassung nach Verhältniszahlen als verfassungswidrigen Eingriff in die Berufsfreiheit auf und machte bedeutsame Feststellungen zum Status des Kassenarztes als Ausübungsform des freien Arztberufes und nicht eines eigenen Berufsbildes in funktionaler Abhängigkeit von der GKV.

### **Bewertungsmaßstab sichert Einzelleistungsvergütung**

Am 1. Juli 1962 erfolgte die Neuschaffung eines Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z), der die bisherige, völlig überholte Kassenzahnärztliche Gebührenordnung sowie das die zahnärztliche Leistungs- und Kostenentwicklung drastisch unterbewertende System der Pauschalvergütung ablöste, mit der Folge einer bundeseinheitlichen Leistungsbe-

wertung und eines dem damaligen Stand der Zahnheilkunde entsprechenden Leistungssystems. Der Bema-Z, der 1966 fortentwickelt wurde, sah eine Bewertung nach Maßgabe von Punkten in Relation zur Leistung auf der Grundlage einer Einzelleistungsvergütung vor und schuf damit die Voraussetzungen für eine leistungs- und kostengerechte Honorierung und Abgeltung der Praxiskosten sowie eine qualitative Verbesserung der Versorgung.

## Phase der Leistungsausweitung

Die 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts waren gekennzeichnet durch eine permanente Expansion des Umfangs der kassenzahnärztlichen Behandlungen und der Ausgaben der GKV für die zahnärztliche Versorgung infolge wiederholter Erweiterung des Leistungsspektrums durch die Rechtsprechung und Gesetzgebung. So wurde durch ein Urteil vom 20. Oktober 1972 vom Bundessozialgericht (BSG) die Kostenübernahme für Kieferorthopädie (Kfo) beschlossen. Dementsprechend erfolgte 1972 die Einbeziehung der Kieferorthopädie in den Bema-Z ebenso wie 1974 die systematische Behandlung von Parodontopathien.

### **Bundessozialgericht bezieht den Zahnersatz in Kassenverträge ein**

Die bedeutendste Leistungsausweitung erfolgte durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. Januar 1974, das die Gesamtvertragsfähigkeit von Zahnersatzleistungen bejahte, obwohl es ihren Rechtscharakter als Zuschussleistung eigener Art auf privatvertraglicher Grundlage anerkannte. Diese Entscheidung und die daraufhin erfolgte Prothetikvereinbarung der KZBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen führten zur Eingliederung der Prothetikleistungen in den BMV-Z/Bema-Z und lösten in der Zahnärzteschaft heftige Kontroversen aus, die über Jahre hinweg die innerzahnärztliche Diskussion beherrschten, zumal der größte Teil der noch außervertraglich gebliebenen Prothetikleistungen, wie zum Beispiel provisorische Brücken, Versorgung mit metallkeramischem Zahnersatz oder Verbindung von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz, durch Spruch des Bundesschiedsamts vom 2. Mai 1977 in den BMV-Z/Bema-Z eingefügt wurde. Der Grund für die Kritik an dieser Entwicklung war eine unvertretbare und unbezahlbare Leistungsausweitung (sogenannter *Prothetik-Boom*) bei der prothetischen Versorgung

mit der Gefahr des Verfalls der Einzelleistungsvergütung, da bei der Veränderung der Vergütungen die zu erwartende Entwicklung der Grundlohnsumme der Krankenkassen, also die jeweilige Finanzsituation, zugrunde gelegt wurde. Dementsprechend wurde später der Bema-Z mehrfach *umstrukturiert*, wobei die Vergütungen für kieferorthopädische und prothetische Leistungen zum Teil durch gesetzliche Interventionen reduziert wurden.

## Die Kostendämpfungs-Gesetzgebung

Die Leistungsausweitungen und der dadurch ausgelöste Kostenboom in der GKV führten in den Folgejahren zu einer Sequenz von Kostendämpfungs-Gesetzen, die darauf abzielten, die Kostenentwicklung mit Mitteln der Globalsteuerung einzudämmen:

*Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (KVWVG) vom 28. Dezember 1976:* Verpflichtung der KZVen, im Einvernehmen mit den Krankenkassen Bedarfspläne zu erstellen, Kopplung der Ersatzkassen-Beteiligung an die RVO-Zulassung, Einführung einer kassenzahnärztlichen Fortbildungspflicht.

*Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Gesetz (KVKG) vom 27. Juni 1977:* Zentralisierung der Vertragskompetenzen, Grundlohnentwicklung als dominantes Vergütungskriterium, Plafondierung der Gesamtvergütungen als mögliche Form der Ausgabenbegrenzung, Einrichtung einer *Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen* unter Beteiligung aller Leistungs- und Versicherungsträger im Gesundheitswesen als korporatistisches Steuerungsgremium, das unter anderem Empfehlungen für die Margen der Gesamtvergütung geben sollte, Bildung von schiedsamtähnlichen Bewertungsausschüssen zur Institutionalisierung einheitlicher Bewertungsmaßstäbe, paritätische Besetzung der Prüfungsausschüsse, Festsetzung der Zahnersatz-Zuschüsse auf 80 Prozent der Kosten, entsprechende Selbstbeteiligung in der Kieferorthopädie mit der Koppelung an Belohnungsanreize bei Behandlungsabschluss, Vergütungen für zahntechnische Leistungen als Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung, wobei für die zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker Vereinbarungen der Innungsverbände mit den Krankenkassen eingeführt wurden.



*Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen der Krankenversicherung (KVEG) vom 22. Dezember 1981:* Einbeziehung der zahnärztlichen Behandlung bei Zahnersatz und Zahnkronen in das Sachleistungssystem, wobei zahnärztliche und zahntechnische Leistungen getrennt und der Kassenzuschuss auf 60 Prozent der zahntechnischen Leistungen begrenzt wurde, gesetzliche Absenkung der Preise für zahntechnische Leistungen um 5 Prozent, Auftrag zur Entwicklung prothetischer Therapiestandards und zur Reduzierung der Bewertung der Zahnersatzleistungen zu Gunsten konservierend-chirurgischer Leistungen.

Somit wurden die zahnärztlich-prothetischen Leistungen dem Sachleistungsregime und seinen Vergütungsrestriktionen unterzogen, Bewertungsrelationen, die von der gemeinsamen Selbstverwaltung im Zahnersatz- und Kieferorthopädie-Sektor geschaffen waren, gesetzlich ausgehebelt, das Praxislabor gegenüber dem gewerblichen benachteiligt, weil das Preisniveau des Praxislabors unterhalb desjenigen des gewerblichen fixiert wurde.

*Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 20. Dezember 1988 (GRG):* Primat der Wahrung der Beitragsatzstabilität in den Vergütungsvereinbarungen, Fortsetzung einer der Globalsteuerung und Lenkung der ärztlichen Versorgung verpflichteten Kostendämpfungspolitik, modifizierte Form der Kostenerstattung für zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen als Bestandteil der kassenzahnärztlichen Versorgung, Einführung der Kariesprophylaxe (Gruppen- und Individualprophylaxe).

*Wiedervereinigung Deutschlands und einheitliches Sozialrecht auf der Grundlage der Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik im Rahmen des Staatsvertrages vom 18. Mai 1990 und Einigungsvertrages vom 31. August 1990,* der zum Aufbau paralleler Sozialversicherungsstrukturen einschließlich einer Gesetzlichen Krankenversicherung im Beitrittsgebiet führte. Nach einer Übergangszeit, in der die KZVen in den neuen Bundesländern als eingetragene Vereine fungierten, wurden sie als KdöR vollständig in das Kassensystem integriert.

## Strukturveränderungen zwischen Eigenverantwortung und Dirigismus

Nach einer Phase ausschließlicher Kostendämpfungs- und Globalsteuerungspolitik wurden in der Folgezeit gesetzgeberische Ansätze deutlich, zunehmend Elemente der Eigenverantwortung und des Wettbewerbs in das GKV-System zu implementieren, wobei es allerdings zumeist an Kohärenz und Nachhaltigkeit fehlte, so dass es immer wieder zu in sich widersprüchlichen Gesetzesreformen kam, die darauf reagieren mussten, dass die gesetzgeberischen Interventionen die Einsparungsziele nicht erreichten. So erfolgte allein im Zeitraum von 1960 bis 1986 eine 13-fache Steigerung der Gesundheitsausgaben bei lediglich siebenfacher Steigerung des Bruttosozialprodukts. Auch der Anlass für das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 war ein dramatischer Kostenanstieg im Vorjahr um 10,6 Prozent und war für die kassenzahnärztliche Selbstverwaltung geprägt durch dirigistische Beschränkungen im Vergütungs- und Zulassungswesen durch Festlegung von Altersgrenzen der Zulassung und sanktionsbewehrte Regelungen für kollektiven Zulassungsverzicht, der als Reaktion und Abschreckungsmaßnahme gegenüber insbesondere innerhalb der Zahnärzteschaft, später auch bei den Vertragsärzten, virulenten Tendenzen erfolgte, dem als dirigistisch und bürokratisch empfundenen GKV-System den Rücken zu kehren.

*Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) vom 21. Dezember 1992:* Schaffung von Ausgabenbudgets zur Umsetzung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität nach Maßgabe der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder, Wahlrecht der Krankenversicherten hinsichtlich der Kassenart, Einschränkung der Vertragsfreiheit der gemeinsamen Selbstverwaltung durch erweiterte Mitwirkungsrechte der Rechtsaufsicht bis hin zur Ersatzvornahme im Verordnungswege, Vorlagepflicht von Vergütungsvereinbarungen, Erhöhung von Selbstbeteiligungen, Leistungsausgrenzungen bei Kieferorthopädie, Koppelung der Zuschusshöhe beim Zahnersatz an Vorsorgebemühungen und Verpflichtung der Kassen, den Versichertenanteil an die KZV zu zahlen, Einführung von Altersgrenzen für Zulassungsbewerber zur kassenzahnärztlichen Versorgung und des Zulassungsbestandes jenseits des 68. Lebensjahrs, bei kollektiver Rückgabe der Kassenzulassung Ruhen des Sicherstellungsauftrags der KZVen und Übergang

der Sicherstellung auf die Krankenkassen sowie sechsjährige Zulassungssperre für Teilnehmer eines kollektiv abgestimmten Zulassungsverzichts, Ersetzung des Begriffs *Kassenarzt* durch *Vertragsarzt*, Absenkung des Punktwerts für kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen, zweijährige Gewährleistungsverpflichtung des Zahnarztes für Füllungen und Zahnersatz, die in diesem Zeitraum kostenlos zu erneuern sind.

8. *SGB-V-Änderungsgesetz vom 08. Oktober 1996*: Lockerung des Alles-oder-nichts-Prinzips der GKV durch Zulassung von Mehrkostenvereinbarungen bei Füllungstherapie.

*Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) vom 1. November 1996*: Streichung des Anspruches auf Zuschüsse zum Zahnersatz für Patienten, die älter als 18 Jahre sind.

2. *Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (2. NOG) vom 23. Juni 1997*: Neugestaltung der Leistungen bei Zahnersatz, wobei das Verhältnis Vertragszahnarzt – Patient auf eine privatrechtliche Beziehung im Rahmen der Kostenerstattung gestellt wurde und der prozentuale Zuschuss der GKV durch standardisierte Festzuschüsse in bestimmten Versorgungsformen ersetzt wurde, Ausweitung der zahnmedizinischen Prophylaxe bei Erwachsenen.

Diese grundlegenden und zukunftsweisenden Neuregelungen waren nicht von Bestand, weil sie zu erheblichen innerzahnärztlichen Auseinandersetzungen sowie Auslegungs- und Umsetzungskontroversen mit Krankenkassen und Politik führten und nach einem Regierungswechsel aufgehoben wurden.

*Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998*: Durch dieses Gesetz wurden alle Elemente privatrechtlicher Gestaltung, die das 2. NOG vorgesehen hatte, zurückgenommen und der Zahnersatz wieder in die Sachleistung überführt. Ebenso wurde der Ausschluss der Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene wieder rückgängig gemacht. Ab einer bestimmten Gesamtpunktmenge wurde ein degressiver Punktwert eingeführt.

*Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der Gesetzlichen*

*Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (Gesundheitsreformgesetz 2000)*: Begrenzung des Zahlungsanspruchs gegenüber dem Versicherten bei Mehrkostenberechnung auf das 2,3-Fache der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der Bundesausschuss muss verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung beschließen, strikte Budgetierung durch Koppelung an Grundlohnsummensteigerung zur Sicherung der Beitragssatzstabilität, Vorlagepflicht der Vergütungsvereinbarungen an Aufsichtsbehörde.

*Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003*: Ausbau der hauszentrierten und integrierten Versorgung, Einführung der Praxisgebühr, Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, wiederholte Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz: Umstellung auf ein befundorientiertes Festzuschussystem, nach Maßgabe einer Regelversorgung, Erweiterung der Wahlmöglichkeiten von Versicherten zum Beispiel hinsichtlich Kostenerstattung, Richtlinien für die Kieferorthopädie aufgrund befundorientierter Indikationsgruppen, Institutionalisierung der Medizinischen Versorgungszentren, Ausschreibung besonderer Versorgungsverträge mit einzelnen Vertragsärzten, Abschaffung der *Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen*, Institutionalisierung hauptamtlicher Vorstände in den kassenärztlichen Organisationen, Institutionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter der Trägerschaft von KZBV, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen, unparteiischen Mitgliedern sowie der Beteiligung von Patientenvertretern. Der G-BA hat weitreichende Kompetenzen für die Steuerung der Gesundheitsversorgung. Einrichtung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

*Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG) vom 22. Dezember 2006: Liberalisierung des vertragszahnärztlichen Zulassungswesens*: Erweiterung der Möglichkeiten kollektiver Berufsausübung in Berufsausübungsgemeinschaften unterschiedlicher Rechtsform, Auflösung der Bindung der Berufstätigkeit an einen bestimmten Praxissitz, Zulassung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren dürfen in jeder zivilrechtlich zulässigen Rechtsform auch als juristische Person betrieben werden.

*Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007:* Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle nicht in GKV oder Privater Krankenversicherung (PKV) Versicherten, Standardtarife in der PKV sowie Einführung eines Basistarifs und der begrenzten Übertragbarkeit von Altersrückstellungen der PKV, Einführung von Wahlтарifen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen, Organisationsreform der Krankenkassen: Bildung des GKV-Spitzenverbandes, Einführung des Gesundheitsfonds und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Erhöhung des Bundeszuschusses zur GKV, Erweiterung der Modalitäten von Selektivverträgen, Ausdehnung des Sicherstellungsauftrages der K(Z)Ven auf die Versorgung der in einem Standard- oder Basistarif privat Versicherten, Dienstleistungsgesellschaften der K(Z)Ven, Verpflichtung der K(Z)Ven, Maßnahmen zur Qualitätsförderung durchzuführen einschließlich der Festlegung von Qualitätskriterien, nach denen Zu- und Abschläge zu den Vergütungen vereinbart werden, Festlegung von Qualitätskriterien für die zahnärztliche Versorgung durch den G-BA, Weiterentwicklung der Wahlrechte der Kassenmitglieder, Festsetzung des Kassenbeitragsatzes durch Rechtsverordnung.

*Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008:* Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragszahnärzte entfällt.

*Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010:* Festlegung des Beitragsniveaus und Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge bei Sozialausgleich aus Steuermitteln. Angleichung der Vergütung in den neuen Bundesländern an die in den alten Bundesländern.

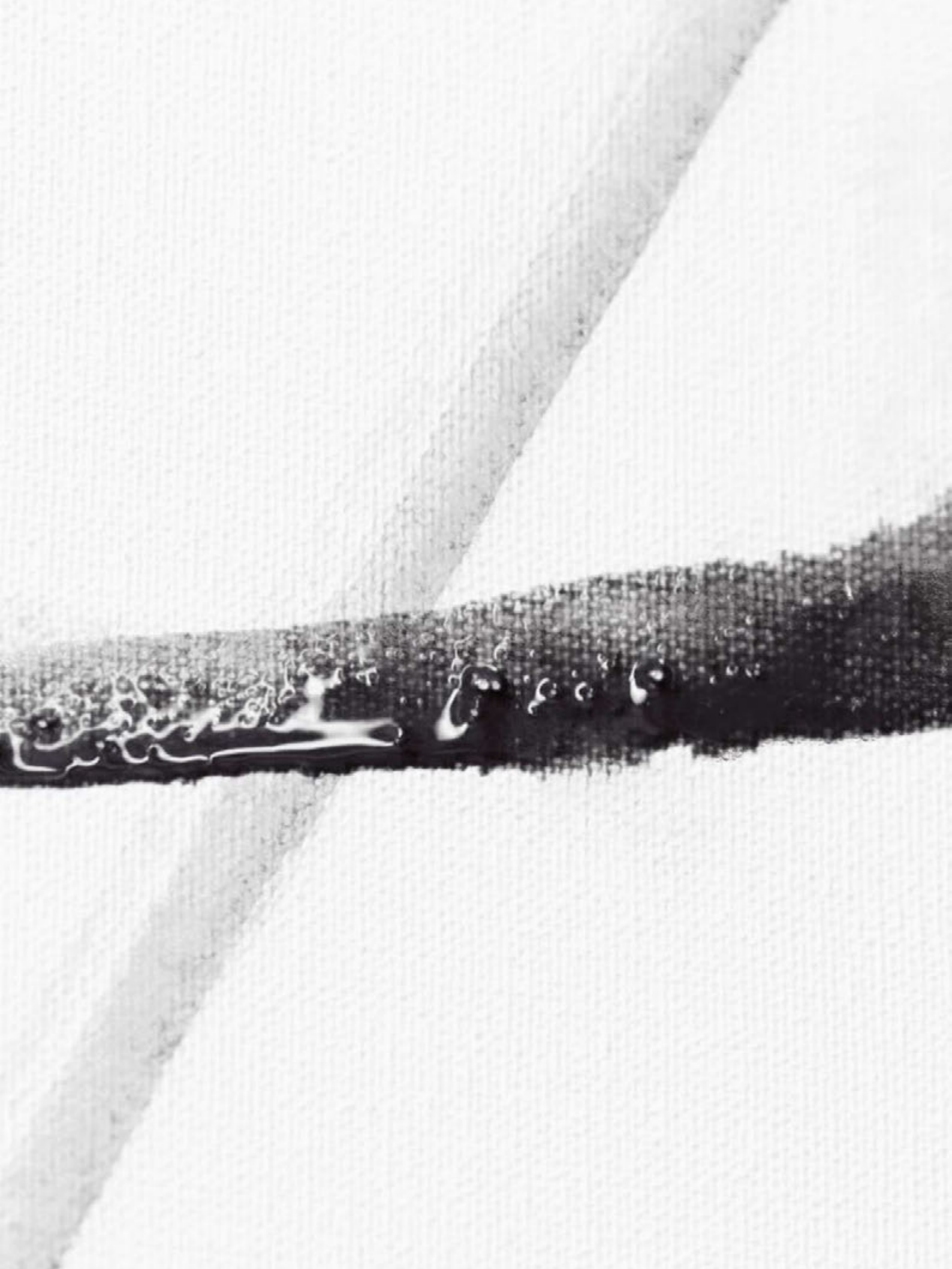
*Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011:* Bei der Anpassung der Gesamtvergütungen entfällt die strikte Budgetierung, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird gleichgewichtig neben der Entwicklung von Morbiditäts- sowie Kosten- und Versorgungsstrukturen berücksichtigt. Festsetzungskriterien für die Gesamtvergütung und die Verteilung der Vergütungen an die Vertrags(zahn)ärzte.

Regionalisierung des vertragsärztlichen Vergütungssystems, größere Verhandlungsspielräume und neue Kriterien für die Vereinbarung der ärztlichen Gesamtvergütung durch die Vertragspartner, Einschränkung der Zulassungskriterien für Medizinische Versorgungszentren zur Sicherung ihrer Unabhängigkeit vor wirtschaftlicher Fremdbestimmung, Erprobungsregelungen für innovative Behandlungsmethoden und Verbesserung der Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, Regelungen zu Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung, Ausweitung der Satzungs- und Ermessensleistungen der Krankenkassen, Verbot der Zuweisung gegen Entgelt.

*Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012:* Ergänzung der Verpflichtung des Bewertungsausschusses, eine zusätzliche Vergütung für zahnärztliche Leistungen vorzusehen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages über Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern erbracht werden, durch Vergütung für die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit erschwert aufsuchen können.

*Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 24. Juli 2014:* Durch das Gesetz wurde zum 1. Januar 2015 der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent gesenkt. Der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten entfällt. Stattdessen können die Krankenkassen einkommensabhängig prozentuale Zusatzbeiträge erheben. Zudem schaffte das Gesetz die Grundlage für die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Mit den Positionspapieren *Perspektive Mundgesundheit* (2009) und *Agenda Mundgesundheit* (2013) hat die KZBV ihre Ziele und Vorschläge zur Gestaltung der Versorgung kommuniziert. Gemeinsam mit anderen Organisationen sind das Versorgungskonzept *Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter* (2010) und das Präventionskonzept *Frühkindliche Karies vermeiden* (2014) erarbeitet worden. Mit der 2014 veröffentlichten *Agenda Qualitätsförderung* macht die Zahnärzteschaft deutlich, dass die Qualitätsförderung ein zentrales Anliegen des Berufsstandes ist.



## 1955

- 1952** Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde
- » Berufsrecht der Zahnärzte erhält neue Rechtsgrundlage (vorher in der Gewerbeordnung)
  - » Staatlich anerkannte Dentisten erhalten als Auslaufmodell die Zulassung für Kassenpatienten
- 1953** Sozialgerichtsgesetz (SGG)
- » Gründung von Sozialgerichten als von den Verwaltungsbehörden getrennte Verwaltungsgerichte
  - » Sozial-, Landes- und Bundessozialgericht errichtet und Besetzung der Kammern mit Berufs- und Sozialrichtern (Laien)
- 1954** Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) gründen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) als Arbeitsgemeinschaft
- Einrichtung der Geschäftsstelle in Köln
- 1955** Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR): Konstitution der KZBV und Landes-KZVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts
- » Die Kassenzahnärzte sind Pflichtmitglieder in den regionalen KZVen
  - » Begrenzung der Zulassung auf 900 Krankenkassenmitglieder je Zahnarzt
  - » Entscheidung über Zulassung durch Zulassungsausschuss für festgelegte Orte (Kassenarztsitz)
  - » Kassen entrichten an die KZV eine Gesamtvergütung, die sich an der Zahl der Versicherten und dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten orientiert
  - » KZV verteilt im Benehmen mit den Krankenkassen die Gesamtvergütung nach einem Honorarverteilungsmaßstab auf die Kassenzahnärzte
  - » Einrichtung von Schiedsämtern auf Bundes- und Landesebene für Entscheidungen bei Nichtzustandekommen einer Einigung
  - » Aufsicht über Schiedsämter haben oberste Landesbehörden
  - » Regelungen für die Bildung von Vorständen und Vertreterversammlungen der KZVen

- » Bildung von Prüfungsausschüssen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit
  - » Bildung eines Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen
  - » Sozialgerichte sind für Rechtsstreitigkeiten in Angelegenheiten der Kassenzahnärztlichen Versorgung zuständig
- 1956** Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner (KVdR)
- » Bezieher einer gesetzlichen Rente werden Pflichtversicherte in der GKV
- 1957** Verordnung über Schiedsämter für die Kassenzahnärztliche Versorgung
- » Regelung zur Besetzung der Schiedsämter in der Kassenzahnärztlichen Versorgung, sie bestehen aus dem Vorsitzenden und je zwei Zahnärzten und Krankenkassenvertretern
- 1957** Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte
- » Umsetzung der Vorschriften des Gesetzes über das Kassenarztrecht
- 1962** Bundesmantelvertrag der Zahnärzte: Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten
- Einführung des Bundeseinheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z)
- Bewertungsmaßstab auf der Grundlage von Einzelleistungsvergütungen

## 1965

- 1965** Gebührenordnung für Zahnärzte
- ab 1966** Kontinuierliche Ausweitung des Bema-Z
- 1969** Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen in der GKV
- » Einheitliche Pflichtversicherungsgrenze für Arbeiter und Angestellte in der GKV
- 1970** Gesetz über die Zulassung von nach § 19 des Zahnheilkundengesetzes berechtigten Personen zur Behandlung der GKV-Versicherten
- » Uneingeschränkte Zulassung von Dentisten zur Kassenzahnärztlichen Versorgung
- ab 1970** Permanente Leistungsausweitung der Kassenzahnärztlichen Versorgung
- 1972** Eingliederung der Kieferorthopädie (Kfo) in den Bema-Z nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG)
- 1974** Aufnahme der Behandlung von Paradontopathien in den Bema-Z nach einem Urteil des BSG
- Eingliederung von Prothetikleistungen in den Bema-Z nach einem Urteil des BSG

## 1965

# 1975

- 1976** Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (KVWG)
- » Verpflichtung der KZVen zur Erstellung von Bedarfsplänen
  - » Einführung einer Fortbildungspflicht für Kassenzahnärzte
- 1977** Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der GKV (KVKG)
- » Plafondierung der Gesamtvergütung Orientierung an der Grundlohnsumme, den Praxiskosten und der Arbeitszeit
  - » Selbstbeteiligung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie
  - » Einrichtung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen
- 1980** Gründung des Forschungsinstitutes für die zahnärztliche Versorgung (später Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in gemeinsamer Trägerschaft von KZBV und Bundeszahnärztekammer
- 1981** Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (KVEG)
- » Zahnärztlich-prothetische Leistungen werden Sachleistungen
  - » Zuschussbegrenzung bei Zahnersatz auf 60 Prozent der Kosten und gesetzliche Absenkung der Preise für zahntechnische Leistungen
- 1983** Grundsatzprogramm der KZBV mit richtungsweisenden Forderungen zu Prävention und Versorgung

## 1985

- 1986** Gesetz zur Verbesserung der Kassenärztlichen Bedarfsplanung
- » Zulassungsverordnung soll Unter- und Überversorgung vermeiden
  - » Richtlinien über einheitliche Verhältniszahlen für den Versorgungsgrad
- 1986** Standpunkte der KZBV zur Strukturreform
- 1988** Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG)
- » Übertragung des GKV-Rechts aus der RVO in das neue SGB V
  - » Primat der Beitragssatzstabilität
  - » Einführung des Wirtschaftlichkeitsgebots
  - » Einführung der Kariesprophylaxe
  - » Einführung des Bonusheftes
  - » Kostenerstattung bei Kieferorthopädie
  - » Anhebung der Zuzahlung für Zahnersatz
- 1989** 1. Erhebung zur Mundgesundheit in Deutschland durch das IDZ
- 1990** Einigungsvertrag / Staatsvertrag
- » Übernahme des GKV-Systems und des SGB V in den neuen Bundesländern
  - » Gründung der KZVen in den neuen Bundesländern
- 1990** Positionspapier der KZBV *Weiterentwicklung der GKV*
- 1992** Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GSG)
- » Aus *Kassenarzt* wird *Vertragsarzt*
  - » Strikte Budgetierung aller GKV-Ausgaben
  - » Beschränkungen im Vergütungs- und Zulassungswesen
  - » Einführung von Zulassungssperren und Gewährleistungspflichten
  - » Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragszahnärzte
  - » Freie Kassenwahl für alle GKV-Versicherten
  - » Erhöhung der Selbstbeteiligung
  - » Erweiterung der Mitwirkungsrechte der Rechtsaufsicht

## 1995

- 1995** Reformkonzept *Vertrags- und Wahlleistungen*
- 1996** 8. SGB-V-Änderungsgesetz
- » Einführung der Mehrkostenregelung in der Füllungstherapie
- 1996** Beitragsentlastungsgesetz
- » Nach 1978 Geborene erhalten keinen Zuschuss für Zahnersatz
- 1997** 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (2. NOG-GKV)
- » Standardisierte Festzuschüsse bei Zahnersatz
  - » Prophylaxe für Kinder und Jugendliche
  - » Ausweitung der Prophylaxe für Erwachsene als Kassenleistung
- 1998** 9. SGB-V-Änderungsgesetz
- » Ausschluss der kieferorthopädischen Behandlung als Kassenleistung nach Vollendung des 18. Lebensjahres
- 1998** Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG)
- » Rücknahme des Zuschussystems bei Zahnersatz und Wiedereinführung der prozentualen Zuschüsse
- 1999** Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (Gesundheitsreformgesetz 2000)
- » Auftrag zur präventionsorientierten Überarbeitung der G-BA-Richtlinien und zur Neustrukturierung des Bema-Z
  - » Strikte Budgetierung
  - » Verpflichtende Maßnahmen zur Qualitätssicherung
  - » Ausbau der Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche
  - » Rücknahme der ausgeweiteten Prophylaxe für Erwachsene



## 2005

**2000** Gründung des Zentrums Zahn-ärztliche Qualität (ZZQ) in gemeinschaftlicher Trägerschaft von KZBV und Bundeszahnärztekammer

**2003** Gesetz zur Modernisierung der GKV (GMG)

- » Befundorientierte Festzuschüsse beim Zahnersatz
- » Hauptamtliche Vorstände der KZVen und der KZBV
- » Einführung der Praxisgebühr
- » Einführung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ)
- » Institutionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- » Mitspracherecht der Patientenvertreter im G-BA
- » Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
- » Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

**2005** Hauptamtlichkeit des KZBV-Vorstandes

**2006** Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG)

- » Liberalisierung des Zulassungswesens
- » Ermöglichung überregionaler Zusammenschlüsse von Praxen
- » Teilzulassungen und Zweigpraxen außerhalb des Vertragsarztsitzes möglich

**2007** Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)

- » Einführung von Basis-/Standardtarifen in der PKV und Wahltarifen in der GKV
- » Ausweitung des Sicherstellungsauftrags der KZVen
- » Verpflichtung zur weiteren Qualitätsförderung
- » Einführung des Gesundheitsfonds, des Morbi-RSA und einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge
- » Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht
- » Bildung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

**2008** Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG)

- » Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragszahnärzte entfällt

**2009** KZBV-Positionspapier *Perspektive Mundgesundheit*

**2010** Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV (GKV-FinG)

- » Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge mit Sozialausgleich
- » Ost-West-Angleichung der Vergütung

**2010** Versorgungskonzept *Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter*

**2011** Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (GKV-VStG)

- » Aufhebung der strikten Budgetierung
- » Einschränkung der Zulassungskriterien für MVZ

» Residenzpflicht der Vertragsärzte entfällt

» Eröffnung von Zweigpraxen wird erleichtert

» Vergütung für die aufsuchende Versorgung Pflegebedürftiger

**2012** Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte

**2012** Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG)

- » Vergütung für die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage von Kooperationsverträgen

**2013** KZBV-Positionspapier *Agenda Mundgesundheit*

**2013** Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

- » Ausbau der im BGB festgelegten Patientenrechte
- » Beschleunigung des Antragsverfahrens auf Kostenerstattung

**2014** Präventionskonzept *Frühkindliche Karies vermeiden*

**2014** Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)

- » Gesetzliche Grundlage für Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)
- » Allgemeiner Beitragssatz zur GKV wird von 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt
- » Bisheriger mitgliederbezogener Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten entfällt
- » Krankenkassen können einkommensabhängig prozentuale Zusatzbeiträge erheben

**2014** Agenda Qualitätsförderung

**2015** Errichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)



## IN DER GESUNDHEITSPOLITIK

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vertritt die Interessen von derzeit etwa 53.000 Vertragszahnärzten in Deutschland. Sie ist die Dachorganisation der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), die die zahnärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen. Der gesetzliche Auftrag der KZBV, der ihr eine Schlüsselstellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung zuweist, basiert auf dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Bei Gesetzgebungsverfahren oder gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Bundesebene bringt die KZBV die Position der Vertragszahnärzte ein.

Gemeinsam mit den KZVen organisiert die KZBV eine qualitativ hochwertige, flächendeckende wohnortnahe zahnärztliche Versorgung. Die KZBV hat den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Als Einrichtung der zahnärztlichen Selbstverwaltung verhandelt sie mit dem GKV-Spitzenverband Vereinbarungen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Honorierung der Zahnärzte sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung.

Die KZBV kämpft für den Erhalt einer diagnostischen und therapeutischen Vielfalt und Freiheit. Bürokratie und Kostendämpfungsmaßnahmen sollen das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt nicht belasten. Zudem macht sich die KZBV für eine adäquate Vergütung für niedergelassene Zahnärzte stark.

Unter diesen Maßgaben ist die KZBV einer der Hauptakteure bei der Gestaltung von Mundgesundheit in Deutschland. Gesellschaftliche Entwicklung, kultureller Konsens, technischer Fortschritt, wirtschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen

und nicht zuletzt die politische Agenda sind Parameter für das Wirken der KZBV, die deshalb selbst beständig eine Institution in der Veränderung ist.

Bei den unverrückbaren Gestaltungsprinzipien der KZBV im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft haben die Prinzipien Eigenverantwortung und Solidarität eine herausgehobene Bedeutung.

60 Jahre KZBV lassen sich interpretieren als ein kontinuierliches Ringen um die gerechte Verteilung von Ansprüchen und Möglichkeiten von und für Patienten, Vertragszahnärzte und die Solidargemeinschaft. Oder anders – künstlerisch – ausgedrückt: als das kontinuierliche Ringen um das ideale Bild einer qualitativ hochwertigen zahnmedizinischen Versorgung: Wie wollen wir dieses Bild gestalten?

## IN DER KUNST

Der Künstler unternimmt den abenteuerlichen Versuch, dem eine Gestalt zu geben, was allgemein unter dem Begriff *Realität* bekannt ist und Objektivität suggeriert.

Da der Blick auf unsere äußere Welt nur über den inneren, subjektiven Blick gelingt, geht es in der Kunst immer darum, dass man das, was man sehen will, neu erfinden muss. Anders gesagt: Das Werk entsteht immer in Verbindung mit dem inneren Auge. Ein guter Realist muss alles erfinden.

Das Bild entsteht aus seinen eigenen Mitteln: aus der Bildfläche, der Farbe, der Materie, dem Pinsel und nicht zu vergessen: durch Hände und Kopf.

Seit jeher entwickeln Künstler neue Bildmethoden analog zu ihrer gesellschaftlichen oder individuellen Realität oder sie interpretieren alte Methoden neu, formulieren sie um, verwerfen und definieren sie neu. Sie brechen mit gesellschaftlichen Konventionen, reiben sich an Moden und Traditionen. Im Idealfall sind sie sich selbst und einer Suche nach *Wahrheit* verpflichtet, die naturgemäß nur eine sich stetig wandelnde und entziehende Wahrheit sein kann.

Malen bedeutet, Hand und Kopf gleichberechtigt einzusetzen, das eine vom anderen profitieren zu lassen. Einem inneren Bild auf die Spur zu kommen, es mit Farbe und Pinsel zu umkreisen, um letztlich zu etwas zu gelangen, was Kraft und Bezug zum Leben hat. Um diesen Weg zu gehen, braucht Kunst Kreation und Disziplin gleichermaßen: das Auftragen und Wegnehmen von Farbe, mit ihr nach Formen suchen, sie definieren, verändern. Eine Linie mit einer Fläche austarieren, eine Form mit einem Gefühl in Einklang bringen, Nervosität oder Ruhe aus Linien und Farbschichten erzeugen. Ein labiles Gleichgewicht entstehen lassen oder ein wuchtiges Gegenüber ... Farbschichten, Linien, Flächen, Farben, Konturen zueinander in ein Verhältnis bringen. Gelernte und ungelernete Techniken anwenden und gleichzeitig ins Ungewisse vorstoßen. Malerei erfindet sich mithin immer wieder neu, weil jede Antwort eine neue Frage aufwirft.



Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung leistet im Rahmen ihres Aufgabenspektrums einen fachlichen Beitrag für die gesellschaftliche Konsensfindung darüber, wie Grundversorgung definiert wird und was die Solidargemeinschaft zu tragen hat: Welche Leistungen stehen den Menschen gesetzlich zu? Welche Kosten können der Solidargemeinschaft zugemutet werden?

Dr. Günther E. Buchholz

## Gestaltung der Grundversorgung



## GESTALTUNG DER GRUNDVERSORGUNG

**Herr Dr. Buchholz, schenken Sie uns einen persönlichen Blick auf die vergangenen 60 Jahre der KZBV ...**

Die Gründung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 1955 fällt in meine Kindheit. Den Beruf des Zahnarztes habe ich bereits in jungen Jahren kennengelernt, denn schon mein Vater hatte eine eigene Praxis in Münster. Hohes Engagement, permanenter Einsatz für die Patienten und klare ethische Prinzipien haben früh mein Bild des Zahnarztes geprägt. Die enge Arzt-Patienten-Bindung meines Vaters war außergewöhnlich und für meine eigene Arbeit als Zahnarzt vorbildhaft. Auch schon sehr früh habe ich das Prinzip der Regelleistung und der darüber hinausgehenden Leistungen kennengelernt. Kfo-Verträge, die Erweiterung der Therapie und die Kostendämpfungsgesetze waren Gesprächsthemen in meinem Elternhaus, bevor ich seit dem Jahr 1993 in Vorständen die Entwicklung selber begleiten durfte.

**Unser Thema zählt zu den grundlegenden Aufgaben der KZBV: Was umfasst die zahnmedizinische Grundversorgung?**

Die zahnärztliche Heilkunst ist Dienst am Menschen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Unser Ziel ist die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung leistet im Rahmen ihres Aufgabenspektrums einen fachlichen Beitrag für die gesellschaftliche Konsensfindung darüber, wie Grundversorgung definiert wird und was die Solidargemeinschaft zu tragen hat. Welche Leistungen stehen den Menschen gesetzlich zu? Welche Kosten können der Solidargemeinschaft zugemutet werden? Die Grundversorgung hat in den vergangenen 60 Jahren einen großen Wandel vollzogen. Bedürfnisse und Ansprüche der Menschen an ihre Zahngesundheit haben sich kontinuierlich verändert. Die Gesellschaft der 50er und 60er Jahre hat diese Frage natürlich anders beantwortet als unsere heutige Wohl-

standsgesellschaft. Während früher eher Füllungen und der Ersatz fehlender Zähne im Vordergrund standen, hat sich in den vergangenen Jahren ein Paradigmenwechsel hin zur Prävention vollzogen. Aber auch Themen wie Komfort und Ästhetik sind mehr und mehr relevant. So gesehen sind wir beständig in der Diskussion, was angesichts des technischen Fortschritts medizinisch notwendig ist und was sich eine Gesellschaft leisten kann und künftig leisten will.

#### **Wie hat sich Grundversorgung verändert? Was gehörte früher dazu, was heute?**

Wir haben uns nach und nach von der reparativen Grundversorgung wegentwickelt. Im Blick zurück lassen sich 60 Jahre Zahnmedizin in Stichworten in etwa so zusammenfassen: Füllungstherapie, chirurgische Therapie, Prothetik ... Mit einem wichtigen Urteil des Bundessozialgerichts, nach dem das Fehlen von Zähnen eine Krankheit ist, nahm die Versorgung mit Zahnersatz zu – *Goldene Zeiten!* sozusagen. Zahnärzte zählten damals zu den stärksten Goldverwendern. Ab Mitte der 70er Jahre wurde der Leistungskatalog der GKV kontinuierlich ausgeweitet: Alles musste für alle verfügbar sein – und alles musste ansprechend aussehen. Das brachte natürlich eine Kostenexplosion mit sich, gefolgt von der Zeit der Kostendämpfungsgesetze. In den 80er Jahren ist dann die Versorgung von Kieferfehlstellungen, also die Kieferorthopädie, hinzugekommen und auch die Parodontologie, das heißt die Erhaltung des Zahnhalteapparates. Dann kam es zu dem bereits genannten Paradigmenwechsel: Prävention statt kurative Zahnmedizin. Seither setzt sich die KZBV für die konsequente Ausweitung der Prophylaxe ein: für Kinder, für Erwachsene und für pflegebedürftige und mobil eingeschränkte Menschen sowie mittlerweile auch verstärkt für die kleinsten Patienten im frühkindlichen Alter von null bis drei Jahren. Das Besondere an der Zahnmedizin ist ja, dass wir zum Teil aktiv

beeinflussen können, welche Erkrankung vermeidbar ist. Prävention ist also möglich und zahlt sich für alle Beteiligten aus, insbesondere für die Patienten.

#### **Was macht den Anspruch auf Grundversorgung aus?**

##### **Wie steht es um das Solidarprinzip?**

Wir bieten den Versicherten in Deutschland auch im europäischen Vergleich eine sehr weitreichende zahnmedizinische Grundversorgung, die von der Solidargemeinschaft getragen wird. Das ist gesellschaftspolitischer Konsens. Die KZBV bekennt sich ausdrücklich zu diesem System. Das war nicht immer so. Lange wollte die Zahnärzteschaft aus diesem System, das von Kostendämpfungsgesetzen geprägt war, aussteigen. Für uns Zahnärzte gilt der Grundsatz, dass jeder Patient die Möglichkeit haben muss, eine für ihn kostengünstige, im besonderen Bedarfsfall sogar kostenfreie Versorgung zu erhalten. Leistungen, die darüber hinausgehen, müssen dann nicht mehr von der Solidargemeinschaft getragen werden. Solidarität bedeutet insofern einerseits: Wer Hilfe benötigt, bekommt eine kostenfreie medizinische Versorgung. Sie bedeutet aber auch, dass jeder Einzelne im Rahmen seiner Möglichkeiten alles unternimmt, um gesund zu bleiben, und damit Verantwortung für die eigene Mundgesundheit übernimmt. Denn eines ist auch klar: Wir müssen eine Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglichen. Gleichzeitig kann aber nicht alles, was heutzutage zahnmedizinisch machbar ist, immer auch von knappen Versichertengeldern bezahlt werden. Wir müssen daher den Leistungskatalog fortlaufend überprüfen: Was ist notwendig, was ist wirtschaftlich – und was geht darüber hinaus?

**Wer entscheidet nach welchen Prinzipien, was dem Menschen zusteht? Gab es da in den vergangenen Jahren auch Verständigungsprobleme?**

Die Grundversorgung entwickelt sich natürlich auch mit den Ansprüchen der Gesellschaft weiter. Hier gilt es, immer einen Ausgleich zwischen Solidarität und Subsidiarität zu finden. Heute sind die Menschen zunehmend auch an einer ästhetisch ansprechenden Versorgung interessiert. Gleichzeitig hat die Zahnärzteschaft mit großem Erfolg eine Prophylaxe-Strategie verwirklicht, die sich im Jahr 2004 in der Umrelation des Leistungskatalogs zu Gunsten der Prävention im Versorgungsgeschehen niedergeschlagen hat. Über die Frage, was zur Regelleistung zählt, haben wir früher im Bundesausschuss für Zahnärzte und Krankenkassen verhandelt. Heute wird Mundgesundheit neben allen anderen Themen zur Patientenversorgung im Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden. Ein gewisses Verständigungsproblem ist da systemimmanent: Was wollen die Patientenvertreter, was können die Zahnärzte leisten, wie sehen das die Krankenkassen als Kostenträger? Reibungspunkte gibt es immer dann, wenn Grundversorgung ausgeweitet und zu Einheitspreisen definiert werden soll. Wir haben dazu viele sehr harte Verhandlungen geführt – aber am Ende immer vernünftige Ergebnisse erzielt. Diese grundsätzlich positive Verhandlungs- und Gesprächskultur sollte möglichst auch in Zukunft erhalten bleiben.

**Welche Rolle spielt die KZBV bei dem Interessenausgleich zwischen Gesundheit, Sicherstellung der Grundversorgung und Wirtschaftlichkeit?**

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist es unsere Aufgabe, die zahnmedizinische Versorgung mitzugestalten und die Versorgung sicherzustellen. Im Interessenausgleich zwischen Gesundheit, Sicherstellung der Grundversorgung und Wirt-

schaftlichkeit sieht sich die KZBV als Experte mit Augenmaß. Wir definieren Versorgungsstandards, die wirtschaftlich tragfähig sind, die weder das Solidarsystem noch den einzelnen Patienten überfordern dürfen. Und gerade für den Anteil, der von der Solidargemeinschaft getragen wird, müssen wir sachgerechte Voraussetzungen schaffen, die zukunftsfest sind. Das ist unsere Aufgabe, der wir uns widmen müssen. Wir haben beispielsweise aus gutem Grund frühzeitig die finanzielle Eigenbeteiligung in den Vordergrund gerückt, denn die Zahnheilkunde hat besondere Rahmenbedingungen. Für unterschiedliche zahnärztliche Befunde gibt es unterschiedliche medizinisch anerkannte Lösungsansätze und für ein und denselben Befund verschiedene Versorgungsmöglichkeiten. Beispiel Zahnfüllungen: Mit einer einfachen metallischen Füllung kann man ebenso gut kauen wie mit einer kosmetisch höherwertigen Keramikfüllung. Der Unterschied in den Kosten ist jedoch erheblich, medizinisch ist beides gut vertretbar. Wenn ein Patient eine kostenintensivere Versorgung wählt, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgeht, dann greift die finanzielle Eigenbeteiligung.

**So ist auch die Rolle der Patienten neu definiert?**

Die Ära des Halbgottes in Weiß ist zum Glück vorbei. Was sind erreichbare Ziele? Welche Versorgung ist im Einzelfall angebracht? Das ist ein Dialog, der mit den Patienten geführt werden muss und heutzutage auch immer mehr geführt wird. Und wenn solche Gespräche vernünftig angegangen werden, dann lässt sich ein sehr gutes Arzt-Patienten-Verhältnis erreichen und dann macht die Arbeit mit den Patienten auch Spaß.

**Worin sehen Sie die großen Herausforderungen bei der Gestaltung der Zahngesundheit in Deutschland?**

In Zukunft erstreckt sich unser Gestaltungsauftrag auf unterschiedliche Bereiche.

Bei der Grundversorgung etwa muss der demografische Wandel berücksichtigt werden – mit allen Fragen, die dazugehören. Dazu zählt sicher auch die Bezahlbarkeit von innovativen Verfahren und neuen Therapiemöglichkeiten durch die Solidargemeinschaft. Gleichzeitig darf aber der einzelne Patient in seinen finanziellen Möglichkeiten nicht überfordert werden. Die großen Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft sind also eine bedarfsadäquate Versorgung und die Gewährleistung des Zahnerhalts möglichst bis ins hohe Alter. Wir haben in der Zahngesundheit in Deutschland ein Versorgungsniveau erreicht, das international beispielhaft ist. Es ist eine der großen Aufgaben, diesen Status auch weiterhin zu sichern. Wir dürfen uns auf dem Erreichten nicht ausruhen: Jetzt geht es insbesondere um die zahnmedizinische Versorgung von Risikogruppen. Alte und mobil eingeschränkte Menschen brauchen unsere Unterstützung.

Und was neuerdings wieder stärker in den Fokus rückt, ist die Versorgung von Kleinkindern. Frühkindliche Karies ist leider wieder auf dem Vormarsch. Wir haben Konzepte entwickelt, um dieser Herausforderung angemessen zu begegnen. Was wir jetzt brauchen, ist die politische Unterstützung bei der weiteren Umsetzung dieser zahnärztlichen Versorgungslösungen.

Des Weiteren ist es wichtig, dass wir die Behandlung von Parodontalerkrankungen weiter voranbringen. Die Menschen nehmen diese Erkrankung noch immer nicht ernst genug. Parodontitis ist jedoch eine chronische Krankheit, die permanent behandelt werden muss. Dazu muss auch der Gemeinsame Bundesausschuss einen Ansatz und eine Antwort finden.

Daran schließt die Aufgabe an, unseren Berufsstand für junge Zahnärzte attraktiv auszugestalten, damit sich junge Menschen

auch weiterhin mit Enthusiasmus und Engagement für das Wohl ihrer Patienten einsetzen können, unbelastet von überbordender Bürokratie und wirtschaftlichen Zwängen.

Die Zukunft der Zahnheilkunde – das ist meine feste Überzeugung – liegt in der stärkeren Vernetzung der Zahnheilkunde mit anderen medizinischen Disziplinen. Wir müssen eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen in den Blick nehmen. Es ist eine der Aufgaben des Zahnarztes, nicht nur die Zähne und die Mundhöhle zu betrachten, sondern den Patienten in seiner Gesamtheit. Und auf der anderen Seite ist es eine Aufgabe des Mediziners, nicht nur einzelne Organe, sondern auch hier das Zusammenwirken mit der Zahnheilkunde zu erkennen, um den Menschen angemessen behandeln zu können.

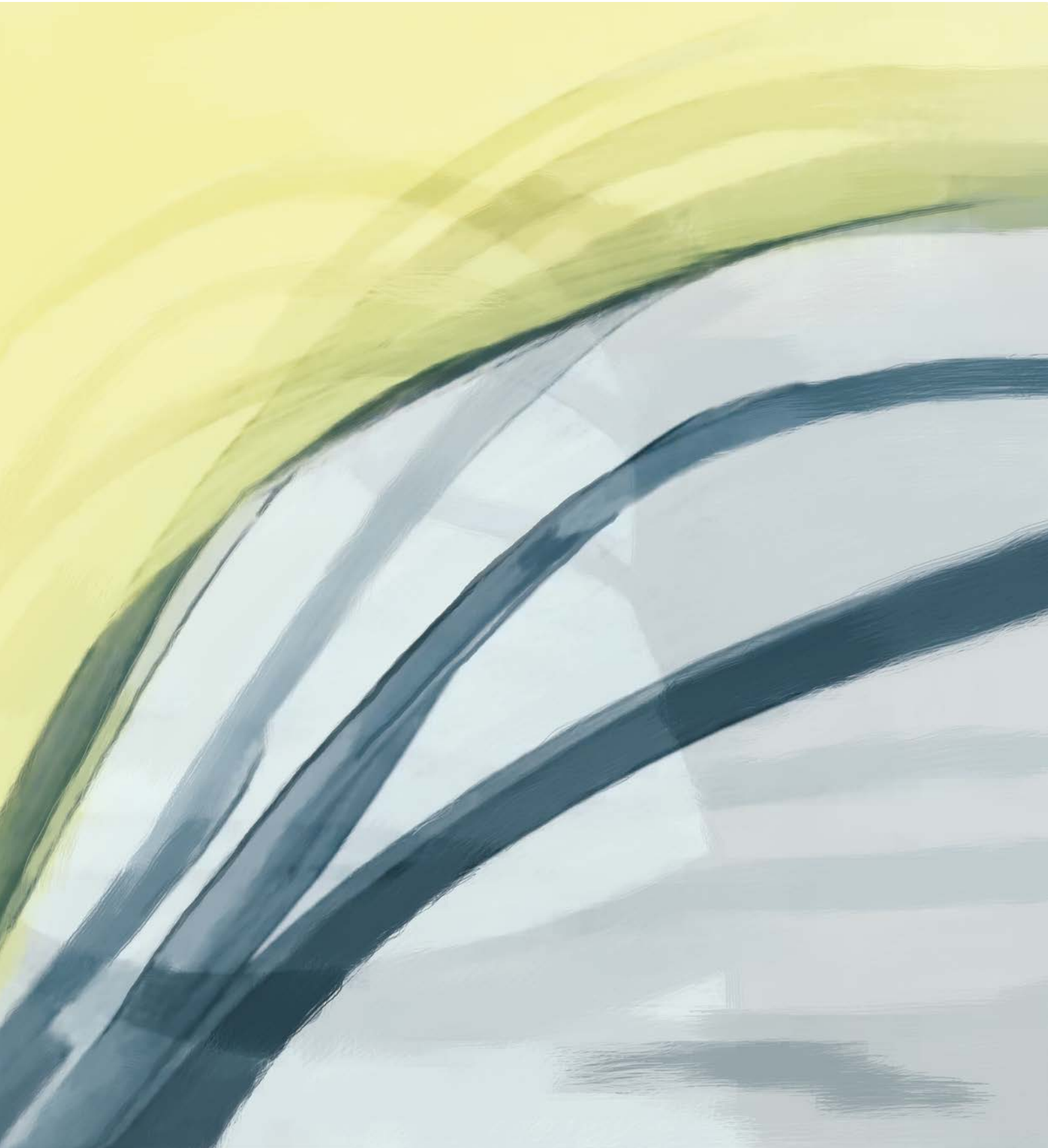




Der Heilberuf braucht Freiräume, um sich mit Bedacht auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einzustellen und gemeinsam mit dem Patienten die für ihn beste Entscheidung zu treffen. Diese Freiräume benötigen wiederum ein vertrauensvolles Zahnarzt-Patienten-Verhältnis.

Dr. Jürgen Fedderwitz

## Gestaltung von Solidarität und Eigenverantwortung



## GESTALTUNG VON SOLIDARITÄT UND EIGENVERANTWORTUNG

**Herr Dr. Fedderwitz, wir sprechen über Eigenverantwortung. Welche Assoziationen haben Sie da, wenn Sie an früher denken?**

Als ich Kind war, schenkte mir der Zahnarzt noch zur Belohnung ein Bonbon, wenn ich brav den Mund aufgemacht hatte. Heutzutage unvorstellbar! Nein, dass die Menschen selbst am meisten dafür tun können, dass sie möglichst lange gesunde Zähne haben, war in den 60er Jahren noch kein Thema. Die KZBV hat dann in der Folge viel dazu beigetragen, dass wir heute mit Recht stolz sein können auf die kontinuierliche Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland.

Die Idee, Eigenverantwortung der Patienten einzufordern und etwa zu bonifizieren, wurde durch die KZBV bereits in den 70er Jahren konsequent in den gesundheitspolitischen Diskurs eingebracht. Wir Zahnärzte sind da ein Stück weit beispielgebend für die systematische Veränderung hin zu mehr Eigenverantwortung und die entsprechende Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft. Die Zahnmedizin ist ja der einzige Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der das Belohnungsprinzip schon seit vielen Jahren umgesetzt hat. Wir haben das sogenannte Bonusheft, das dazu dient, dass Patienten die Praxis regelmäßig aufsuchen. So können rechtzeitig Behandlungsnotwendigkeiten erkannt und auf diese Weise das Ausmaß der Behandlung möglicherweise klein gehalten werden.

**Was versteht die KZBV unter dem Stichwort Eigenverantwortung? Wer trägt im System welche Verantwortung?**

Im Zusammenspiel von Patienten, Zahnärzten und Kostenträgern übernimmt jeder seinen eigenen Teil der Verantwortung. Unter dem Prinzip Eigenverantwortung verstehen wir in erster Linie die Verantwortung des Patienten für die eigene Mundgesundheit. Der Erfolg hängt vom Patienten ab, von seiner Einstellung zur Prävention und dem Verständnis, einen eigenen Beitrag zu leisten.

Die Verantwortung der KZBV liegt darin, die Behandlungsleistungen zu sichern und möglichst das Beste für Patienten, Versicherte und Zahnärzte durchzusetzen. So kann sich ein Benefit für alle Beteiligten ergeben: finanzierbare Kosten, gleichberechtigte Teilhabe und insgesamt eine gute Versorgung. Die Verantwortung der Zahnärzte besteht in unserer hohen ethischen Verpflichtung, sobald uns die Mundgesundheit eines Menschen anvertraut ist. Deshalb sind Budgets ja auch leistungsfeindlich – begrenzte Mittel, begrenzte Leistung. Das passt einfach nicht zu unserer ethischen Verpflichtung.

#### **Wurde die Eigenverantwortung der Patienten über die Jahre positiv beeinflusst?**

Ja, wir haben in der Tat einiges erreicht. Wir sind weg von einer Nulltarifmentalität nach dem Motto *Alles für alle*. Wir haben in den vergangenen 60 Jahren erreicht, dass es nicht nur um Reparatur geht, dass auch nicht nur die schönen Zähne ihren Stellenwert bekommen. Die Patienten haben heute ein ausgewiesenes Interesse daran, ihre Zähne gesund zu halten, und dafür sind sie mittlerweile auch bereit, Kosten auf sich zu nehmen. Und wenn wir heute feststellen können, dass sich in Deutschland der Status der Bürgerinnen und Bürger zumindest nicht an ihren Zähnen erkennen lässt, dann hat die Zahnärzteschaft dazu auch einen ganz wesentlichen Beitrag geleistet. Für mich ist das eine echte Erfolgsgeschichte. Allein schon deshalb, weil wir Präventionsweltmeister sind. In der zahnmedizinischen Versorgung wird immer deutlicher, dass die Mitarbeit der Patienten oder auch die sogenannte partizipative Entscheidungsfindung, also die Mitsprache der Patienten, ein Parameter ist, der sich gerade in der Zahnmedizin besonders positiv im Behandlungsverlauf auswirkt.

#### **Die KZBV ist das wichtigste Selbstverwaltungsorgan der Vertragszahnärzte. Wie ist es um den Zustand der eigenverantwortlichen Selbstverwaltung derzeit bestellt?**

Die KZBV ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegründet worden. In gemeinsamer Selbstverwaltung übernehmen die Vertragszahnärzte die Gewährleistung der Grundversorgung. Das bedeutet, dass wir Zahnärzte unsere Aufgaben im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft eigenverantwortlich und patientenorientiert ausfüllen. Somit sind wir dem Gemeinwohl verpflichtet und tragen dafür Sorge, dass alle Menschen in unserer Gesellschaft einen barrierearmen und gleichberechtigten Zugang zu moderner zahnmedizinischer Versorgung haben. Zum anderen ist die KZBV ebenso dafür verantwortlich, die Interessen des Berufsstandes der Zahnärzte gegenüber den Kostenträgern und der Politik zu vertreten. Dies ist ein Spagat und Balanceakt zugleich.

In letzter Konsequenz trägt die KZBV die Verantwortung für die Mundgesundheit der Menschen in Deutschland. Eine Aufgabe, die wir als Standesvertretung in den vergangenen 60 Jahren neben vielen anderen Herausforderungen erfolgreich bewältigt haben. Denn bei der Zahn- und Mundgesundheit stehen wir in Deutschland auch im internationalen Vergleich sehr gut da.

Die KZBV ist gefordert, einen vernünftigen Rahmen für das mitzuentwickeln, was wir heute Grundversorgung nennen. Was zählt dazu, worauf können wir verzichten, was müssen wir hinzufügen? Es ist ein ständiges Ringen um das richtige Maß.

**Die Geschichte der Mundgesundheit in Deutschland ist über die Jahre auch zu einer Geschichte des wachsenden Kostendrucks geworden – daraus folgte ein Mehr an Regulierung und auch ein Mehr an Eigenverantwortung. Welche Idee der Eigenverantwortung hat die KZBV in den 60 Jahren ihres Bestehens entwickelt und geprägt?**

Die weit verbreitete Forderung *Alles für alle* bestimmte lange den Diskurs und führte in letzter Konsequenz zu explodierenden Kosten. Allein in den Jahren 1960 bis 1986 stiegen die Gesundheitsausgaben in Deutschland um ein Vielfaches. Seither wird verhandelt: zwischen dem, was wünschenswert ist, und dem, was finanzierbar und verantwortbar ist. Ein Blick in die Geschichte der KZBV ist ein Blick auf die Auseinandersetzung mit Kostendämpfungs- und Reformgesetzen. Dabei ging es vor allem um Streichung von Leistungsansprüchen, Einschränkungen der Vertragsfreiheit, Standardisierungen, Reglementierungen. Das Schlimmste war die Einführung der Budgetierung im Jahr 1992: Leistungen zu festen Budgets. Das konnte uns nicht gefallen, denn Reglementierungen engen immer ein.

Was uns als KZBV all die Jahre extrem wichtig war, ist die Absicherung der Freiberuflichkeit für Vertragszahnärzte: dass sie in gesicherten und berechenbaren Verhältnissen arbeiten können, die finanzierbar sind und bleiben. Sehen Sie, der Heilberuf braucht Freiräume, um sich mit Bedacht auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einzustellen: zwischen ethischen Ansprüchen und fachlicher Überzeugung – ohne dabei zu großen

wirtschaftlichen Zwängen ausgesetzt zu sein. Anders geht das nicht. Dieser Aspekt zahnärztlichen Handelns ist allerdings mit der Zeit beinahe völlig verloren gegangen. Freiheit und Verantwortung – das sind aber zwei Seiten einer Medaille. Es gilt, gemeinsam mit dem Patienten die für ihn beste Entscheidung zu treffen. Diese Freiräume benötigen wiederum ein vertrauensvolles Zahnarzt-Patienten-Verhältnis.

**Hat die Eigenverantwortung der Vertragsärzte eher Schaden genommen oder konnten Sie diese ausgestalten?**

Ein echter Durchbruch in der permanenten Verhandlung zwischen Need- und Want-Dentistry ist für uns unter anderem das Prophylaxe-Modell. Wir sind Präventions-Weltmeister: 70 Prozent der Deutschen gehen zweimal im Jahr zum Zahnarzt. Und sie wissen, dass sich das lohnt. Ein weiterer Erfolg sind die befund-orientierten Festzuschüsse, mit deren Durchsetzung wir im Jahr 2005 wieder zu mehr Honorargerechtigkeit gefunden haben.

Ansonsten müssen wir zugestehen, dass die Entscheidungsfreiheit des Zahnarztes durch Reglementierungen und Kostendämpfungsgesetze zunehmend eingeschränkt worden ist, im gleichen Maße, wie die Kosten heute gesetzlich festgeschrieben sind: 90 Prozent der Leistungen sind aktuell im Preis definiert. Das führt zu Vereinfachung, das führt zu Mainstream, das führt auch zu Ökonomisierung. Eine solche Entwicklung können wir als KZBV, aber auch als Gesellschaft nicht begrüßen.

**Was möchten Sie der Eigenverantwortung von Zahnärzten und Patienten aus heutiger Sicht anvertrauen, um auch künftig noch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit gewährleisten zu können?**

Die Eigenverantwortung ist im Grunde ein Erfolgsmodell geworden. Und ich glaube, es ist die große Leistung der Zahnärzteschaft, aber auch der KZBV und der KZVen, im Zusammenspiel mit der Politik ein Modell gefunden zu haben, das die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt sichert, das aber auch mit der finanziellen Eigenbeteiligung, die oftmals eine Eigenbelastung ist, einhergehen kann. Und das Ganze in einem Konzept, das durch Härtefallregelungen sozialverträglich abgesichert und ausgestaltet ist. Zukünftig wird das Thema Qualität immer wichtiger. Die KZBV setzt sich seit vielen Jahren – nicht erst seit der Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – für eine vorbildliche Qualität in der Zahnheilkunde ein. Jedoch sehen wir den politischen Willen, Qualität als Ergebnisqualität – Stichwort *pay for performance* – kritisch, wenn Qualität also einzig als Steuerungselement genutzt werden soll. Es muss uns auch um die Qualität von Prozessen und Strukturen gehen, um eine gute Versorgung zu sichern. Wir fordern eine ganzheitliche Denkweise: Neue Schwerpunkte bei frühkindlicher Prophylaxe, klare Verantwortung bei der Versorgung von alten und mobil eingeschränkten Menschen. Ebenso wie die Förderung der Versorgungsqualität in ländlichen Strukturen. Diese Aufgaben zählen für die KZBV ebenso zur Debatte um Qualität und erfordern alternative Konzepte.

**Was ist Ihr Wunsch für die nächsten 60 Jahre KZBV?**

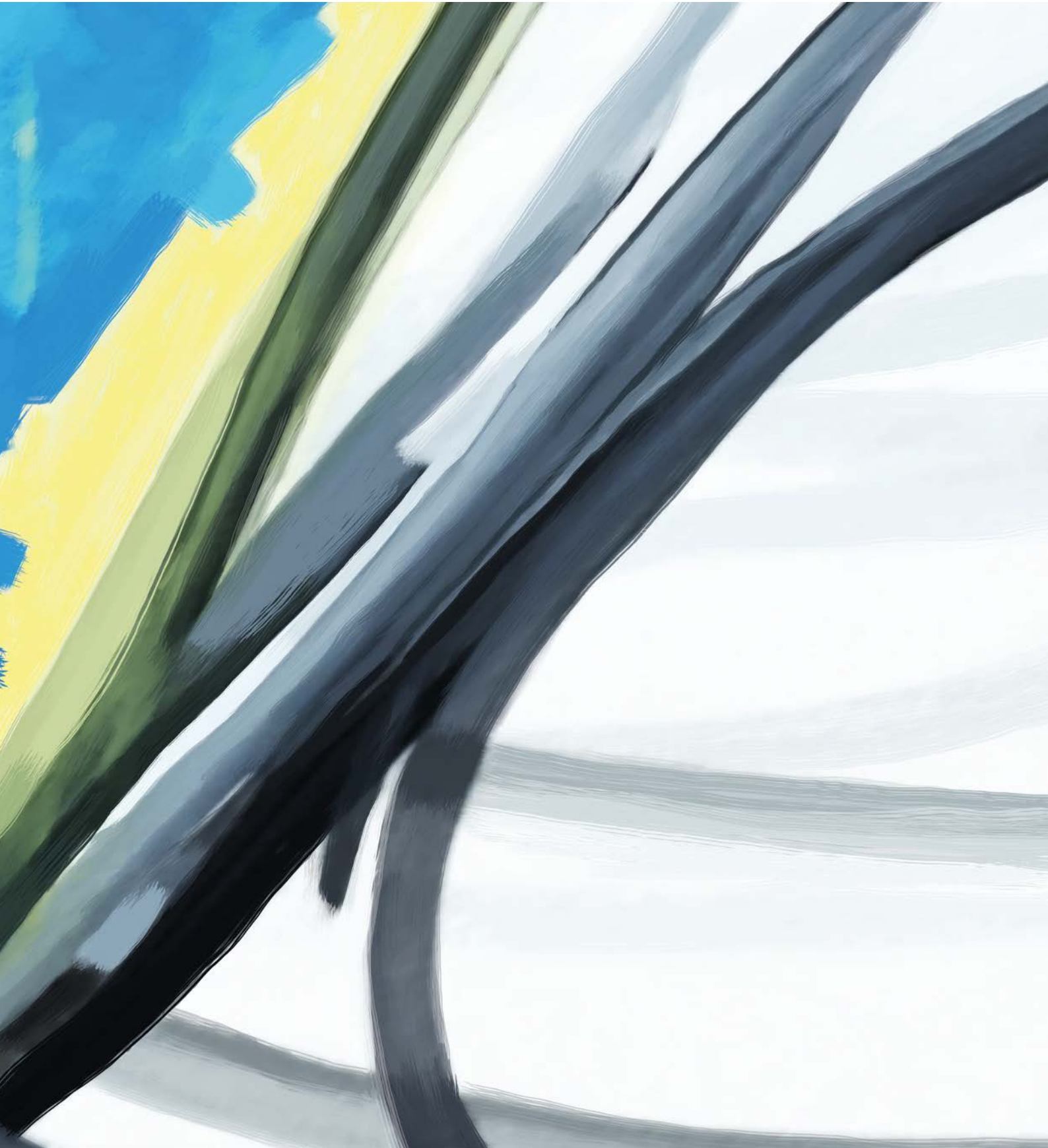
Größtmögliches Vertrauen zwischen Zahnarzt und Patient ist die wichtigste Voraussetzung für Erfolg. In den vergangenen Jahren ist leider – auch mit medialer Unterstützung – ein Klima des Misstrauens gegenüber den Heilberufen gewachsen, ja mitunter bewusst geschürt worden. Wir müssen dieses Vertrauen wieder so herstellen, dass wir im Interesse um ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen erfolgreich und gesund leben können. Beide Beteiligten – Zahnarzt und Patient – müssen vertrauensvoll und (eigen)verantwortlich miteinander umgehen. Und unsere große Herausforderung – die chronische Parodontitis – kann dann frühzeitig erkannt oder sogar gänzlich vermieden werden. Ich würde mich freuen, wenn wir mehr direkt in der Patientenversorgung und damit direkt mit dem Patienten arbeiten könnten und weniger mit Regulierung und Reglementierung zu kämpfen hätten.



Als KZBV haben wir aus den zurückliegenden Konfrontationen gelernt.  
Heute sind wir vielmehr Gestalter von Gesundheitskonzepten und bringen  
unsere Expertise ein.

Dr. Wolfgang Eßer

## Gestaltung der Rahmenbedingungen





## GESTALTUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN

### **Ein Blick zurück auf 60 Jahre. Wie haben Sie es mit der Politik gehalten, als Sie jung waren?**

Ich komme aus einem wertkonservativen Elternhaus und war in meiner Jugend zunächst in kirchlichen und sozialen Organisationen engagiert. Obwohl ich parteipolitisch ungebunden war, hat mich zum Beispiel die Ostpolitik der SPD damals beeindruckt, denn meine Familie war durch die Teilung Deutschlands persönlich betroffen. Insofern habe ich dann die Wiedervereinigung während der Kanzlerschaft von Helmut Kohl auch als eine herausragende politische Leistung empfunden. Wertebasierung sowie eine klare Zielorientierung haben mir schon immer imponiert und mich geprägt. Diese Haltung und Grundüberzeugung bringe ich in meiner Funktion als Vorstandsvorsitzender der KZBV daher auch in den politischen Gestaltungsprozess für die Vertragszahnärzteschaft ein.

Das politische Wirken der KZBV ist dabei immer auch ein Spiegel der jeweiligen Zeit. Wir standen seit unserer Gründung im Diskurs mit zehn Regierungen, 15 Gesundheitsministerinnen und -ministern und nahezu ebenso vielen Entscheidern im Sozialministerium, unterschiedliche Zuschnitte der Zuständigkeiten eingeschlossen. Von Nachkriegsnot und Wirtschaftswunder unter Adenauer und Erhard über unruhige End-60er-Jahre unter Kiesinger, den sozialliberalen Aufbruch unter Brandt und Schmidt, die konservative, wendeorientierte Kohl-Ära, rot-grüne Politik unter Schröder bis hin zu nunmehr zehn Jahren Koalitionskultur unter Merkel. Das Engagement der KZBV hat in all den Jahren immer einen roten Faden gehabt: sich für das Patientenwohl und das Wohl der Vertragszahnärzte gleichermaßen einzusetzen.

### **Wie hat die KZBV die politischen Rahmenbedingungen konkret gestaltet?**

Die politische Gestaltungsmöglichkeit der KZBV konzentrierte sich in den ersten 30 Jahren vor allem auf Honorarpolitik und Vertragsgestaltung. Da ging es noch gar nicht so sehr um versorgungspolitische Themen. Die Aufbauphase thematisierte Grundlegendes wie Organisation und Strukturen der Selbstverwaltung: Wie organisieren wir das Gesamtgefüge der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland?

Heute sind wir vielmehr Gestalter von Gesundheitskonzepten und bringen unsere Expertise ein. Aktuell, da Gesundheitspolitik wesentlich von ökonomischen Aspekten geprägt wird, setzen wir uns dafür ein, die Qualität einer guten Versorgung zu sichern und zu fördern. Vor allem, da es für begrenztes Geld natürlich auch nur begrenzte Leistung geben kann.

### **Was sind die Instrumente der KZBV bei der politischen Gestaltung?**

Zugegeben: Über viele Jahre zeigte sich die Gesprächskultur zwischen Politik und KZBV eher verhärtet. Als Interessenvertreter der Vertragszahnärzte waren wir konfrontiert mit einer Politik, die knallharte Kostendämpfung als das einzige Allheilmittel kannte und gezielt das Zerrbild vom Zahnarzt als Goldesel verbreitete. In der Zahnärzteschaft machte sich daher völlig zu Recht ein Gefühl der Willkür breit: mit der Verhärtung von Fronten, Eskalation und Barrikadenbau. Es gab damals auf beiden Seiten eine Verhandlungskultur, die von gegenseitigen Schuldzuweisungen geprägt war und sich ständig mit jeweiligen Forderungen an die Gegenseite weiter auflud. Als KZBV haben wir aus den zurückliegenden Konfrontationen gelernt. Heute sind wir vielmehr Gestalter von Gesundheitskonzepten und bringen unsere Expertise ein. Wir bieten uns als Gesprächspartner

und Ratgeber an. Wir gestalten Lösungsansätze in Versorgungs-, Gesundheits- und Strukturfragen, vernetzen uns sehr stark in der Gremienarbeit der Selbstverwaltung und versuchen Ansätze zu finden, die für alle Beteiligten und Betroffenen hilfreich sind, die für alle eine Situation schaffen, von der sie gleichermaßen profitieren.

Verlässlichkeit und Transparenz sind unsere wichtigste Währung für unsere gute Reputation – für die Anerkennung unserer Gestaltungsansätze. Die Kommunikationsbereitschaft aller Beteiligten steigt durch gegenseitige Hilfestellung.

### **Wie sehen Sie die Rolle der KZBV in der Gesundheitspolitik?**

Wir sind als Körperschaft des öffentlichen Rechts und gleichzeitig als Interessenvertreter der Zahnärzteschaft ein Player mit Gewicht im Gesundheitswesen. Wir tragen hier nicht nur eine hohe Verantwortung, sondern verstehen uns immer als Gestalter, nicht als Verwalter. Unsere Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss verpflichtet uns zu einer aktiven und lösungsorientierten Mitwirkung an den Entscheidungsprozessen der Selbstverwaltung. Meiner Erfahrung nach sind Agieren und Gestalten auch immer wesentlich kraftvoller als Reagieren.

Die Geschichte zeigt, dass Politik kein Gedächtnis hat. Es gibt kein wirklich langfristiges und strategisches Denken in der Politik. Wir leben in Zeiten des schnellen Wandels. Was gestern politischer Konsens war, wird schon morgen nicht mehr gelebt. Damit ist die Basis für eine kontinuierliche Gesundheitspolitik im Grundsatz in Frage gestellt. Es gibt niemanden, der eine echte Perspektive beschreibt. Und ebendiese Perspektive, so meine ich, müssen die Selbstverwaltungskörperschaften gemeinsam entwickeln und zu einem Gesamtkonzept verdichten. Darin liegt die besondere Aufgabe und der eigentliche Mehrwert eines selbstverwalteten Gesundheitswesens.

Um in diesem Prozess mitzuwirken, denken wir als KZBV antizipativ: Was könnte in den politischen Fokus geraten, wie setzen wir die Anliegen der Patienten und der Zahnärzte auf die politische Agenda? Für die KZBV ist dieses Wirkprinzip heute Aufgabe, Chance und Verpflichtung zugleich.

**Seit dem Jahr 2005 sind die Vorstände der KZBV hauptamtlich institutionalisiert. Wie war das vorher? War die Aufgabe ehrenamtlich nicht mehr zu leisten?**

Die Selbstverwaltung der KZBV ist ehrenamtlich gewachsen und hat mehr als 50 Jahre hervorragend funktioniert. Es bestand und besteht bei uns Konsens darüber, dass die Repräsentanten unseres Berufsstandes aus der Praxis kommen und die Praxis verstehen sollen. Die Hauptamtlichkeit, die im Jahr 2005 dann von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführt wurde, ist ein politisch gewolltes Kuckucksei mit dem Ziel, das Hauptamt von der Basis abzukoppeln. Wir KZBV-Vorstände sind uns einig, dass wir den Job genauso gut auch als Ehrenamtliche machen würden. Denn unsere Professionalität ist keine Frage des Beschäftigungsverhältnisses. Aber durch entsprechende Rahmenbedingungen und die Konzentration auf die Funktion eines quasi hauptberuflichen Managers wird das Zusammenspiel in einer Institution verändert. Die direkte Verantwortung und das ständige Funktionieren müssen sich auf alle Beteiligten aus.

**Was sind die markanten Entscheidungen, die die KZBV begleitet und herbeigeführt hat?**

Die KZBV hat in der Zeit seit ihrer Gründung eine ganze Reihe wichtiger Akzente gesetzt. Dazu zählt zum Beispiel die Abschaffung der Budgetierung, mit der uns die Wiederherstellung der Honorargerechtigkeit gelungen ist. Wir konnten nach Jahren das Joch der gedeckelten Ausgaben endlich abschütteln und eine

bedarfsorientierte Vergütung realisieren. Insgesamt – mit Blick auf die vergangenen 60 Jahre – dürfen wir sicherlich auch sagen, dass die präventionsorientierte Versorgung in der Zahnmedizin maßgeblich auch auf den Einfluss der KZBV und der KZVen zurückgeht. Ebenso wie das System der Festzuschüsse und aktuell die Gewährleistung der Teilhabe am medizinischen Fortschritt für Risikogruppen. In allen Punkten haben KZBV und KZVen entscheidende Impulse für die Gesundheitspolitik gesetzt und das Bild der modernen präventionsorientierten Zahnmedizin von heute mitgeprägt.

**Wie lauten Ihre perspektivischen Grundforderungen für die Zukunft?**

Wir müssen uns fragen: Was ist das Ziel von Gesundheitsversorgung in 5, 10, 15 und in 20 Jahren? Was wollen wir erreichen? Unser Ziel als Zahnärzteschaft ist es, die Mundgesundheit der Bevölkerung immer weiter zu verbessern. Darauf müssen die Strukturen im Gesundheitssystem ausgerichtet sein.

Wichtig für alle Akteure in diesem System ist es, für die gesamte Bevölkerung unter Berücksichtigung von Aspekten wie Fortschritt und demografischem Wandel eine sozial gerechte, berechenbare und finanzierbare Gesundheitsversorgung zu gestalten. Alle Instrumente, die wir heute zur Anwendung bringen, gilt es zu hinterfragen, ob sie geeignet sind, diese Zielvorgabe zu erreichen.

Politik hat bereits seit einigen Jahren sehr stark auf das Prinzip des Wettbewerbs gesetzt. Wir müssen uns durchaus auch selbstkritisch die Frage stellen, was der Wettbewerb denn dem Gesundheitswesen genutzt hat. Was hat er bei der Versorgung der Menschen bewirkt? Unser Ansatz von Wettbewerb, zu dem wir uns mit Überzeugung bekennen, ist der Wettbewerb um

die qualitativ beste Versorgung und nicht – wie heute vielfach vorherrschend – der Wettbewerb um den niedrigsten Preis der Leistung. Ein solcher Wettbewerb führt zu einer schleichenden Fehlsteuerung im System.

Wir müssen daher in der Politik ein Umdenken bewirken: Die Freiberuflichkeit als eigener Wert muss wieder mehr gefördert, gestärkt und akzentuiert werden. Auch für den Zahnarzt muss gelten, dass ihm mit der unternehmerischen Freiheit wieder mehr Chancen eröffnet werden und ihm nicht nur immer neue Lasten aufgebürdet werden. Die real existierenden Rahmenbedingungen für einen Zahnarzt haben mit dem Bild des freiberuflichen Unternehmers nicht mehr viel zu tun. Wir müssen daher dafür kämpfen, dass die Zentralisierungsbestrebungen der Politik aufgegeben werden, dass der Selbstverwaltung wieder Vorfahrt eingeräumt wird, dass die Heilberufe wieder die Anerkennung in der Gesellschaft bekommen, die ihnen zusteht. Deswegen setzen wir uns als KZBV für die konsequente Stärkung der Freiberuflichkeit ein und wehren uns gegen die zunehmende Kommerzialisierung des Heilwesens. Wir müssen aber auch die Rahmenbedingungen so gestalten, dass die jungen Menschen künftig noch Lust haben, den Beruf des Zahnarztes in eigener Praxis zu ergreifen und die direkte Zahnarzt-Patienten-Beziehung zu suchen. Und dazu müssen wir verlässliche wirtschaftliche Voraussetzungen schaffen. Wir müssen insgesamt sehen, dass wir diese sogenannte *Generation Y* in ihrem anderen Verständnis von Work-Life-Balance motivieren, diese wichtige Aufgabe in der Gesellschaft in Zukunft mit Freude wahrzunehmen. Sonst kann das Prinzip einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung dauerhaft nicht sichergestellt werden. Ich bin davon überzeugt, dass wir viel erreichen können, wenn wir die genannten Aspekte mit der nötigen Konsequenz angehen. Die Fokussierung auf diese veränderte Zielsetzung ist

nicht nur ein ganz persönlicher Wunsch von mir, sondern auch ein ganz wesentliches Kriterium für eine gute und funktionsfähige Gesundheitsversorgung in den kommenden 60 Jahren.

Auch die Solidarität und die Eigenverantwortung als Grundsätze unseres Gesundheitssystems sollten wieder stärker in den Blick genommen werden. Der zahnärztliche Berufsstand hat vorbildlich gezeigt, dass das Solidarprinzip der Sozialkassen und ein faires Maß an Eigenverantwortung der Patienten kein Widerspruch sind. Unsere weiteren Forderungen sind daher nur konsequent: Unser Ziel ist es, das vertrauensvolle Zusammenwirken von Zahnarzt und Patient wieder mehr zu fördern. In diesem Sinne müssen wir die Zentralisierung des Gesundheitswesens zu Gunsten einer Regionalisierung korrigieren und den Einfluss des Staates insgesamt zurückdrängen, um der Selbstverwaltung wieder mehr Gestaltungsspielräume zu eröffnen.

Wer vom mündigen Bürger spricht, der muss ihm auch seine Mündigkeit lassen: Das bedeutet, die freie Zahnarztwahl und eine freie Wahl der Versicherung zu gewährleisten. Eine partizipative Entscheidungsfindung unter Einbeziehung der Patienten sowie eine eingehende Patientenberatung halte ich in diesem Zusammenhang für unverzichtbar. Unser gesundheitspolitisches Ziel bleibt es zudem, die Teilhabe am medizinischen Fortschritt und an der medizinischen Versorgung für alle sicherzustellen. Nicht zuletzt setzen wir uns dafür ein, die Finanzierung des Gesundheitswesens »nach Kassenlage« zu beenden, um eine gerechte, plan- und finanzierbare Zukunft für Patienten, Zahnärzte und für die Solidargemeinschaft in Deutschland zu gestalten.

**Was ist Ihr persönlicher Wunsch für die nächsten 60 Jahre?**

Mein Wunsch für die nächsten 60 Jahre KZBV ist es, Rahmenbedingungen für die Zahnmedizin zu verwirklichen, die es uns ermöglichen, auch in 60 Jahren noch die Menschen in ähnlich guter Weise versorgen zu können, wie wir das heute tun.

Was mir für die nahe Zukunft sehr am Herzen liegt, ist das vertrauensvolle Verhältnis zwischen allen Akteuren und mehr Wertschätzung für unseren Berufsstand. Die Bereitschaft, gemeinsam in die Zukunft zu denken, ist unbedingte Voraussetzung dafür, das Gesundheitswesen in Deutschland tragfähig zu erhalten – unabhängig davon, welche Partei gerade in der Regierungsverantwortung steht. Es ist aus meiner Sicht zudem eine gesamtgesellschaftspolitische Aufgabe, das duale System der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zukunftsfest zu machen und weiterzuentwickeln.

Nicht zuletzt wünsche ich mir, dass der Zahnarzt weniger als Leistungsbringer, sondern als Heilberuf in der ursprünglichen Bedeutung des Wortes gesehen wird. Wir sind in erster Linie Heiler und Helfer. Mit dieser Perspektive verbunden ist, dass sich Politik wieder mehr darauf beschränkt, Rahmenbedingungen zu setzen, darüber hinaus aber die Prinzipien der Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung anerkennt.

DEFINIEREN, VERWERFEN, FORMULIEREN



DIE ZUKUNFT DER  
ZAHNHEILKUNDE - DAS IST  
MEINE FESTE ÜBERZEUGUNG -  
LIEGT IN DER STÄRKEREN  
VERNETZUNG MIT ANDEREN  
MEDIZINISCHEN DISZIPLINEN.  
WIR MÜSSEN EINE GANZHEITLICHE  
BETRACHTUNG DES MENSCHEN  
IN DEN BLICK NEHMEN.  
ES IST EINE DER AUFGABEN  
DES ZAHNARZTES, NICHT NUR  
DIE ZÄHNE UND DIE MUNDHÖHLE  
ZU BETRACHTEN, SONDERN  
DEN PATIENTEN IN SEINER  
GESAMTHEIT.

Dr. Günther E. Buchholz





## IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Verantwortliche Redaktion (V. i. S. d. P.):

Dr. Karin Ziermann, Elfi Schmidt-Garreht, Kai Fortelka, (KZBV)

Autor: Prof. Dr. Burkhard Tiemann, Köln

Konzeption, Text, Realisation: orangeblue relations gmbh, Berlin

Art Direction, Produktion: Elke Hartl, Berlin

Druck: Druckerei Nienstedt GmbH, Hamburg

Künstler: Matthias Zinn, Berlin

Fotos: Auszüge aus Drehmaterial *KZBV gesundheit gestalten*  
mit freundlicher Genehmigung der Achtfeld GmbH, Berlin,  
und von Matthias Zinn.

im Juli 2015

### » KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

#### **Berliner Vertretung**

Behrenstr. 42, 10117 Berlin, Tel.: 030 / 28 01 79 - 0

Fax: 030 / 28 01 79 - 21, post@kzbv.de

**[www.kzbv.de](http://www.kzbv.de)**

