

» Balance



Geschäftsbericht 2011/2012 » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2011 bis Juni 2012.



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

Anstelle eines Vorwortes

Fahrrad fahren ist eigentlich ganz einfach, wenn man erst einmal gelernt hat, die Balance zu halten. Aber bis man das geschafft hat, ist es ein wenig vergnügliches, recht anstrengendes Unterfangen, bei dem man kaum vom Fleck kommt und sich mitunter auch noch Stürze und Blessuren einhandelt.

Im Gesundheitswesen das Gleichgewicht zu halten, scheint allerdings eine noch weitaus schwierigere Aufgabe zu sein, selbst für Akteure, die jahrelange Praxis darin haben, in der Tretmühle der gesetzlichen Krankenversicherung unterwegs zu sein und dabei im Sattel zu bleiben. Schwierig schon deshalb, weil das System sich naturgemäß sehr langsam bewegt und daher zum Schlingern neigt. Schwierig aber vor allem, weil im Gesundheitswesen immer wieder die Gewichte zwischen unterschiedlichen Polen austariert werden müssen.

In der zahnmedizinischen Versorgung geht es dabei vor allem um das Gleichgewicht zwischen drei Gruppen: Hier der Patient, der Nutznießer einer bestmöglichen Versorgung sein soll, zugleich aber in seiner Mündigkeit gefordert ist und Eigenverantwortung für seine Gesundheit übernehmen muss.

Da der Zahnarzt, der seinem Patienten die bestmögliche Versorgung ermöglichen möchte, dabei aber auf widrige Rahmenbedingungen trifft. Und dort das Versicherungssystem, das angemessene Ressourcen und Gestaltungsräume für die Versorgung bereitstellen muss.

In jüngster Zeit droht das Gleichgewicht zwischen den Polen wieder einmal zu kippen: Krankenkassen horten Milliardenüberschüsse und anstatt sie in die Versorgung zu stecken, desavouieren sie in Ablenkungsmanövern die (zahn)ärztliche Leistung, verunsichern die Patienten, versuchen die Versorgung zu kontrollieren und in starre Bahnen zu lenken. Was bei einem solchen Vorgehen droht, entspricht ungefähr dem, was passiert, wenn ein Radfahrer mit dem Vorderrad in eine Straßenbahnschiene gerät.

Wir wollen, dass weder Patienten noch Zahnärzte in die Schienen oder gar unter die Räder einer schlechten Versorgungspolitik geraten, in der die Interessen der Versicherer ein Übergewicht haben. Es ist Zeit, Fahrt aufzunehmen, den Einfluss der Krankenkassen wieder zurückzudrängen und eine gute zahnmedizinische Versorgung weiter zu verbessern.

Inhaltsverzeichnis



Balance	8
Gestalten	16
Kommunizieren	22
Vertragsgeschäft	30
Qualität	34
Digitales Gesundheitswesen	42
Forschung	48
Interne Organisation	54
Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen	60

Balance

8



› Die Zahnärzteschaft in Deutschland hat ein klares Ziel: Wir wollen die Mundgesundheit der Bevölkerung weiter verbessern. Bei Kindern und Jugendlichen nimmt sie im internationalen Vergleich schon heute einen Spitzenplatz ein. Wir möchten diese Erfolge auch in höheren Lebensaltern und bei Risikogruppen ausbauen. Die Menschen sollen auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können auch dann, wenn sie ein erhöhtes individuelles Erkrankungsrisiko haben. Voraussetzung dafür ist eine ausbalancierte zahnärztliche Versorgung, die konsequent präventionsorientiert, qualitativ hochwertig, patientenorientiert und wohnortnah ist.

Balance

In der Patientenversorgung

10

Deutschland belegt bei der Mundgesundheit einen internationalen Spitzenplatz. Im weltweiten Vergleich ist die soziale Absicherung gegen Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Deutschland außergewöhnlich weitreichend. Alle gesetzlich Krankenversicherten können auf einen umfassenden, solidarisch finanzierten Leistungskatalog inklusive einer weitgehenden Regelversorgung mit Zahnersatz und entsprechender Sonderregelungen zur Vermeidung sozialer Härten zurückgreifen. In der Breite der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen außerordentlich hohen Versorgungsgrad erreicht.

> Prävention

Für diese Erfolgsgeschichte gibt es einen Grund: Eindeutiger und früher als in anderen Gesundheitsbereichen wurde auf Prävention gesetzt. Das Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung hat sich dadurch grundlegend verändert. Die Zahnärzteschaft hat das Ziel, den Präventionsansatz weiter auszubauen. Es soll eines Tages der Regelfall sein, dass Menschen auch bei wachsender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne und damit ein hohes Maß an Lebensqualität bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Präventionsstrategie über den gesamten Lebensbogen hinweg konsequent und mehrstufig weiter ausgebaut werden. In der Primärprävention ist das Ziel, den Eintritt einer Erkrankung zu verhindern oder zumindest zu verzögern. In der Sekundärprävention geht es um die Früherkennung und Frühbehandlung von Erkrankungen. Und in der Tertiärprävention sollen Folgeschäden vermieden und das Wiederauftreten von Krankheitsbildern gehemmt werden. Versorgungsdefizite müssen frühzeitig identifiziert, thematisiert und Lösungen müssen erarbeitet werden. Risikogruppen müssen dabei gezielt angesprochen werden.

Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) hat aufgezeigt, dass es eine wachsende Schieflage in der Kariesverteilung (Kariespolarisation) bei Kindern und Jugendlichen gibt. Bei den 12-Jährigen tragen ca. zehn Prozent der Kinder über 60 Prozent der Karieslast der Altersgruppe. Diese Risikogruppe, die sich vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund rekrutiert, profitiert nicht im gleichen Maß wie der Bevölkerungsdurchschnitt von der Verbesserung der Mundgesundheit. Es sind weitere Anstrengungen zur Aufklärung, Motivation sowie gezielter Therapie vonnöten, um hier eine Verbesserung der Mundgesundheit zu erzielen.

> Frühkindliche Karies

Der beste Weg, die Kariesverbreitung auch bei Kindern aus Risikogruppen besser in den Griff zu bekommen liegt darin, mit dem Präventionsgedanken noch früher als bisher anzusetzen. Karieskarrieren beginnen in der Regel schon im Kleinkindalter. Etwa die Hälfte aller Kariesfälle, die bei der Einschulung festgestellt werden, ist bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden. Die frühkindliche Karies, in der wissenschaftlichen Literatur als „early childhood caries“ (ECC) bezeichnet, ist damit das erste Risiko für ein zahngesundes Leben.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung hält zur Bekämpfung der ECC noch kein vollständiges Instrumentarium bereit. Deutschland verfügt zwar über eine sehr gute Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche, aber die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung setzen erst ab dem 30. Lebensmonat ein. Zuvor findet lediglich eine begleitende Betreuung durch den Kinderarzt statt, die nicht ausreichend ist. Immer öfter weisen Kinder, wenn sie die als vorbildlich geltenden Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe erreichen, bereits kariöse Zähne auf.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für Deutschland das Ziel formuliert, dass im Jahr 2020 80 Prozent der 6-7-Jährigen kariesfrei sein sollen. Wir wollen dieses Ziel erreichen, indem wir die Entstehung von Karies bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt bekämpfen. Das bedeutet, dass schon die werdenden Eltern unter Einbeziehung von Gynäkologen und Hebammen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung über Mundgesundheitsfragen aufgeklärt werden müssen. Gerade bei Kleinkindern kommt der elterlichen Betreuung eine ganz besondere Bedeutung zu. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie und auf welche Weise Eltern motiviert werden können, bereits ab den ersten Lebensmonaten für die Zahn- und Mundgesundheit vorzusorgen. Kinder müssen bereits mit Durchbrechen des ersten Milchzahnes auch regelmäßig zahnmedizinisch betreut werden können. Und das Kinder-Untersuchungsheft muss um zahnärztliche Frühuntersuchungen erweitert werden, die eine gezielte systematische Betreuung sichern.

Die KZBV hat zusammen mit der Bundeszahnärztekammer und wissenschaftlichen Fachorganisationen eine Arbeitsgruppe zum Thema „Frühkindliche Karies“ gebildet, die Impulse zur Verbesserung der Betreuungssituation der Kinder bis zum

30. Lebensmonat diskutiert, die bestehenden Defizite darstellt und bis hin zur Darstellung neuer Leistungspositionen Handlungsmöglichkeiten diskutiert und erwägt, um die Defizite zu beseitigen. Mit der frühestmöglichen zahnmedizinischen Betreuung können wir die Zahngesundheit von Kleinkindern verbessern, auch und gerade, wenn sie in Familien aus sozialen Risikogruppen leben. Doch wenn Eltern ihre Kinder nicht zur zahnärztlichen Untersuchung vorstellen, und wenn Kinder nicht den Kindergarten besuchen, laufen auch Individual- und Gruppenprophylaxe ins Leere. Hier sind gesamtgesellschaftliche Anstrengungen gefordert, Kinder aus Risikogruppen in ein soziales und medizinisches Betreuungsumfeld zu integrieren, das gezielte Prävention möglich macht.

➤ Alters- und Behindertenzahnmedizin

Die ambulante zahnmedizinische Versorgung basiert auf der Annahme, dass Erwachsene stets zur eigenverantwortlichen Mundhygiene in der Lage sind, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren können. Bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung fehlt es in der Regel an mindestens einer dieser Voraussetzungen. Infolgedessen können sie oft nicht angemessen zahnmedizinisch betreut werden. Es gibt eine erhebliche Versorgungslücke. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung gehören zur Hochrisikogruppe für Karies und Parodontalerkrankungen. Was ihre Mundgesundheit angeht, haben sie spezielle Bedürfnisse, die im Leistungskatalog der GKV nicht abgebildet sind. Ihrem Versorgungsbedarf tragen die Regelungen im SGB V nicht Rechnung. Die präventiven Leistungen, die für Kinder und Jugendliche angeboten werden, sind Erwachsenen nur im Rahmen einer Privatbehandlung zugänglich.

Die KZBV hat gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen im Sommer 2010 ein Versorgungskonzept vorgestellt, das Präventionsleistungen bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit vorsieht und durch entsprechende Anreize die Entwicklung einer flächendeckenden aufsuchenden Betreuung der Betroffenen fördert. In zahlreichen Gesprächen mit Vertretern von Parlament und Regierung hat die KZBV für dieses Konzept geworben. Dass bei der zahnmedizinischen Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie Menschen mit Behinderung Handlungsbedarf besteht, wird mittlerweile von allen politischen Parteien anerkannt.

Diese Einsicht hat mittlerweile auch ersten Niederschlag in der Gesetzgebung gefunden. Über das Versorgungsstruktur-

gesetz (GKV-VStG), das im Herbst 2011 verabschiedet wurde, hat der Gesetzgeber die Aufnahme einer neuen Leistungsposition für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, die eine Praxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, in den Bema beschlossen. Diesen ersten Schritt zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung der Betroffenen hat die Zahnärzteschaft ausdrücklich begrüßt. Im Zuge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) soll eine weitere Leistungsposition für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung geschaffen werden. Diese Leistung ist allerdings nur für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen bestimmt, und sie darf nur im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach §119b SGB V zwischen Pflegeeinrichtung und Zahnarzt erbracht und abgerechnet werden. Die Leistungsposition für die aufsuchende Versorgung aus dem Versorgungsstrukturgesetz ist in solchen Fällen nicht gesondert abrechnungsfähig.

Der Gesetzgeber hat damit zwar einen weiteren Schritt zur Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung getan. Aber die bloße Ergänzung des Leistungskatalogs um eine weitere Position für die aufsuchende Versorgung wird dem besonderen Behandlungsbedarf dieser Personengruppe nicht gerecht. Dies gilt umso mehr, als die vorgesehene Leistung auf Personen beschränkt sein soll, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden. Dies steht auch im Widerspruch zur Zielsetzung des PNG, das sich den Erhalt der Pflegebereitschaft von Angehörigen bzw. nahestehenden Personen im häuslichen Umfeld zum Ziel gesetzt hat. Nur etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen wird stationär betreut, zwei Drittel leben in Privathaushalten, ebenso viele Menschen mit Behinderungen. Die KZBV setzt sich weiter dafür ein, dass Verbesserungen in der Versorgung allen Betroffenen gleichermaßen zugute kommen.

Zugleich geht es nun aber darum, die beiden beschlossenen Leistungspositionen umzusetzen. Der Gesetzgeber hat ihre Einführung lediglich ermächtigt. Die Ausgestaltung der Leistungspositionen ist Aufgabe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Die KZBV hat bereits Vorschläge zur Beschreibung und Vergütung der Leistungspositionen erarbeitet. Erste Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen haben im Sommer 2012 im zuständigen Bewertungsausschuss stattgefunden. Die Zahnärzteschaft thematisiert dabei auch das Thema Wegegeld. Denn die neuen Leistungspositionen stehen für den zeitlichen und personellen Aufwand während der Behandlung, nicht aber für Zeit, Ausgaben und Mühe, die ein Zahnarzt und sein Team aufwenden, um überhaupt zu seinen Patienten kommen zu können. Bisher

erhält der Behandler nur ein geringes Wegegeld, das über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird, die tatsächlichen Kosten der Fahrten jedoch bei weitem nicht abdeckt.

Ab wann die neuen Leistungspositionen in der Praxis anwendbar sein werden, hängt vom Verlauf der weiteren Verhandlungen im Bewertungsausschuss bzw. im Erweiterten Bewertungsausschuss im Herbst 2012 ab. Klar ist, dass die Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ein mühsamer Prozess ist und bleibt. In der nächsten Etappe muss es nun darum gehen, für die betroffenen Gruppen ein systematisches Präventionsmanagement zu verankern, wie es für Kinder und Jugendliche auch aufgebaut werden konnte. Das bedeutet, dass präventive Maßnahmen, die über den jetzigen GKV-Leistungskatalog hinausgehen, zur Verfügung gestellt werden müssen, damit der spezifische Behandlungsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung gedeckt werden kann. Die KZBV bleibt dazu im Dialog mit der Politik. Wir wollen, dass das Präventionsmanagement Eingang findet in die nationale Präventionsstrategie, deren Verabschiedung die Bundesregierung angekündigt hat.

> Parodontalerkrankungen

Die DMS IV hat gezeigt, dass Zahnbeläge (Plaque) und akute Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) in der Bevölkerung weit verbreitet sind. Beide sind sie mitverantwortlich für die Entstehung von Parodontalerkrankungen. Bei den Erwachsenen haben mehr als die Hälfte eine mittelschwere und gut ein Fünftel eine schwere Form von Parodontitis an mindestens einem Zahn. Bei den Senioren sind schwere Ausprägungen sogar doppelt so häufig zu finden. Die Verbreitung von Parodontitis belegt, dass Früherkennung, Frühbehandlung und risikoorientierte Nachsorge gefördert und in den Mittelpunkt zukünftiger Versorgungsstrategien gestellt werden müssen. Das Ziel muss sein, bereits unter den Jugendlichen die Parodontitis-Risikogruppen zu identifizieren, sie zielgerichteten Prophylaxemaßnahmen und einer frühen Therapie zuzuführen.

Die demografische Entwicklung erzeugt aber weiteren Handlungsbedarf. Patienten können bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende erhalten, auch wenn sie ein erhöhtes individuelles Erkrankungsrisiko haben. Für das Erkrankungsrisiko sind eine Reihe von Faktoren ausschlaggebend: Mundhygienedefizite, exogene Risikofaktoren (z. B. Rauchen und Stress), systemische Risikofaktoren (z. B. Diabetes mellitus, immunologische Ungleichgewichte) und genetische Faktoren spielen hier häufig zusammen. Die internationale Forschung ist sich einig, dass man diese

Faktoren bei der Festlegung von parodontologischen Präventionszielen im Auge behalten muss. Um dieser Anforderung Rechnung zu tragen ist ein hoher, zukünftig wachsender, präventiv ausgerichteter Betreuungsaufwand nötig. Nur dann ist eine weitere Zunahme und Verbreitung von Parodontitis in der Bevölkerung vermeidbar. Nur dann ist die zunehmend deutlichere Unterversorgung in diesem Leistungsbereich abzubauen.

Die im GKV-Leistungskatalog abgebildete Parodontitis-Therapie ist nicht mehr zeitgemäß. Ihr fehlt eine strukturierte Nachsorge, die ein erneutes Auftreten des Krankheitsbildes verhindert. Die Patienten sind damit von bestimmten Elementen einer systematischen Parodontaltherapie ausgeschlossen. Hier besteht Handlungsbedarf. Die Effektivität der Behandlung wird aber auch stark von der Mitwirkung des Patienten beeinflusst. Deshalb gilt es, das Wissen um präventive Verhaltensweisen und die Bedeutung der Erkrankung für die Allgemeingesundheit zu verbessern. Individuell zugeschnittene Präventionsmaßnahmen tragen dazu bei, die Zahl der schweren Parodontitisfälle zu verringern. Sie helfen, ein Abgleiten von Gingivitisfällen in Parodontitisfälle zu verhindern. Die Mitarbeit und Mitverantwortung der Patienten muss mit entsprechenden Anreizsystemen gefördert werden. Dazu bietet sich das bereits etablierte Bonusheft in idealer Weise an.

Präventive Maßnahmen zur Verhütung von Parodontalerkrankungen sowie systematische und unterstützende Therapiemaßnahmen sind fachlich angezeigt, um einer weiteren Verbreitung von Parodontitis entgegenzuwirken. Allerdings sind sie allein über den Sachleistungskatalog der GKV nicht finanzierbar. Das würde die Solidargemeinschaft der Versicherten überfordern.

> Patientenorientierung

Patienten sollen umfangreiche Schutzrechte genießen, sie kennen und durchsetzen können. Das ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines modernen Gesundheitssystems. In Deutschland gibt es zahlreiche Initiativen und Normen, die eine möglichst umfassende Information und Einbindung des Patienten in medizinische Entscheidungen und seinen gesundheitlichen Schutz zum Ziel haben. Um sie zu ordnen, hat die Bundesregierung 2012 nach langer Vorlaufzeit den Entwurf eines Patientenrechtegesetzes vorgelegt.

Die KZBV hat die mit dem Patientenrechtegesetz verbundene Absicht begrüßt, Rechte der Patienten zu bündeln und die im Laufe der Jahre von der Rechtsprechung entwickelten Prinzipien des Arzthaftungsrechtes in zivilgesetzliche Normen

zu übertragen. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer hat sie den vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf im Frühjahr kritisch geprüft und eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Positiv zu werten ist, dass der Gesetzentwurf allen Forderungen nach einer generellen Beweislastumkehr bei behaupteten Behandlungsfehlern zu Ungunsten des Zahnarztes beziehungsweise seiner verschuldensunabhängigen Haftung eine Absage erteilt. Eine solche generelle Verschuldensvermutung wäre auch nicht im Sinne des Patienten. Sie hätte vielmehr zu einer Defensivmedizin geführt, bei der bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen alleine zur Vermeidung eventueller Haftungsrisiken durchgeführt beziehungsweise unterlassen worden wären.

Problematisch bleibt der Gesetzentwurf allerdings in vielen anderen Details. Es sollen zusätzliche Aufklärungs- und Informationspflichten eingeführt werden, die teilweise weder praxisingerecht sind, noch einen echten beziehungsweise relevanten Informationsgewinn für den Patienten bringen, sondern vor allem zusätzliche bürokratische Lasten bedeuten. Einen weiteren entscheidenden Kritikpunkt im Kabinettsentwurf gab es bei der Operationalisierung eines an sich begrüßenswerten Punktes: Krankenkassen sollen kürzere Fristen für die Entscheidung über Anträge einhalten, damit Versicherte schneller darüber Bescheid wissen, welche Leistungen ihnen zustehen, und damit ein Dilatieren von Leistungszusagen unmöglich wird. Doch leider wäre mit dieser starren Fristsetzung ein unerwünschter Nebeneffekt in der zahnmedizinischen Versorgung verbunden. Das anerkannte, vertraglich zwischen Krankenkassen und Zahnärzteschaft vereinbarte Gutachterverfahren droht ausgehebelt zu werden, da eine sachgerechte Würdigung der Befundunterlagen und eine körperliche Untersuchung des Patienten in der vorgesehenen Frist kaum mehr durchführbar sind. Folge wäre,

dass die Krankenkasse ihre Entscheidungen über Leistungen zukünftig ohne die fachliche Absicherung durch Begutachtungen treffen müsste. Die Zahnärzteschaft hat daher auf eine Anpassung des Gesetzentwurfes gedrängt. In Fällen, in denen Arzt und Patient oder Krankenkasse ein Gutachten wünschen, soll von der starren Fristsetzung abgewichen werden können. Eine entsprechende Ausnahmeregelung wird voraussichtlich im Gesetz vorgesehen, damit das bewährte Gutachterwesen weiter genutzt werden kann. Bundestag und Bundesrat müssen den Entwurf aber im Herbst 2012 noch abschließend beraten.

Jenseits aller rechtlichen Fragen ist es für eine erfolgreiche Behandlung entscheidend, dass Patient und Zahnarzt ein vertrauensvolles Verhältnis verbindet. Die Zahnärzte in Deutschland setzen auf den mündigen Patienten als Partner im Behandlungsgeschehen. Um diesen Part ausfüllen zu können, brauchen Patienten verlässliche Aufklärung und Orientierung in einem komplexer gewordenen Gesundheitswesen. Die Zahnärzteschaft unterstützt diesen Anspruch mit vielfältigen kostenfreien Informations- und Beratungsangeboten. In allen Bundesländern werden zahnärztliche Beratungsstellen unterhalten. Für den Bereich Zahnersatz wurde eigens ein Zweitmeinungsmodell ins Leben gerufen. Jedes Jahr werden so tausende von Beratungsgesprächen geführt und Patienten fachlich kompetent bei der Lösung ihrer Probleme unterstützt. Die KZBV hat überdies begonnen, ihre Tätigkeit mit anderen Beratungsträgern zu koordinieren und zu systematisieren. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer arbeitet sie an einer trilateralen Kooperationsvereinbarung mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD). Im Sommer 2012 wurde außerdem eine Arbeitsgruppe „Patientenorientierung“ eingerichtet, die sich speziell um die Entwicklung und Umsetzung patientenzentrierter Dienstleistungsangebote kümmern wird.

In den Entscheidungsstrukturen

Zwischen den übrigen Versorgungssektoren im Gesundheitswesen und der Zahnmedizin gibt es eine ganze Reihe deutlicher Unterschiede: Lebensbedrohliche Erkrankungen sind unwahrscheinlich, und das Erkrankungsrisiko ist in der Regel stark vom individuellen Verhalten und der Vorsorgeorientierung des Patienten abhängig. Für eine Befundsituation stehen in der Regel mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen zur Verfügung. Das ermöglicht eine Unterscheidung in solidarisch abgesicherte need dentistry und darüber hinaus gehende, von individuellen, oft ästhetischen Wünschen geprägte want dentistry. Eine finanzielle

Beteiligung des Patienten ist immer dann vorgesehen, wenn die gewählte Therapie über die need dentistry hinausgeht. Unterschiede zum ambulanten ärztlichen Bereich herrschen auch hinsichtlich der strukturellen Versorgungssituation: Es gibt eine funktionierende flächendeckende zahnmedizinische Betreuung. Den im ärztlichen Bereich vor allem für ländliche Regionen so oft beklagten Mediziner-mangel gibt es im zahnärztlichen Bereich nicht. Und Fragen der effizienten Verknüpfung von ambulanter und stationärer Behandlung stellen sich in der Zahnmedizin kaum.

Gerade wegen dieser Unterschiede fordert die KZBV seit geraumer Zeit, dass die Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Versorgung im Sozialgesetzbuch V auch in gesonderten Bestimmungen geregelt werden. Der Gesetzgeber hat den Besonderheiten der Zahnmedizin in einigen Bereichen, z. B. beim Vergütungssystem und der Individualprophylaxe, auch Rechnung getragen. Trotzdem gibt es überwiegend einheitliche Regelungen für die gesamte ambulante Medizin, die die Spezifika vertragsärztlicher Versorgung nur ungenügend berücksichtigen. Auch bei der Vorlage des Entwurfs für das Versorgungsstrukturgesetz im vergangenen Jahr wurde der politische Reflex zu vereinheitlichten Regelungen wieder sichtbar. Darin sollte die vertragszahnärztliche Versorgung in Maßnahmen einbezogen werden, die allein auf die Behebung von Defiziten in der ärztlichen Versorgung abzielen, obwohl vergleichbare Probleme (Ärztmangel und sektorenübergreifende Versorgung) in der Zahnmedizin gar nicht bestehen. Glücklicherweise ist es im Laufe des Gesetzgebungsprozesses gelungen, hier stärker zu differenzieren.

> **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die Frage angemessener Berücksichtigung der Situation im zahnärztlichen Sektor stellt sich auch und gerade in der Selbstverwaltung. Seit Juli 2008 werden die Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) grundsätzlich sektorenübergreifend gefasst. Für die KZBV hat das nicht nur erheblichen Mehraufwand erzeugt, sie war auch ständig in Gefahr,

majorisiert zu werden. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde das Problem nun entschärft, aber nicht gelöst. Bei Beschlüssen zu Richtlinien sollen nur die Träger auf der Seite der Leistungserbringer ein Stimmrecht haben, die von der Entscheidung wesentlich betroffen sind. Aber der Gedanke wurde nicht konsequent zu Ende gedacht. Denn sämtliche Entscheidungen binden weiterhin alle Träger des G-BA, egal ob sie an der Entscheidung beteiligt waren. Da die KZBV mit einer von dreizehn Stimmen im Plenum eine kleine Minderheit darstellt, läuft sie auch weiterhin ständig Gefahr, im Sog der vor allem Ärzte und Krankenhäuser betreffenden Entscheidungen mitgerissen zu werden. Dieser Umstand wird dadurch noch verschärft, dass der Gesetzgeber immer häufiger Aufgaben aus der internen Selbstverwaltung von KZBV und KZVen in die externe Selbstverwaltungsstruktur des G-BA transferiert. Beispielsweise ist die einrichtungsbezogene Förderung der Qualität laut SGB V eine Aufgabe der KZVen. Zugleich soll aber der G-BA dafür die Rahmenbedingungen festlegen und beschränkt damit den Spielraum der KZVen.

Die KZBV wird sich deshalb weiterhin dafür einsetzen, dass der G-BA schlankere Entscheidungsprozesse und -strukturen erhält, die ihn wieder arbeitsfähiger machen und die Wahrung der spezifischen Besonderheiten einzelner Sektoren möglich machen. Zugleich soll dabei die zahnärztliche Selbstverwaltung gestärkt werden. Der G-BA ist dazu da, die Arbeit der zahnärztlichen Selbstverwaltung zu unterstützen. Er ist nicht dazu da, sie zu verdrängen.

Im Vergütungssystem

> **Vertragszahnärztliche Vergütung**

In der vertragszahnärztlichen Vergütung gab es seit den neunziger Jahre ein strukturelles Problem mit wachsenden Auswirkungen. Mit Ausnahme der Bereiche Zahnersatz und Individualprophylaxe unterlag sie einer strikten Budgetierung, die mit der Versorgungsrealität nicht Schritt halten konnte. Die Gesamtvergütung, die eine Krankenkasse mit befreiender Wirkung für die zahnmedizinische Betreuung ihrer Versicherten zur Verfügung stellt, wurde von einem Jahr zum nächsten nur hinsichtlich der Mitgliederzahl der Krankenkasse und der Entwicklung der Grundlohnsumme in Deutschland angepasst. Die Stabilität des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung hatte oberste Priorität. Wanderungsbewegungen der Versicherten, die zu Veränderungen in der Mitgliederstruktur der Kassen und damit auch in der Leistungsabfrage der Versicherten führen, blieben gänzlich unberücksichtigt. Die

Budgets konnten den tatsächlichen Versorgungsbedarf, der aus diesen Verschiebungen resultierte, nicht abbilden.

Nach Jahren politischer Überzeugungsarbeit hat sich diese Situation mit der Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes substantiell verändert. Mit dem Gesetz wurden konkrete Schritte zur Strukturreform der vertragszahnärztlichen Vergütungssysteme unternommen. Zukünftig sollen bei der Festlegung der Gesamtvergütung die Zahl und die Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur gleichgewichtig neben dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität berücksichtigt werden. Die Neuregelungen sollen ab 2013 gelten. Entscheidend ist, dass dabei die für das Jahr 2012 tatsächlich abgerechneten Punktmengen und damit auch die bislang wegen Budgetüberschreitungen nicht vergüteten Leistungen angemessen zu berücksichtigen sind. Bei den Vertragsverhandlungen wird eine Überschreitung der Grundlohnsummensteuerung

zulässig, und mit den neuen Vergütungsparametern wird das Struktur- und Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen zurück verlagert. Aus Sicht der Zahnärzteschaft ist dies ein ganz entscheidender Schritt dahin, dass die Gesamtvergütungen langfristig am tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten ausgerichtet werden können.

Im Rahmen der Vergütungsreform werden auch historisch gewachsene Vergütungsunterschiede zwischen Ersatzkassen und Primärkassen eingeebnet werden, die den Wettbewerb zwischen den Kassen verzerren. Für das Jahr 2013 sollen kassenartübergreifend einheitliche Punktwerte zugrunde gelegt werden, ohne dass sich das für die zahnmedizinische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen ändert. Dazu bilden KZVen und Krankenkassen 2012 auf Länderebene einheitliche durchschnittliche Punktwerte für alle zahnärztlichen Leistungen (mit Ausnahme von Zahnersatz), die nach den jeweils abgerechneten Punktmengen gewichtet werden.

Die KZBV hat zur Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes in den Vertragsverhandlungen der Gesamtvertragspartner auf Länderebene ein Handbuch erarbeitet. Darüber hinaus haben die KZBV und ihre Mitgliedsorganisationen in mehreren Klausurtagungen Chancen und Risiken der neuen Regelungen zur Gesamtvergütung erörtert. Die tatsächliche Fortentwicklung der Vergütungen wird maßgeblich vom Verlauf der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abhängen.

> **Private Gebührenordnung**

Der Grundleistungskatalog für die zahnmedizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist im internationalen Vergleich sehr umfangreich. Aber wenn Versicherte ästhetisch anspruchsvolle oder besonders aufwendige Therapien wählen, müssen sie die Mehrkosten dafür selbst tragen. Berechnet werden diese Leistungen dann über die Gebühren-

ordnung für Zahnärzte (GOZ), die auch die Honorarbasis für Leistungen an Privatversicherte ist. Die GOZ ist damit, vor allem in den Bereichen Zahnersatz und Füllungstherapie, ein wichtiger Faktor der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie hat die Funktion, gesetzlich Krankenversicherten Wahlmöglichkeiten zu eröffnen und ihnen die Tür zum zahnmedizinischen Fortschritt offen zu halten.

Nach über zwanzig Jahren des Stillstandes und des Drängens der zahnärztlichen Organisationen ist die GOZ nun endlich novelliert worden. Änderungen der Gebührenordnung müssen von der Bundesregierung mit Zustimmung der Länder erlassen werden. Die KZBV hat sich gemeinsam mit der bei Fragen zum privaten Gebührenrecht federführenden Bundeszahnärztekammer und weiteren Berufsorganisationen im Vorfeld für eine konsequente Modernisierung der GOZ eingesetzt. Die Zahnärzteschaft hat allerdings in dieser Frage kein originäres Mitbestimmungsrecht. Nicht verwunderlich ist es daher, dass es bei der neuen GOZ, die seit 2012 gilt, Licht und Schatten gleichermaßen gibt. Einerseits wurde sie um moderne zahnmedizinische Leistungen ergänzt, und bestehende Positionen wurden neu bewertet. Auf die fragwürdige, von Versicherern geforderte Öffnungsklausel, die ein Unterlaufen der gesamten Gebührenordnung ermöglicht hätte, wurde auf Drängen des Berufsstandes verzichtet. Auf der anderen Seite blieb der Punktwert, der der Honorierung einer Leistung zugrunde liegt, entgegen der Erwartungen auch nach zwanzig Jahren unverändert und ein Ausgleich der inflationsbedingten Honorarverluste wurde nicht annähernd erreicht.

Wie sich die neue GOZ auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit auswirkt, und wie sie sich im Praxistest bewährt, kann noch nicht beurteilt werden. Die Bundesländer haben aber durchgesetzt, dass die Bundesregierung die Konsequenzen der Neustrukturierung bis Mitte 2015 prüft und den Bundesrat über die Ergebnisse informieren soll.

Gestalten

16

- › Wer seine Ziele in der politischen Arena erfolgreich umsetzen will, muss kontinuierliche Überzeugungsarbeit leisten. Mit der gelegentlichen Teilnahme an Anhörungen zu Gesetzgebungsverfahren ist es nicht getan. Der dauerhafte Dialog mit der Politik ist unverzichtbar. Die KZBV pflegt diesen Dialog über ihre Vertretung in Berlin, die unweit von Bundesregierung, Parlament und Parteizentralen gelegen ist.



Gestalten

Dialog mit der Politik

Die Vertretung hält Kontakt mit Ministerien, Abgeordneten, Fraktionen und Bundesrat und informiert über Entwicklungen und Entscheidungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie bringt die Argumente und Anliegen der Vertragszahnärzte in Gesetzgebungsverfahren ein. Im zurückliegenden Jahr war der Politik-Dialog von den großen Reformthemen geprägt: dem Gesetzentwurf zur Neuordnung der Patientenrechte, der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, aber auch der Restrukturierung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems über das Versorgungsstrukturgesetz.

Wer Zukunft gestalten will, kann seinen Diskurs indes nicht nur auf aktuelle Gesetzgebungsfragen konzentrieren. Deshalb veranstaltet die KZBV regelmäßig Foren zur Diskussion langfristiger Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Auswirkungen für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die jüngste Veranstaltung dieser Art fand am 20. Juni 2012 im Vorfeld der Vertreterversammlung in Dresden statt. Sie beschäftigte sich mit den Herausforderungen des demografischen Wandels für die zahnärztliche Versorgung und der Verbesserung zahnmedizinischer Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen. Gemeinsam mit Vertretern von Politik, Sozialverbänden und Krankenkassen wurde das Versorgungskonzept diskutiert, das KZBV, Bundeszahnärztekammer und weitere Organisationen unter dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vorgelegt hatten. Bei aller Kontroverse im Detail bestand an einem

Punkt Einigkeit unter den Beteiligten: Menschen, die aufgrund von Behinderung, Alter oder Demenz keine eigenverantwortliche Mundhygiene betreiben bzw. nicht in eine Zahnarztpraxis kommen können, brauchen besondere Betreuung. Josef Hecken, Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, unterstrich, dass Versorgungskonzepten wie dem vorgelegten eine besondere Bedeutung zukommt, weil sie die Herausforderungen des demografischen Wandels aufnehmen.

Doch es sind nicht alleine Fachveranstaltungen, die der Pflege und dem Ausbau der politischen Kontakte dienen. Auch soziale Ereignisse sind wichtig, weil sie die Möglichkeit zum informellen Gedankenaustausch bieten. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer veranstaltet die KZBV daher jedes Jahr im Januar einen Neujahrsempfang und im Mai ein Frühjahrsfest. Ersterer fand wie stets unter Federführung der Kammer, letzteres unter der Ägide der KZBV statt. Das Frühjahrsfest ist längst eine feste Größe im hauptstädtischen Veranstaltungskalender. Die Zahl der Anmeldungen übersteigt regelmäßig die Kapazitäten des Veranstaltungsortes. Auch beim diesjährigen Event, der am 8. Mai traditionell auf dem Dach des Reichstages ausgerichtet wurde, nutzten zahlreiche Gäste aus Politik, Selbstverwaltung und Berufsstand die Gelegenheit zum Gespräch. Zu Gast war unter anderen die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz.



› [Diskussionsforum der KZBV am 20. Juni 2012 in Dresden](#)

Innerzahnärztliche Kooperation

Als Dachverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern repräsentiert die KZBV mittlerweile 54.000 Vertragszahnärzte und 5.000 angestellte Zahnärzte. Eine Bundesorganisation braucht die Legitimation durch ihre Mitgliedsorganisationen, um als Sachwalter zahnärztlicher Interessen in Politik und Selbstverwaltung erfolgreich sein zu können. Politische Grundsatzentscheidungen werden daher in der Vertreterversammlung diskutiert und mandatiert, die sich unter anderem aus den Spitzen der KZVen zusammensetzt und höchstes parlamentarisches Gremium der KZBV ist. Sie tagte turnusmäßig im November 2011 in Frankfurt und im Juni 2012 in Dresden.

Zwischen den Vertreterversammlungen ist der aus den ersten Vorsitzenden aller KZVen bestehende Beirat das wichtigste Konsultationsgremium zwischen Bundes- und Landesebene.

Er kam im Geschäftsjahr sechs Mal zusammen. Der fachliche Input für den Beirat kommt meist aus Facharbeitsgruppen, die aufgabenspezifisch eingerichtet werden und überwiegend Probleme aus dem Bereich Vertragsmanagement bearbeiten. Immer öfter finden zusätzlich Klausurtagungen statt, in denen sich die Vorstände von KZVen und KZBV zu strategischen Fragen der Vertragspolitik abstimmen.

Zwischen KZBV und Bundeszahnärztekammer findet eine enge Abstimmung über *jours fixes* statt. Die Kooperation der beiden zahnärztlichen Spitzenorganisationen ist von vitaler Bedeutung, damit der Berufsstand bei entscheidenden Projekten mit einer Stimme spricht.



Das internationale Umfeld

Zahnärztliche Berufspolitik kann sich längst nicht mehr auf den nationalen Rahmen beschränken. Die Gesundheitsmärkte internationalisieren sich, und die Regelungsdichte auf europäischer Ebene nimmt zu. Das verlangt nach einer grenzüberschreitenden und konzertierten Interessenvertretung. KZBV und Bundeszahnärztekammer koordinieren daher ihre Aktivitäten in den internationalen Organisationen.

Weltweit ist die Zahnärzteschaft in der Fédération Dentaire Internationale (FDI) organisiert. Ihr alljährlicher Weltkongress, der von einer Dentalmesse begleitet wird, fand vom 14. - 17. September 2011 in Mexico City statt. Die deutsche Delegation war mit hochkarätigen Vertretern in allen wichtigen Gremien präsent. Auf dem Kongress wurde ein neues System zur einheitlichen Klassifikation von Karies verabschiedet. Zudem hat die FDI eine Initiative gestartet, orale Erkrankungen bei den Vereinten Nationen in den Katalog der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten aufzunehmen.

So positiv sich einerseits die fachliche Arbeit der FDI entwickelt, so krisenhaft bleibt andererseits die finanzielle Situation der Organisation. Mit 5.000 Zahnärzten, Zahnarzhelferinnen, Dental Hygienists und Zahnmedizinstudenten lag die Teilnehmerzahl am wissenschaftlichen Teil des Kongresses weit unter den Erwartungen der Veranstalter. Die ohnehin schon angegriffene finanzielle Lage der FDI hat sich dadurch weiter verschärft. Allerdings wurde die Konzeption für den kommenden Weltkongress im September 2012 in Hong Kong modifiziert. Damit verbindet sich die Hoffnung auf eine gesteigerte Attraktivität der Veranstaltung und bessere Besucherzahlen.

Im Zuge des Weltkongresses tagte auch die Europäische Regionale Organisation (ERO) der FDI. Bestimmendes Thema ihrer Vollversammlung war die Finanzkrise des FDI und die gemeinsame Haltung der europäischen Länder dazu. Eine weitere Vollversammlung fand am 27. und 28. April 2012 in Prag statt. Ihr zentraler Diskussionspunkt war ein Kooperationsmodell, das die Zusammenarbeit zwischen den acht Arbeitsgruppen, dem Vorstand, der Vollversammlung und anderen international tätigen zahnärztlichen Verbänden verbessern soll.

Die Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit Fragen der Normbildung bzw. Harmonisierung beruflicher Standards und bereiten die Beschlüsse der Organisation vor. Die Arbeitsgruppe Dental Team hat die erforderliche Mindestqualifikation für die „Dental Chairside Assistant“ beschrieben. Sie entwickelt außerdem ein Qualifikations- und Aufgabenprofil für die nächsthöhere Qualifikationsstufe unter der vorläufigen Bezeichnung „Dental Prevention Assistant“. Damit leistet die Arbeitsgruppe einen wichtigen Beitrag, dem politischen Druck einer unregelmäßigen Delegation ärztlicher Leistungen an weniger qualifiziertes Personal zu widerstehen.

Die Arbeitsgruppe Qualität hat eine Bestandsaufnahme der unterschiedlichen Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen in den europäischen Ländern begonnen. Die Arbeitsgruppe Integration, die sich mit der Schaffung von europäischen Ausbildungsstandards für Zahnärzte und der Heranführung der Nachfolgestaaten der Sowjetunion an die Europäische Union befasst, hat ein Treffen der osteuro-

päischen Zahnarztverbände in Antalya initiiert, um die Lage der Zahnheilkunde in diesen Ländern zu bewerten.

Auf der Ebene der Europäischen Union vertritt der Council of European Dentists (CED) die Interessen der Zahnärzteschaft. Der Präsident des CED, Wolfgang Doneus wies anlässlich der CED-Vollversammlung am 18. November 2011 in Brüssel darauf hin, dass 2013 wichtige Gesetzgebungsentwicklungen auf EU-Ebene mit Auswirkungen für die Zahnärzteschaft zu erwarten sind. Er appellierte an alle CED-Mitglieder, sich deshalb für eine aktive Interessenvertretung bei den nationalen Ministerien und Europaabgeordneten bereitzuhalten. Eine Facharbeitsgruppe des CED hat eine Strategie zum Umgang mit Zahnamalgam entwickelt. Der Füllungswerkstoff gilt als bewährt und gut verträglich, erfordert aber eine sorgfältige Verarbeitung, da er Quecksilber enthält. Die Strategie fand Niederschlag in einer einstimmig verabschiedeten Entschließung der Vollversammlung im November 2011 (CED-DOC-2011-019-E/F/D-FIN). Deren erklärtes Ziel ist es, mögliche Umweltrisiken durch die Verwendung von Amalgam auf ein Minimum zu reduzieren. Zahnärzte werden aufgefordert, in den Praxen Amalgamabscheider zu verwenden, die den einschlägigen ISO-Normen entsprechen, ausschließlich in Kapseln abgefülltes Amalgam zu verwenden und die einschlägigen Abfallbewirtschaftungsvorschriften einzuhalten.

Der CED empfiehlt, die Forschung über alternative Füllungs- werkstoffe sowie deren Verträglichkeit zu intensivieren. Eine eigene Arbeitsgruppe des CED beobachtet die Entwicklungen im Bereich E-Health auf EU-Ebene. Dazu gehören Fragen der Codierung von Behandlungen und die Definition eines gemeinsamen Mindestsatzes von Patientendaten. Die deutsche Delegation hat dabei ihre kritische Haltung zu Fragen der Datenspeicherung in den entsprechenden Resolutions- entwürfen verankert.

Auf der Halbjahres-Vollversammlung am 11. Und 12. Mai 2012 in Kopenhagen bekräftigten die Mitglieder des CED erneut ihre Haltung zu etwaigen Änderungen der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Europa. Der CED fordert die Festlegung einer Mindestausbildungszeit für Zahnärzte, die fünf Jahre bzw. 5.000 Ausbildungsstunden nicht unterschreiten darf. Auch Sprachprüfungen für Zahn- ärzte, die in anderen Mitgliedstaaten praktizieren, werden befürwortet. Bei den Änderungsvorschlägen zur Regulierung von Medizinprodukten, die die Europäische Kommission voraussichtlich noch 2012 vorlegt, mahnt der CED nach- vollziehbare und transparente Verfahren an.

Kommunizieren

22

- › Kommunikation ist die Antwort auf Komplexität. Das Gesundheitswesen ist ein außerordentlich komplexes System und erfordert intensive Kommunikation unter den beteiligten Akteuren. Das gilt auch und gerade für das „Subsystem“ der zahnmedizinischen Versorgung. Als politische Organisation und Interessenvertretung muss die KZBV ihre Ziele öffentlich darlegen, ihnen Gehör verschaffen und Rechenschaft ablegen. Sie braucht die Wahrnehmung der Stakeholder in Politik und Medien, fungiert als Kommunikationsdienstleister für ihre Mitgliedsorganisationen sowie die darin organisierten Vertragszahnärzte. Zugleich ist sie Informationsquelle und Ansprechpartner für Patienten.



Kommunizieren

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

24

> Webaktivitäten

Die Medienlandschaft und die Parameter, unter denen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit stattfindet, haben sich in den letzten Jahren stark verändert: Die klassische Trennung zwischen Produzent und Konsument von Nachrichten und Informationen ist längst verwischt. Die statische Verlautbarungs-PR ist ein Auslaufmodell. Kommunikationskanäle sind kein knappes Gut mehr. Jeder kann heute vom Empfänger zum Sender werden, weil es dafür nur noch eines braucht: einen Internetzugang. Das Web demokratisiert die Kommunikation und entzieht sie einseitiger Steuerung. Soziale Netzwerke und Medienplattformen leben von Dialog und ‚peer content‘. Getrieben wird dieser Trend durch Smartphones und Tablet-PCs sowie den Ausbau der Bandbreiten, die die mobile Nutzung des Internets fast überall und jederzeit erlauben und die Bedeutung von Print und klassischen audiovisuellen Medien zurückdrängen.

Die KZBV stellt sich diesen Veränderungen und konzentriert ihre Aufmerksamkeit mehr denn je auf das Netz. 2011 wurde intensiv am Relaunch des Webauftrittes gearbeitet. Pünktlich zum Auftakt des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt am Main im November 2011 ging die neue Website unter www.kzbv.de live. Sie zeigt sich in frischem Design und mit bewusst schlichter, übersichtlicher Seitenstruktur. Den Nutzer erwartet ein leicht zugängliches, zielgruppenspezifisch aufbereitetes Informationsangebot mit deutlich ausgebautem Service-Bereich. Im Zahnärzte-Bereich sind alle Informationen mit Relevanz für die Praxistätigkeit konzentriert. Die Patientenseiten bieten Rat zu zahnmedizinischen Erkrankungen, Therapieoptionen und den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Journalisten finden im Pressebereich schnellen Zugriff auf Positionen, Dossiers und Pressefotos. Das Angebot bestellbarer Materialien wurde erweitert, das Bestellverfahren nutzerfreundlicher gestaltet. Es gibt Videobeiträge zu

politischen und medizinischen Themen, die auch über einen eigenen YouTube-Kanal der KZBV abgerufen werden können.

Auch technisch wurde der Webauftritt den aktuellen Standards angepasst: Er wird über ein internetbasiertes Content-Management-System gespeist, das jederzeit eine standortunabhängige Aktualisierung erlaubt. Die Seiten sind außerdem weitestgehend barrierefrei programmiert. Damit können sich beispielsweise auch blinde beziehungsweise sehbehinderte Menschen, die Sprachausgabeprogramme einsetzen, das Webangebot erschließen und mit der KZBV in Kontakt treten. Mit einem neuen Shop-System kann die Bearbeitung von mehreren tausend Materialbestellungen, die jedes Jahr über die Website eingehen, im ‚backend‘ nun papierlos und wesentlich schneller vonstattengehen.

Der Relaunch stellt indes nur die erste Ausbaustufe der Webpräsenz der KZBV dar. Der Trend, Ressourcen aus dem Printbereich in die digitale Kommunikation zu verlagern, setzt sich fort. Seit dem Frühjahr 2012 gibt es einen Newsletter, der eine bereits vierstellige Zahl von Abonnenten in regelmäßigen Abständen über neue Initiativen und Angebote der Organisation informiert. Eine App zur bundesweiten Zahnarztsuche über mobile Endgeräte ist in Arbeit. Voraussichtlich ab Herbst 2012 wird die KZBV auch in Sozialen Netzwerken aktiv sein, um der Kommunikation eine stärkere Dialogorientierung zu geben. Den Anfang wird eine facebook-Fanseite machen. Vorausgegangen ist eine intensive Auseinandersetzung über die Möglichkeiten und Grenzen sozialer Medien in der Verbandskommunikation. Sie war auch Gegenstand der Koordinierungskonferenz Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die unter der Ägide der KZBV im März 2012 in Hamburg stattfand und die Kommunikationsverantwortlichen aus Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern im Halbjahresturnus an einen Tisch bringt.

> **Medienarbeit**

Auch wenn sich die Kommunikationsfracht mehr und mehr ins Netz verlagert, ist die klassische Pressearbeit damit nicht obsolet geworden. Sie beginnt beim Monitoring der Medien im Sinne klassischer Frühwarnung. Täglich werden in der Pressestelle neben dem Online-Bereich die Printmedien beobachtet und ein Pressespiegel erstellt, der auch den Mitgliedsorganisationen zur Verfügung gestellt wird.

Oft genug steht die Pressearbeit eines Dachverbandes wie der KZBV im Spannungsfeld zwischen den Erfordernissen externer Kommunikation und der internen Kommunikation, die die Informationsbedürfnisse, Beteiligungsrechte und Legitimationsfunktion der Mitglieder im Blick haben muss. Die KZBV tauscht sich daher in wichtigen Fragen der öffentlichen Darstellung mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus, liefert Faktenpapiere und Sprachregelungen für Presseaktivitäten.

Ein Teil der Pressearbeit ist dabei naturgemäß reaktiv und bezieht sich auf laufende Gesetzgebungsverfahren, politische Richtungsdebatten beziehungsweise den Disput mit der gesetzlichen Krankenversicherung oder Urteile der Sozialgerichtsbarkeit. Aber die KZBV setzt auch aktiv Themen: Im Februar 2012 waren beispielsweise die Wachstums- und

Beschäftigungseffekte des Dentalsektors Gegenstand einer gut besuchten Pressekonferenz, die gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer in Berlin veranstaltet wurde. Anlass war die Veröffentlichung einer wissenschaftlichen Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Kooperation mit dem Darmstädter WiFOR-Institut. Immer mehr zeigt sich, dass der politische Disput um die ‚richtige‘ Gesundheitsversorgung über Studien und Statistiken entschieden wird. Wer argumentativ und medial reüssieren will, braucht belastbare Daten, Fakten und Zahlen über die Versorgung als Rüstzeug.

Die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist außerdem dazu übergegangen, wichtige Veranstaltungen der KZBV noch intensiver zu begleiten. Zum jährlichen Diskussionsforum der KZBV, das im Juni 2012 in Dresden stattfand, und als Schwerpunkt die bessere Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung hatte, wurde beispielsweise binnen weniger Stunden ein Filmbeitrag produziert, der gemeinsam mit einer Pressemitteilung distribuiert und im Netz abgerufen werden konnte.

Mit dem Ausbau der Webaktivitäten und dem proaktiven Ansatz in der Pressearbeit ist die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit mittlerweile an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen. Sie wird daher zum Jahreswechsel 2012/2013 personell erweitert.



> **Frisches Design und übersichtliche Seitenstruktur** – die neue Website der KZBV

zm

KZBV und Bundeszahnärztekammer sind gemeinschaftlicher Herausgeber der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm). Die zm fungieren als offizielles Mitteilungsorgan der Zahnärzte in Deutschland. Sie sind aber zugleich die größte und auflagenstärkste zahnärztliche Fachzeitschrift im gesamten Dentalsektor.

Ob Bewertungsportale, Gesundheitskarte, „social media“, Datenschutzfragen oder der rasche Ausbau virtuell-elektronischer Fachmedien: Mehr denn je war das redaktionelle Denken, Arbeiten und Berichten der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) im Geschäftsjahr 2011/2012 von der raschen Verbreitung internet-getragener oder -gesteuerter Themen bestimmt. Parallel zur anhaltenden Diskussion und Beantwortung gesellschafts- und standespolitischer Grundsatfragen waren thematische Struktur wie auch organisatorische Aufstellung der zm-Redaktion im vergangenen Jahr von Schwerpunkten geprägt, deren Ursprung in den Möglichkeiten der EDV liegt. Die rasante Entwicklung bringt umfangreiche

Änderungen bei den zm mit sich: die Redaktion hat mit Unterstützung des Deutschen Ärzteverlags den umfangreichen Relaunch von zm-online.de vorangetrieben. Der neue Auftritt geht mit zahlreichen neuen Funktionen und Features im Herbst 2012 an den Start.

> Berufspolitik

Die Gesundheitsreform der kleinen Schritte bestimmte auch im vergangenen Jahr Deutschlands Gesundheitspolitik. Für die Leistungsträger des Systems waren die Auswirkungen der Reformpolitik aber oft alles andere als unbedeutend: Umfassend wurde die GOZ-Novellierung in den zm dargestellt. Neu mit dem Arbeitskreis Ethik der DGZMK initiiert war die ausführliche Diskussion ethischer Fragestellungen. Konsequenterweise begleitet wurden Genese, Entwicklung und Verabschiedung des Versorgungsgesetzes genauso wie die Diskussion um die sich abzeichnenden Konvergenzbestrebungen von GKV und PKV. Umfassend berichtet wurde über das von BZÄK und



> 15/2011



> 17/2011



> 18/2011



> 20/2011

KZBV entwickelte zahnärztliche Versorgungskonzept für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen. Kritisch begleitet wurden die Fusionen, Insolvenzen und Überschüsse im GKV-Bereich, aber auch die strategische Planung der Krankenkassen, wie sie sich vor allem im Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom März 2012 abzeichnete. Das Patientenrechtegesetz, die Versorgungsdiskussion, Praxisgebühr, Medizintourismus, Pflegereform, Bürgerversicherung, Prävention, das Image des Berufsstandes, Versorgungsforschung, Berufsausübungsformen, aber auch Patientenberatung, Alternativmedizin sowie Qualitätssicherung, GBA oder Berichte zur Arbeit der Deutschen Knochenmarkspenderdatei (DKMS) und Perspektiven im deutschen Gesundheitsmarkt ergänzten das zm-Portfolio. Ausführlich vorbereitet und begleitet wurde der Deutsche Zahnärztetag in Frankfurt am Main. Spezifisch auf die Konsequenzen für das Gesundheitswesen abgestellt war die zm-Berichterstattung mit Informationen zu (zahn)medizinischen Bewertungsportalen, „social media“ in der Medizin, dem Themenfeld elektronische Gesundheitskarte, der papierlosen Abrechnung, Online-Rabatten sowie der EU-politischen Auseinandersetzung zum Thema Datenschutz.

> Zahnmedizin/Medizin/Wissenschaft

Lange wissenschaftliche Exposé, wie sie früher in den zm üblich waren, treten in der Fachberichterstattung der zm heute zugunsten übersichtlicher, schnell lesbarer Praxisfälle zurück. Viele Wissenschaftler stellen Studien mittlerweile online und brauchen keinen Volltextabdruck mehr in Printorganen. Inzwischen können die zm den Leser deshalb pragmatischer, vielseitiger und interessanter in Kurzbeiträgen informieren, die ihn gleichwohl über einen Link zum Originalbeitrag am wissenschaftlichen Geschehen teilhaben lassen. Ausnahme war im letzten Geschäftsjahr ein umfangreicher Beitrag zum Thema „Diabetes mellitus und Parodontitis“. Der Text hob auf die Wechselwirkung zwischen den Erkrankungen hin und begleitete eine Aufklärungsaktion zur Komorbidität.

Im Repetitorium wurden medizinische Themen dargestellt – jeweils ergänzt durch zahnmedizinische Aspekte. Damit soll der Zahnarzt für die Erfassung von gesundheitlichen Problemen am Rande seines Blickfeldes sensibilisiert werden. Neu aufgenommen wurde eine Rubrik Notfall. Darüber hinaus wurde das redaktionelle Repertoire im Ressort Zahn-



> 22/2011



> 23/2011



> 24/2011



> 01/2012

medizin um „klinisch-ethische Falldiskussionen“ erweitert. Das Themenspektrum reicht von Fragen im Umgang mit der Schweigepflicht, Aspekten der Kollegialität, dem Umgang mit drogensüchtigen Patienten bis zum Handeln im Fall von Kindesvernachlässigung oder Therapieentscheidungen bei überhöhten ästhetischen Erwartungen seitens der Patienten. Wie im Vorjahr wurden Beiträge der Rubriken „der aktuelle Klinische Fall“ sowie alle Beiträge der großen Fortbildungssektionen durch eine Lese-Lern-Kontrolle auf zm-online.de begleitet.

> **Praxismanagement**

Der Bereich „Praxismanagement“ soll den Zahnarztpraxen alltagstaugliche und realitätsnahe Unterstützung liefern. Der Fokus der Praxisinhaber liegt auf der Betreuung ihrer Patienten, aber sie müssen sich notgedrungen mit ökonomischen Aspekten des Praxisbetriebes auseinandersetzen. Deshalb beleuchtet die Rubrik Themen wie „Kreditbedingungen“ oder die Suche nach dem richtigen Steuerberater. Diese „harten“ Themen werden aber bewusst im Wechsel mit „weichen“ Fragestellungen zu Führungsqualitäten oder sozialen Kompetenzen im Praxisalltag angeboten.

> **zm-Leserservice**

Im vergangenen Jahr haben die Leser über 16.000 Mal den Leserservice der *zm* im Netz in Anspruch genommen. Auf www.zm-online.de standen knapp achtzig Literaturlisten zum Download bereit. Der Service hat für die Leser mittlerweile auch eine Archiv-Funktion. Oft werden Zusatzinfos noch Monate nach Erscheinen des Heftes heruntergeladen.

> **Weitere Rubriken**

In der Rubrik „Historisches“ werden (kultur)geschichtliche Themen rund um Medizin und Zahnmedizin fachlich fundiert, aber in magazinesk-unterhaltsamem Stil aufbereitet. Die Leserrückmeldungen belegen, dass die Beiträge auch in der Fachöffentlichkeit interessiert wahrgenommen werden. Unter anderem arbeitet die Redaktion mit dem Arbeitskreis „Geschichte der Zahnheilkunde“ der DGZMK zusammen. In Titelgeschichten wie „Damals und heute – Gesundes Glückauf“ werden bisher wenig beachtete Kapitel der Sozialgeschichte wie die gesundheitliche Versorgung von Beschäftigten im Bergbau aufgearbeitet.



> **03/2012**



> **04/2012**



> **06/2012**



> **07/2012**

Die Rubrik „EDV und Technik“ informiert einerseits praxisnah über neue IT-Trends und stellt andererseits neue technologische Entwicklungen und ihre Folgen für die Kommunikation und das Zusammenleben vor. Die Bedeutung der Netzpolitik der Piraten wird dabei genauso thematisiert wie digitale Lehrmethoden und die gesetzlichen Schranken für Internet-apotheken. Beiträge zur elektronischen Gesundheitskarte und zu eHealth sind über ihren reinen Informationswert zudem auch berufspolitisch relevant.

> zm-online.de

Zum Ablauf des Geschäftsjahrs befindet sich die Redaktion in der Endphase des Relaunch-Projektes von zm-online.de. Schon im Frühjahr 2012 verzeichnete der Sparten-Marktführer zm im online-Bereich monatlich fast 85.000 Besucher. Seit Jahresbeginn sind die Seitenaufrufe um weitere zwölf Prozent gestiegen, die Zahl der User mit mobilen Endgeräten wuchs sogar um rund 29 Prozent. Bereits jetzt geht jeder neunte Nutzer via iPhone oder iPad auf die Website.

Um dieses Potenzial zu optimieren und zukunftssicher zu machen, haben die zm mit dem neuen Auftritt in Design und

Funktion eine Internetseite konzipiert, auf der sich der Zahnarzt mit all seinen Wünschen wiederfindet und zugleich die berufspolitischen Inhalte der zm-Herausgeber kommuniziert werden.

Wichtigstes Novum der neuen Online-Plattform ist die Ausweitung der Zielgruppen auf Zahnmedizin studierende und Berufsstarter – thematisch und auch mit neuen Formaten: Geplant sind Kommentare und Foren in ausgewählten Bereichen, die den Nutzern die Möglichkeit zum informellen Austausch bieten und der Redaktion ein Feedback geben. Neben tagesaktuell aufbereiteten Nachrichten und einem komfortablen Archiv gehören künftig auch Videos – insbesondere für die zertifizierte Fortbildung – zum zm-Angebot.

Mit dem Relaunch wird die Vernetzung von Print- und Online-Inhalten – und damit das crossmediale Arbeiten – den zm-Redaktionsalltag wesentlich stärker prägen als bisher. Das bedeutet für die Redaktion nicht nur, dass sie ihre technischen Systeme anpassen und neues Equipment anschaffen muss. Notwendig sind auch neue Arbeitsstrukturen bezüglich Organisation und Workflow sowie der Erwerb neuer Kompetenzen wie technisches Know-how und der Umgang mit dem Web.



> 08/2012



> 09/2012




> 11/2012



> 12/2012

Vertragsgeschäft



> Zum Kerngeschäft der KZBV gehört es, Verträge mit Krankenkassen und Heilfürsorgeträgern zu schließen bzw. kontinuierlich anzupassen. Darin werden die Rahmenbedingungen, der Leistungshorizont und die Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen bundesweit festgeschrieben.

Vertragsgeschäft

Regelungen zum Wohnortprinzip

Im zurückliegenden Geschäftsjahr haben KZBV und AOK-Bundesverband die vertragliche Grundlage für die Umsetzung des Wohnortprinzips im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen geschaffen. Das Wohnortprinzip besagt, dass vertragliche Leistungen, die eine KZV mit einer Krankenkasse vereinbart, für alle Versicherten der Kasse gelten, die auf dem Gebiet dieser KZV ihren Wohnsitz haben. Der Sitz der Kasse ist dagegen unerheblich.

Bei den Ersatzkassen wurde das Wohnortprinzip auf der Basis gesetzlicher Vorgaben schon 2007 eingeführt. Die Rahmenvereinbarung mit dem AOK-Bundesverband ist im Juni 2012 unterzeichnet worden. Sie sieht vor, dass unter anderem die technischen und vertraglichen Regelungen zur Umsetzung

des Wohnortprinzips auf Landesebene getroffen werden. Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt, dass die Umsetzung des Wohnortprinzips kostenneutral sein soll. Deshalb wurde eine gemeinsame Datenbasis über die finanziellen Auswirkungen mit dem AOK-Bundesverband abgestimmt, auf der aufbauend eine Umsetzungsvereinbarung geschlossen wird. Diese regelt auch den konkreten Starttermin.

Auch im Bereich der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung haben mittlerweile Verhandlungen über die Einführung des Wohnortprinzips begonnen, so dass das Wohnortprinzip absehbar in den Gesamtverträgen nahezu aller Vertragsbereiche gelten wird.

Zusammenführung der Bundesmantelverträge

Bislang gibt es für Primärkassen und Ersatzkassen je einen eigenen Bundesmantelvertrag, in dem die KZBV mit dem jeweiligen Kassenverband wesentliche Eckdaten der vertragszahnärztlichen Versorgung für den jeweiligen Kassenbereich geregelt hat. Zwischenzeitlich haben sich mit der Einführung eines einheitlichen GKV-Spitzenverbandes auf Kassenseite die Verbandsstrukturen geändert. GKV-Spitzenverband und KZBV haben nun den gesetzlichen Auftrag, die beiden Bundesmantelverträge zusammenzuführen. Dazu wurde zunächst der redaktionelle Änderungsbedarf (z. B. Korrektur überholter Gesetzesverweisungen auf Regelungen des SGB V, Streichung obsoleter Regelungen, grammatikalische Anpassungen etc.) des bisherigen Vertragsbestandes abgearbeitet. Im zweiten

Schritt werden nun die unterschiedlichen Regelungen zwischen Primär- und Ersatzkassen harmonisiert. Das betrifft zum Beispiel das Gutachterwesen: Es gibt in beiden Vertragsbereichen funktionierende Gutachterverfahren, die sich aber in Bestimmungen z. B. zu Fristen unterscheiden. Zudem ist das Verfahren bei Zahnersatz unterschiedlich ausgestaltet (es gibt ein Obergutachterverfahren im Ersatzkassenbereich und einen Prothetikeinigungsausschuss im Primärkassenbereich). Hier müssen unter Berücksichtigung regionaler Interessen Regelungen getroffen werden, damit die bewährten Gutachterverfahren auch in Zukunft erfolgreich fortgesetzt werden können. Maßgabe ist eine Reduzierung von Verwaltungsaufwand, Bürokratie und Kosten der Verfahren.

Verhandlungen mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die KZBV hat das Abkommen über die Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung mit der Gesetzlichen Unfallversicherung hinsichtlich der Vergütung mit Wirkung zum Jahresende 2011 gekündigt und Vergütungsverhandlungen aufgenommen, die Anfang 2012 erfolgreich abgeschlossen

wurden. Der den bisherigen Verhandlungen zugrunde gelegte Punktwert in Höhe von 1,085 € wird für die Zeit vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 auf 1,107 € angehoben. Alle Leistungen, die ab Januar 2012 erbracht wurden, sind mit dem neuen Punktwert zu vergüten.

Vereinbarung für Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei

Die Vereinbarung zwischen der KZBV, dem Bundesministerium der Verteidigung und des Bundesministerium des Innern zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten sind im zurückliegenden Geschäftsjahr erfolgreich abgeschlossen worden. Der Punktwert für die zahnärztlichen Leistungen mit Ausnahme der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung wurde auf 0,9914 € angehoben. Der Punktwert für die zahnärztlichen Leistungen bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung wurde auf 0,8512 € angehoben. Die Vereinbarung hat eine Laufzeit vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012. Für die Abgeltung des Sprechstundenbedarfs wird im Kalenderjahr 2012 eine Pauschale in Höhe von 1,4022 € je abgerechneten Abrechnungsschein angesetzt. Die Erhöhung der Punktwerte entspricht einer Anhebung von 2,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Bei der mit dem Bundesverteidigungsministerium getroffenen Vereinbarung zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten mit plastischen Füllungsmaterialien wurde eine Änderung vorgenommen. Die Vereinbarung ermöglicht für alle Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr seit Ende April

2010 eine Versorgung mit plastischen Füllungsmaterialien im Seitenzahnbereich. Das Ministerium drängte allerdings unter Hinweis auf die Novellierung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte auf eine Modifizierung der Honorare bzw. Punktzahlen. Um eine Kündigung der gesamten Vereinbarung abzuwenden, wurden sie auf Basis des 3,0fachen GOZ-Satzes neu festgelegt.

Auch mit dem Bundesinnenministerium gab bzw. gibt es eine Vereinbarung zur Versorgung mit plastischen Füllungsmaterialien. Das Ministerium hatte sie 2011 gekündigt, die KZBV die Kündigung aber als nicht rechtmäßig angesehen. Zwischenzeitlich konnte der Konflikt jedoch beigelegt werden. Die Vereinbarung wird zum Ende des dritten Quartals 2012 aufgehoben. Ab dem vierten Quartal können Zahnärzte mit Polizeibeamten des Bundes stattdessen eine Mehrkostenvereinbarung schließen, wenn sie plastische Füllungen legen.

Qualität





> Die Qualität medizinischer Leistungen ist seit einigen Jahren Gegenstand einer intensiven gesellschaftlichen Diskussion, der sich alle Heilberufe stellen müssen. Förderung, Sicherung und Management von Qualität sind heute bestimmende Faktoren im Gesundheitswesen. Die Patientensicherheit hat einen besonderen Stellenwert.

Qualität

36

Für die Zahnärzteschaft sind Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) ureigene Aufgaben des Berufsstandes. Sie muss und will selbst Verantwortung dafür übernehmen, die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland abzusichern und stetig zu verbessern. Im Frühjahr 2012 hat die KZBV eine neue Abteilung Qualitätsförderung eingerichtet, um zum Thema Qualität noch breiter aufgestellt zu sein und die Bearbeitung von Fragen rund um das Management und die Sicherung der Qualität zahnmedizinischer Versorgung weiter zu systematisieren.

Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer unterhält sie außerdem die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ). Sie ist als Stabsstelle im Institut der Deutschen Zahnärzte untergebracht und bearbeitet Fragestellungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zahnärztlicher Tätigkeiten. Sie befasst sich mit Aspekten der Fortbildung,

Qualitätsmanagementsystemen, Qualitätsindikatoren und Fehlerberichtssystemen. Unter anderem hat sie das Pilotprojekt eines zahnärztlichen Fehlermeldesystems vorbereitet, dessen Durchführung bei der Bundeszahnärztekammer liegt. Ein Schwerpunkt der Arbeit der ZZQ ist die Koordination der Erstellung, Evaluierung und Verbreitung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Methoden der Zahnmedizin.

Auch der Gesetzgeber hat die gesellschaftliche Diskussion über Qualität im Gesundheitswesen längst aufgenommen und Änderungen am SGB V durchgeführt, die die Einführung von QM-Systemen sowie Maßnahmen der QS zur Pflicht machen, die einrichtungs- und möglichst auch sektorenübergreifend ausgestaltet werden sollen. Die KZBV arbeitet aktiv an der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben mit, auch und gerade im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Förderung und Management von Qualität

Im Jahr 2007 ist eine Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in Kraft getreten. Sie verlangt, dass alle Zahnarztpraxen bis Ende 2010 ein QM-System eingeführt haben müssen. Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnärztekammern haben unterschiedliche Konzepte zur Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement entwickelt, die es den Praxen ermöglichen, ein spezifisches, auf die individuelle Situation zugeschnittenes QM-System

aufzubauen. Die auf Basis der QM-Richtlinien von den KZVen gesammelten Erkenntnisse sind ab 2011 erstmalig an die KZBV zu melden, die ab diesem Jahr gegenüber dem G-BA jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet. Diese Informationen der KZVen sind die Basis des nunmehr jährlich abzugebenden Berichtes der KZBV im G-BA.

Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber hat Zahnärzte, Ärzte und Krankenhäuser in § 135a SGB V „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen“ verpflichtet. Dabei legt der Gesetzgeber besonderen Wert auf die sektorenübergreifende Betrachtung. Durch die Entwicklung der medizinischen Behandlungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten entstehen zwischen dem ambulant-ärztlichen und dem stationären Sektor immer mehr Schnittstellen im Rahmen der Patientenversorgung, wie z.B. bei ambulanten Operationen. Die KZBV hat im G-BA dargelegt, dass die zahnmedizinische Versorgung eigene Gesetzmäßigkeiten aufweist und in vielen Punkten nicht mit der ambulanten oder stationären ärztlichen Versorgung vergleichbar ist. Sie hat damit erreicht, dass die Zahnmedizin als gesonderter Sektor im Gesundheitswesen anerkannt wird.

Die zahnmedizinische Versorgung hat nur kleinste Schnittmengen mit dem ambulanten ärztlichen bzw. dem stationären Bereich. Behandlungsfelder bzw. Themen, die für Zahnarzt, Arzt und Krankenhaus gleichermaßen von Bedeutung sind, gibt es kaum. Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die 2010 verabschiedet wurde, entfaltet daher in der Praxis bisher keine Wirkung für Vertragszahnärzte. Die Konsequenz ist aber, dass für die Zahnärzteschaft eine eigene, sektorenbezogene Richtlinie zur Qualitätssicherung entwickelt werden kann, die die Besonderheiten der Disziplin angemessen berücksichtigt. Die fatale Neigung, dem zahnärztlichen Behandlungsgeschehen die oft unpassenden Regeln der ärztlichen Versorgung überzustülpen, ist damit durchbrochen.

Die KZBV arbeitet derzeit im G-BA intensiv an einer Richtlinie nach § 136 SGB V. In ihr sollen Regelungen zur Förderung der Qualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung geschaffen werden. Wie vom Gesetzgeber vorgesehen, soll die Richtlinie die Verantwortung und Selbstbestimmung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen betonen und gleichzeitig einheitliche Rahmenbedingungen zur Qualitätsförderung schaffen. Einen hohen Stellenwert nimmt dabei der Datenschutz ein, mit dem die hochsensiblen Patientendaten vor Missbrauch geschützt werden sollen. Die dazu notwendigen Verfahren zur Pseudonymisierung mögen einen entsprechenden Aufwand erfordern. Dieser Aufwand ist aber angesichts der besonderen Schutzwürdigkeit von Patientendaten aus Sicht der KZBV mehr als gerechtfertigt.

Die zweite gesetzliche Aufgabe, die derzeit im G-BA angegangen wird, ist die Entwicklung einer sektorenspezifischen vertragszahnärztlichen Qualitätssicherungsrichtlinie nach § 137 Abs. 1 und 2 SGB V. Ziel der KZBV ist es, auch hierfür eine schlanke und unbürokratische Regelung zur Qualitätssicherung für die Vertragszahnärzte zu erarbeiten. Die bereits existierenden Mittel und Instrumente zur Qualitätssicherung sollen dabei erhalten und gestärkt werden. Die zu treffenden Regelungen sollen nicht zu einer merklichen Belastung der zahnärztlichen Tätigkeit führen. Bei der Durchführung dieser Qualitätssicherungs-Verfahren werden weitere Beteiligte eingebunden werden, wie z. B. das wissenschaftliche Institut nach § 137a SGB V (AQUA-Institut) zur Erarbeitung des Verfahrens.

Leitlinien

Die ZZQ ist als Clearingstelle an der Entwicklung und Verbreitung zahnärztlicher Leitlinien beteiligt. Leitlinien bieten dem Zahnarzt einen Rahmen zur Orientierung und Entscheidung in Therapiefragen. Eine Reihe von Leitlinien wird direkt von der ZZQ in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Auftrag gegeben. Sie organisiert die Konsensusverfahren, veröffentlicht, verbreitet und aktualisiert die Leitlinien. Dies war im Berichtszeitraum bei den Updates der Leitlinien „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ und „Operative Entfernung von Weisheitszähnen“ der Fall.

Das Update der Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“, das 2009 begonnen wurde, konnte nicht abgeschlossen werden, da die Pädiater gemeinsam vereinbarte Aussagen wieder zurücknahmen. Nach langer Verzögerung antworteten die Pädiater im September 2011 auf einen zuvor gemeinsam mit den Zahnärzten diskutierten Entwurf. Der neue Vorschlag der Kinderärzte enthält erneut alte, bereits abgelehnte Aussagen. Eine konsentierete Empfehlung zur Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasta bei Kleinkindern kann nicht erreicht werden.

Bei der Leitlinie „Operative Entfernung von Weisheitszähnen“ wird ein Update von Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel als Autor erarbeitet. Die ZZQ lud alle beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände zu einem Konsensusverfahren nach Nominalem Gruppenprozess unter Moderation der Arbeitsgemeinschaft

der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) am 19. Januar 2012 nach Köln ein. Erstmals nahmen Patientenvertreter die Einladung an und konnten bei den Empfehlungen wichtige Aspekte aus Patientensicht einbringen. Bei den Empfehlungen konnte weitgehende Einigung erzielt werden. Es sind noch einige Ergänzungen erforderlich, so dass sich das Update etwas verzögert.

Die ZZQ ist auch an Leitlinienverfahren beteiligt, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK) koordiniert werden. Bei diesen Leitlinien handelt es sich um eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der früheren „Stellungnahmen“ der DGZMK. Die ZZQ sorgt dafür, dass KZBV und Bundeszahnärztekammer in die Konsensusverfahren einbezogen werden und damit der Versorgungsalltag in den Zahnarztpraxen schon bei der Erarbeitung der Leitlinien und den darin enthaltenen Empfehlungen berücksichtigt wird.

Die Fachgesellschaften sind in der Entwicklung von Leitlinien grundsätzlich autonom. Dennoch sind bei den meisten Leitlinienvorhaben Vertreter von KZBV, Bundeszahnärztekammer und DGZMK einbezogen. Eine „Task Force Qualität“ priorisiert die Bearbeitung der Leitlinienthemen. Eine finanzielle Unterstützung bei der Leitlinienarbeit wird es nur für hoch priorisierte Leitlinienthemen geben.

Gutachterwesen

Anders als in den meisten Industriestaaten gibt es in Deutschland ein Gutachterwesen für die zahnmedizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkasse oder - in Sonderfällen - auch der Zahnarzt können bei Bedarf einen Gutachter einschalten, der beurteilt, ob eine geplante Therapie angemessen bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist, oder ob eine bereits durchgeführte prothetische Behandlung unter Umständen Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient damit der Überprüfung der Behandlungsqualität und deren Förderung.

Um den Stellenwert des Gutachterwesens auszubauen und seine Qualität zu fördern, hat die KZBV im zurückliegenden Geschäftsjahr eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt: Im März 2012 fand unter der wissenschaftlichen Leitung des ehemaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, Günter Dhom, eine Implantologiegutachtertagung statt. Unter Leitung des KFO-Fachberaters der KZBV, Peter Lassak, wurde eine KFO-Referenten- und Obergutach-

tertagung durchgeführt. Solche Tagungen bietet Gutachtern die Möglichkeit zu Fortbildung und kollegialem Meinungsaustausch. Außerdem wurden die Leitfäden für Gutachter im Bereich Implantologie, Kieferorthopädie und Parodontologie überarbeitet. Ergänzend erarbeitet die KZBV zusammen mit Fachberatern derzeit eine Richtlinie für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen, die u.a. Empfehlungen für Auswahl und Weiterbildung der Gutachter sowie den Aufbau von Gutachten geben soll.

Im Bereich Zahnersatz wurden 2011 insgesamt 141.747 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Erhöhung um 1,6 % gegenüber dem Vorjahr. In 125.602 Planungsgutachten wurden 57,2 % der Planungen befürwortet (Vorjahr 57,4 %), 19,5 % wurden nicht befürwortet (Vorjahr 18,1 %). 23,3 % der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 24,5 %). Bei 10,3 Millionen prothetischen Behandlungsfällen wurden lediglich 16.145 Mängelgutachten angefordert. Das entspricht in etwa den Zahlen des Vorjahres.

Parodontologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2010	2011	Veränderung in %	2010	2011	Veränderung in %	2010	2011	Veränderung in %
Behandlungsfälle	580.600	594.100	2,3	373.500	377.400	1,0	954.100	971.500	1,8
Gutachten	14.424	13.243	- 8,2	5.143	4.609	- 10,4	19.567	17.852	- 8,8
Obergutachtenanträge vom Zahnarzt beantragt	18	15	- 16,7	12	10	- 16,7	30	25	- 16,7
von der Krankenkasse beantragt	17	14	- 17,6	12	10	- 16,7	29	24	- 17,2
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	1	1	0,0	0	0	0	1	1	0,0
durchgeführte OG-Verfahren	8	9	12,5	7	3	- 57,1	15	12	- 20,0
Behandlungsplanung abgelehnt	10	6	- 40,0	5	7	40,0	15	13	- 13,3
Behandlungsplanung zugestimmt	8	3		1	2		9	5	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	0	2		4	3		4	5	
	2	1		0	2		2	3	

Dabei wurden in 67,3 Prozent der Fälle tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und kann als Indikator für eine qualitativ insgesamt gute Zahnersatzversorgung der Bevölkerung dienen.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten 2011 um 8,8 % auf 17.852, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 1,8 % auf 971,5 Tsd. gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag bei 1,8 % aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (2,0 %) rückläufig. 45,1 % der PAR-Statens wurden ganz, 34,6 % wurden teilweise und 20,3 % wurden nicht durch die Gutachter befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste in 2011 nur 13 Mal durchgeführt werden. In 5 Fällen wurden dabei geplante Behandlungen abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde 2011 in 60.280 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer Abnahme von 4,2 %. In 51,6 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 29,3 % teilweise und in 19,1 % nicht zugestimmt. Bei 140 (-12,5 %) durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 109 Fällen (77,9 %) der Behandlungsplanung des Zahnarztes/Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm gegenüber 2010 um 8,5 % auf 2.296 Fälle ab. In 54,4 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 10,4 % teilweise und in 35,1 % nicht zugestimmt. 18 Obergutachten wurden durchgeführt. Dabei wurde nur in 5 Fällen die geplante Behandlung abgelehnt.


Kieferorthopädie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2010	2011	Veränderung in %	2010	2011	Veränderung in %	2010	2011	Veränderung in %
Gutachten	39.899	37.511	- 6,0	23.049	22.769	- 1,2	62.948	60.280	- 4,2
Obergutachtenanträge	144	124	- 13,9	72	83	15,3	216	207	- 4,2
Vom Zahnarzt beantragt	133	109	- 18,0	66	78	18,2	199	187	- 6,0
Von der Krankenkasse beantragt	11	15	36,4	6	5	- 16,7	17	20	17,6
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	39	41	5,1	17	26	52,9	56	67	19,6
Durchgeführte OG-Verfahren	105	83	- 21,0	55	57	3,6	160	140	- 12,5
Behandlungsplanung abgelehnt	64	64		39	45		103	109	
Behandlungsplanung zugestimmt	37	15		15	11		52	26	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	4	4		1	1		5	5	

Implantologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2010	2011	Veränderung in %	2010	2011	Veränderung in %	2010	2011	Veränderung in %
Gutachten	1.615	1.482	- 8,2	893	814	- 8,8	2.508	2.296	- 8,5
Obergutachtenanträge	22	23	4,5	30	19	- 36,7	52	42	- 19,2
vom Zahnarzt beantragt	12	11	- 8,3	12	10	- 16,7	24	21	- 12,5
von der Krankenkasse beantragt	10	12	20,0	18	9	- 50,0	28	21	- 25,0
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	13	16	23,1	16	8	- 50,0	29	24	- 17,2
durchgeführte OG-Verfahren	9	7	- 22,2	14	11	- 21,4	23	18	- 21,7
Behandlungsplanung abgelehnt	4	3		8	2		12	5	
Behandlungsplanung zugestimmt	5	2		6	5		11	7	
Behandlungsplanung teilw. zugestimmt	0	2		0	4		0	6	

> [Gutachten und Obergutachten 2010 und 2011](#)

Digitales Gesundheitswesen

42

- 
- › Die elektronische Datenverarbeitung ist längst Teil des zahnärztlichen Praxisalltags. Aber auch die Übermittlung teils sensibler Daten zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen wird immer mehr zum Standard. Die KZBV gestaltet die Telematik im Gesundheitswesen mit. Sie unterstützt Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnarztpraxen dabei, eine sichere Infrastruktur für die Speicherung bzw. Übermittlung von Daten zu unterhalten.



Digitales Gesundheitswesen

EDV für die Praxis

44

Die Arbeit in einer Zahnarztpraxis ist ohne elektronische Datenverarbeitung und -übermittlung nicht mehr vorstellbar. Seit dem 1. Januar 2012 können die Praxen nun alle Leistungsbereiche gegenüber ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung elektronisch abrechnen. Die KZBV hat einen Vertrag mit dem Spitzenverband der Krankenkassen über den erweiterten elektronischen Datenaustausch (DTA) abgeschlossen, der auch die Leistungen für Kieferbruch bzw. Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie, Parodontalerkrankungen und Zahnersatz umfasst. Er ersetzt den seit 1997 bestehenden DTA-Vertrag, der nur für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen galt.

Die Praxisverwaltungssysteme, die in den Zahnarztpraxen zum Einsatz kommen, müssen den Anforderungen des elektronischen Datenaustauschs gerecht werden. Ob dies der Fall ist, stellt die Prüfstelle fest, die zur Abteilung Vertragsinformatik der KZBV gehört. Sie legt die entsprechenden Kriterien fest und führt Eignungsfeststellungsverfahren für alle Praxisverwaltungssysteme durch, wenn neue Programme auf den Markt kommen oder sich die Eignungskriterien durch vertragliche oder gesetzliche Vorgaben ändern, aber auch wenn eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einem Praxissystem einen Mangel feststellt. Derzeit verwaltet die Prüfstelle siebenzig Praxissysteme - darunter solche, die in vielen Praxen eingesetzt werden, aber auch solche, die von Zahnärzten oder Kieferorthopäden ausschließlich für den Einsatz in der eigenen Praxis konzipiert wurden.

› Elektronische Abrechnung

Die Praxisverwaltungssysteme müssen in der Lage sein, die zahnärztlichen Leistungen für die quartalsweise Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung aufzubereiten und in elektronischer Form (über Datenträger oder online) zu übermitteln. Um dies zu gewährleisten, entwickelt die Abteilung Vertragsinformatik Abrechnungsmodule für die Prüfung und Zusammenstellung der Abrechnungsdaten, die in die Praxisverwaltungssysteme integriert werden müssen. Seit 2012 werden dabei auch die Abrechnungsdaten zahntechnischer Labore eingebunden, um eine durchgängig papierlose Abrechnungskette zu gewährleisten. Die KZBV stellt außerdem

Sendemodule für die Übermittlung der Abrechnungsdaten von der Praxis an die KZV sowie Empfangsmodule bereit, die die problemlose Weiterverarbeitung der Abrechnungsdaten in den KZVen sicherstellen. Aufgrund vertraglicher bzw. gesetzlicher Änderungen im Leistungsgeschehen müssen die Module regelmäßig modifiziert werden. Die Softwarehäuser erhalten daher entsprechende Updates zum Einpflegen in ihre Praxissoftware, die KZVen entsprechend angepasste Empfangsmodule.

Mit einer Quote von 99 Prozent hat sich die elektronische Abrechnung im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen fest etabliert. In der Kieferorthopädie wurden Ende 2011 65 Prozent der zahnärztlichen Leistungen gegenüber den KZVen elektronisch abgerechnet. Allerdings gibt es noch immer starke regionale Abweichungen.

Die Unterstützungsleistungen der KZBV betreffen neben der Abrechnung zwischen Praxen und KZVen auch den Weg der elektronisch basierten Abrechnung zwischen KZVen und Krankenkassen. Die KZBV pflegt ein Bundeseinheitliches Kassenverzeichnis, das den Praxen als Informationsquelle für die Kassennummern der Kostenträger und den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Krankenkassen dient. Für die Datenübermittlung von der KZV zur Krankenkasse stellt sie ein Sendemodul zur Verfügung, das für eine korrekte Zusammenstellung der Abrechnungsdaten sorgt.

Als Dachorganisation führt die KZBV zudem die quartalsweise von den KZVen gelieferten Daten für den Risikostrukturausgleich in der GKV zusammen und leitet sie den Krankenkassen zu. Zudem übernimmt sie im Namen aller KZVen die Rechnungsstellung an die Krankenkassen zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Nicht zuletzt unterhält die KZBV ein Bundeszahnarztregister, in dem laut Zulassungsverordnung alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte erfasst sein müssen. Die Abteilung Vertragsinformatik prüft die von den KZVen gelieferten Daten, stellt sie den vertraglichen Vorgaben entsprechend zusammen und übermittelt sie monatlich an die Krankenkassen.

Zahnärzte-Online Deutschland (ZOD)

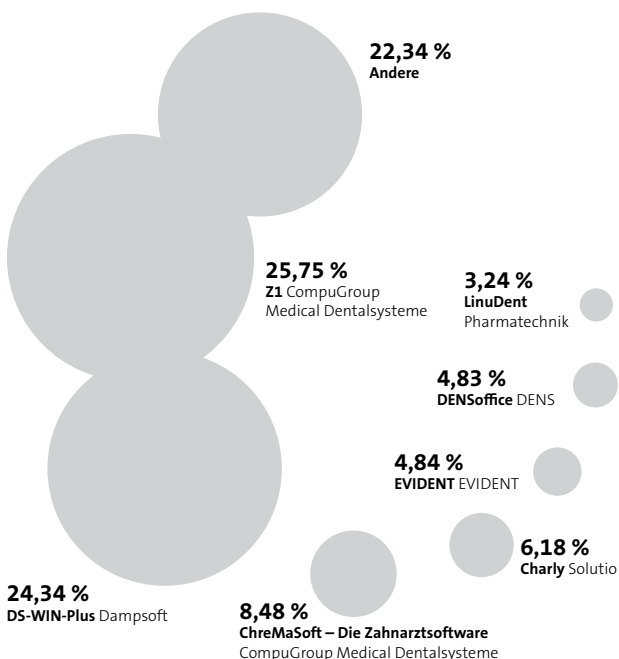
Die KZBV betreibt seit einigen Jahren die ZOD-Infrastruktur, bei der ZOD-Karten als Vorläuferkarten des elektronischen Zahnartausweises durch zugelassenen Anbieter ausgegeben werden. Sie bietet den Zahnärzten durch zeitgemäße Sicherheitstechnik Datensicherheit und Datenschutz bei der Übertragung elektronischer Daten. Dazu werden so genannte „ZOD-Karten“ eingesetzt, mit denen sich ein Zahnarzt zuverlässig in der elektronischen Welt ausweisen kann. Wer eine Karte beantragt, braucht eine Bestätigung der zuständigen KZV, dass er Vertragszahnarzt ist. ZOD-Karten ermöglichen dem Zahnarzt die sichere Anmeldung an den Online-Portalen der KZVen. Dort kann er in einem geschützten Bereich Abrechnungsdaten an die KZV übermitteln bzw. einsehen sowie weitere Angebote wahrnehmen.

Das Ausgabeverfahren der ZOD-Karten folgt dabei dem für qualifizierte Signaturkarten vorgegebenen hohen Sicherheitsstandard und gewährleistet eine zuverlässige Identifikation des Karteninhabers. Die mit den ZOD-Karten mögliche Verschlüsselung und elektronische Signatur von Dateien und E-Mails verhindern, dass Daten von unberechtigten Dritten

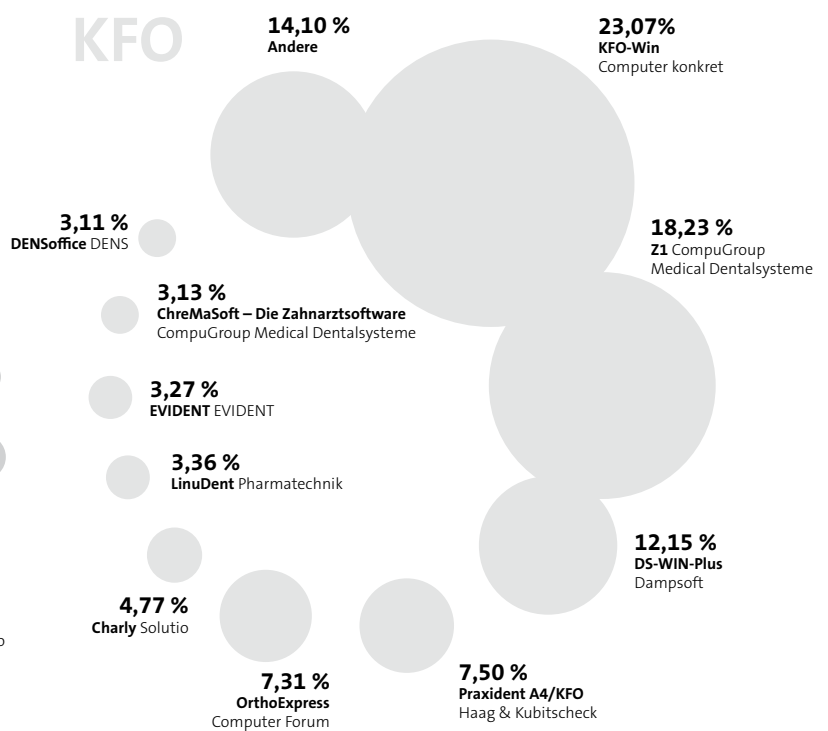
eingesehen oder verändert werden können. Die dabei eingesetzten technischen Verfahren entsprechen den vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und den Bundes- und Landesdatenschützern geforderten Standards. Die noch im Feld befindlichen ZOD-Karten älterer Generationen werden sukzessive gegen die aktuelle Kartengeneration ausgetauscht. Damit sind ab Dezember 2012 ausschließlich qualifizierte Signaturkarten als ZOD-Karten im Feld. Die Antrags- und Ausgabeprozesse konnten im ersten Halbjahr 2012 in Zusammenarbeit mit den KZVen weiter vereinfacht werden. Durch die Vorgaben des Signaturgesetzes sind hierbei jedoch Grenzen gesetzt.

Die Zahl der Nutzer von ZOD verläuft weiterhin dynamisch. Waren es im Juni 2011 noch ca. 7.000, waren es ein Jahr später bereits 13.300. ZOD ist damit eines der größten Kartenprojekte im Gesundheitswesen. Die Verbreitung der Karten konzentriert sich bisher auf vier KZV-Bereiche, während die übrigen KZVen alternative Werkzeuge, wie Username/Passwort, für den Portalzugang verwenden.

KCH



KFO



Der Datenschutzkontrollausschuss der KZBV hat empfohlen, dass Zahnärzte für die persönliche Authentisierung an den Abrechnungsportalen ihrer KZV mittelfristig nur noch qualifizierte Signaturkarten (also die ZOD-Karte oder den elektronischen Zahnarzttausweis) einsetzen sollten. Soweit eine KZV ihren Zahnarztpraxen die Abrechnungsdatenerfassung direkt im Portal ermöglicht, sollen zur Authentisierung für die Erfassung ebenfalls Signaturkarten eingesetzt werden. Die (in der Regel durch Praxispersonal) erfassten Daten sollen vom Zahnarzt durch qualifizierte elektronische Signatur legitimiert werden. Mit ZOD stellt die KZBV ein Werkzeug zur Verfügung, das die Umsetzung dieser Empfehlung bereits heute möglich macht.

Die ZOD-Karte ist mit dem elektronischen Zahnarzttausweis kompatibel, der in absehbarer Zukunft eingeführt wird. Das wurde und wird durch eine enge Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer sichergestellt, die für den Zahnarzttausweis verantwortlich zeichnet. Sichertgestellt werden soll damit auch, dass die ZOD-Karte im Zusammenspiel mit neuen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte funktionieren wird. Der Nachweis wird in den entsprechenden Testverfahren zu führen sein.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

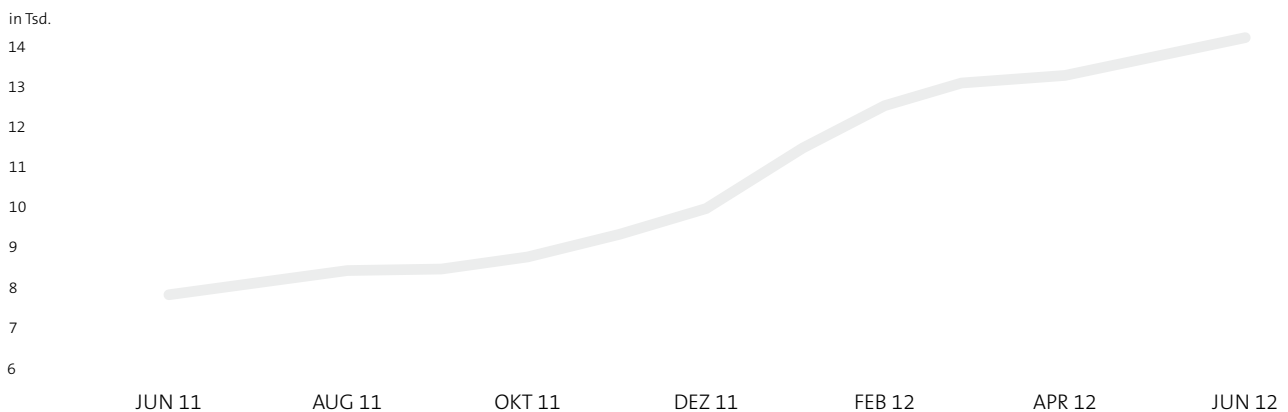
> Basis-Rollout

Voraussetzung für die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) an gesetzlich Krankenversicherte war die Ausstattung der Praxen mit eGK-fähigen Lesegeräten. Im vertragszahnärztlichen Bereich wurde die Ausstattung im April 2011 begonnen und war wie anvisiert Ende September 2011 komplett abgeschlossen. Sämtliche Zahnarztpraxen waren so auf die Ausgabe der ersten eGK vorbereitet, die seit Oktober 2011 neben der Krankenversichertenkarte als gültiger Versicherungsnachweis zu akzeptieren ist. Um die Einführung der Karte zu beschleunigen hat der Gesetzgeber die Krankenkassen zur Erfüllung bestimmter Quoten verpflichtet. Bis Ende 2011 waren an mindestens zehn Prozent der Versicherten elektronische Gesundheitskarten auszugeben. Mit dem Ver-

sorgungsstrukturgesetz wurden die Krankenkassen verpflichtet, die Quote bis Ende 2012 auf mindestens 70 Prozent zu erhöhen.

> Erste Stufe Online-Rollout

Vor dem Hintergrund der gesetzlich forcierten Ausgabe der eGK forderten die Krankenkassen, auch die Online-Funktionen der eGK schneller einzuführen. Mitte 2011 legte der GKV-Spitzenverband der Gesellschafterversammlung der gematik unter dem Namen „Alternative 2012“ ein Konzept vor, das die beschleunigte Online-Anbindung der Praxen und das Vorziehen der Online-Prüfung und –aktualisierung der Versichertenstammdaten vorsah. Dahinter stand die Hoffnung, auf Kassenseite Kosten und Verwaltungsaufwand einsparen



> Zunahme der Anzahl ZOD-Karten-Inhaber von Juni 2011 bis Juni 2012

zu können. Durch den Online-Abgleich soll der Austausch von Versichertenkarten überflüssig werden, deren Stammdaten z. B. nach einem Umzug des Versicherten nicht mehr aktuell sind.

Für die Leistungserbringerseite war mit diesem Vorschlag eher zusätzlicher Aufwand als Nutzen verbunden. Sie forderte daher in der Gesellschafterversammlung der gematik, mit der so genannten „Ersten Stufe Online-Rollout“ auch einen Mehrwert für Arzt- und Zahnarztpraxen zu schaffen. Das wurde mit dem Beschluss der Gesellschafterversammlung erreicht, zeitgleich oder wenigstens zeitnah zur Online-Prüfung der eGK auch die „qualifizierte elektronische Signatur“ (QES) zu realisieren. Sie ist die Voraussetzung für die Einführung weiterer, sinnvoller Kartenanwendungen, die für die Praxen und Versicherte einen Mehrwert bieten – wie das Notfalldaten-Management und die sichere Kommunikation der Leistungserbringer untereinander, die in einer „zweiten Stufe Online-Rollout“ folgen sollen.

Seit Anfang 2012 arbeitet die gematik an der Umsetzung der ersten Stufe Online-Rollout. Dazu wurde als zentrales Gremium der Gesellschafter ein Lenkungsausschuss installiert. Die Online-Prüfung der eGK und die QES sollen über Testverfahren in Arzt- und Zahnarztpraxen und Krankenhäusern in zwei Testregionen erprobt werden. Die Tests und der Aufbau der nötigen Infrastruktur werden europaweit ausgeschrieben.

Die KZBV hat sich auf Fachebene intensiv an der Arbeit des Lenkungsausschusses beteiligt und eine Reihe von Punkten in den Projektaufträgen verankert, die für die Zahnärzteschaft von Bedeutung sind, wie die Berücksichtigung der ZOD-Karte und die Schaffung abgesicherter Internetzugänge für die Praxen. Auch die Möglichkeit, die Online-Prüfung der eGK getrennt vom Praxisverwaltungssystem durchzuführen, die auf Betreiben der Leistungserbringerorganisationen gesetzlich verankert worden war, ist technisch umzusetzen. Auf Vorstandsebene wird die Arbeit der gematik intensiv begleitet.

Dr. Günther Buchholz wurde Anfang 2012 einstimmig von der Gesellschafterversammlung zum stellvertretenden Vorsitzenden der gematik gewählt und vertritt damit auch die Leistungserbringerseite im Verwaltungsausschuss der gematik.

> Operative Aufgaben der KZBV

Laut Beschluss der Gesellschafterversammlung der gematik sollen an den Testverfahren auch Zahnarztpraxen teilnehmen. Die KZBV hat daher im ersten Halbjahr 2012 begonnen, gemeinsam mit den KZVen die notwendigen operativen Voraussetzungen zu schaffen.

Zunächst müssen alle Zahnarztpraxen in der Lage sein, das neue Versichertenstammdatenformat online aktualisierter eGK zu verarbeiten. Das gilt auch für die nicht an den Tests beteiligten Praxen, denn auch bei ihnen können Patienten mit einer entsprechend modifizierten Karte aus dem Testverfahren vorstellig werden. Hierzu müssen z. B. Abrechnungsmodule überarbeitet und auch Abrechnungssysteme der KZVen angepasst werden. Zur Online-Prüfung der eGK muss sich die Zahnarztpraxis mit einem so genannten „elektronischen Praxisausweis“ gegenüber der Telematikinfrastruktur authentisieren. Der elektronische Praxisausweis ist über die KZVen an jede zugelassene Zahnarztpraxis auszugeben. Die an dem Testverfahren teilnehmenden KZVen müssen die notwendigen Arbeiten dazu bis zum Start der Ausstattung der Testpraxen erledigt haben, alle übrigen KZVen zum Start des Wirkbetriebes. Die KZBV arbeitet unter Hochdruck an der Erstellung entsprechender Konzepte. Dabei gibt es wie auch zu den anderen Themen der Telematik eine enge Abstimmung mit den KZVen: Alle zwei Monate findet der jour fixe „Telematik“ der KZVen statt. Daneben tagt anlassbezogen die Fach-AG „Telematik“. Auf Vorstandsebene werden die Konzepte in der Arbeitsgruppe „IT in der Zahnarztpraxis“ beraten. Welche KZVen schlussendlich an den Testverfahren teilnehmen werden, stand Mitte 2012 noch nicht fest.

Forschung

48

- › Valide Daten und belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse sind die entscheidende Basis für die Formulierung von berufspolitischen Forderungen und die Entwicklung von Versorgungskonzepten. Die KZBV fördert und finanziert daher regelmäßig Forschungsvorhaben im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer ist sie Träger des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), das seit drei Jahrzehnten eine gewichtige Stimme der Zahnärzteschaft in der deutschen Forschungslandschaft ist.





Forschung

50

Als organisatorisch verselbstständigte Einrichtung hat das IDZ die Aufgabe, wissenschaftliche Politikberatung und analytische Grundlagenarbeiten zu betreiben. Ein gemeinsamer Vorstandsausschuss leitet die Aktivitäten des Institutes und legt die langfristige Aufgabenplanung in halbjährlichen Sitzungen fest. Der Vorsitz lag 2011 beim Vorsitzenden des Vorstandes der KZBV und liegt im laufenden Jahr beim Präsidenten der Bundeszahnärztekammer. Die Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen der Oralepidemiologie, der Gesundheitsökonomie, der Systemforschung, der zahnärztlichen Berufsausübung und der Verhaltensmedizin. Die Arbeiten

des IDZ werden über eine eigene IDZ-Materialienreihe und einen IDZ-Informationdienst veröffentlicht, der zahnärztliche Organisationen und die interessierte Fachöffentlichkeit bedient. Durch wissenschaftliche Publikationen, Vorträge sowie Präsentationen auf nationaler und verstärkt auch auf internationaler Ebene verschafft sich das IDZ in der Landschaft der Versorgungsforschung Gehör. Nationale und internationale Vermarktung sind für Reichweite und Resonanz in der Öffentlichkeit von zentraler Bedeutung. Außerdem dienen Spezial- und Nachauswertungen zu Untersuchungen als Rüst- und Handwerkszeug für die Öffentlichkeitsarbeit.

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

➤ Planung einer Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V)

Seit 1989 hat das IDZ vier große deutschlandweite Mundgesundheitsstudien (DMS) durchgeführt. Sie sind das wissenschaftliche Rückgrat des Instituts und haben viel zur Anerkennung beigetragen, die es heute in Wissenschaft und Gesundheitspolitik genießt. Für die Berufspolitik der Zahnärzteschaft stellen die DMS-Studien einen wichtigen Datenpool dar, über den sowohl Erfolge als auch neue Herausforderungen in der zahnärztlichen Versorgung empirisch belegt werden können.

Nach der DMS IV aus dem Jahr 2005 ist nun eine erneute Aktualisierung des Datenbestands gemäß internationaler epidemiologischer Standards angezeigt. Eine Studie von solchen inhaltlichen, organisatorischen und finanziellen Dimensionen setzt eine längere Vorlauf- und Planungszeit voraus. Daher hat der IDZ-Vorstandsausschuss die Trägerorganisationen des Instituts gebeten, die Finanzierungsmöglichkeiten für eine DMS V zu sondieren. Zugleich sprach er sich für ein Studienmodell aus, bei dem erstmals auch die Mundgesundheitsituation alter und pflegebedürftiger Menschen gezielt erhoben werden soll. Naturgemäß wird sich das Erhebungskonzept an den Vorgängerstudien orientieren, um Zeitvergleiche methodisch sauber zu ermöglichen. Gleichzeitig werden auch neue Trends, z. B. zur Messung der Salutogenese (Entstehung von Gesundheit), aufgegriffen werden. Auch Mundschleimhauterkrankungen werden in das zahnmedizinisch-klinische Befundungsprogramm aufgenommen werden.

Im Frühjahr 2012 haben sich KZBV und Bundeszahnärztekammer für die Durchführung der Großstudie entschieden. Nach Verabschiedung der Haushaltspläne im Herbst 2012 soll die europaweite Ausschreibung für die Feldarbeit und das zentrale Datenmanagement erfolgen.

➤ Befragung zur Einschätzung von zahnärztlicher Versorgung / Image der Zahnärzteschaft

Die Akzeptanz des Gesundheitssystems beeinflusst sowohl das Nachfrageverhalten nach Gesundheitsdienstleistungen als auch den medizinischen Versorgungsgrad der Bevölkerung. Gerade in der ambulanten Versorgung entscheidet typischerweise die Wahrnehmung bzw. Bewertung von Patienten darüber, ob, wie und wann tatsächlich medizinische Hilfe gesucht wird.

Seit 1972 sind drei Studien zum Image des Zahnarztes in der Bevölkerung durchgeführt worden. Diese Projektserie wurde 2011 neu aufgelegt, um einen aktuellen soziologischen Einblick zur Bewertung des Berufsstands allgemein (Fernbild) und die Bewertung des eigenen Zahnarztes (Nahbild) zu erhalten. Mit einem methodisch weiterentwickelten und inhaltlich ergänzten Fragenkatalog, der einen Zeitvergleich zu früheren Erhebungen bietet, wurde die repräsentative Befragung 2011 in Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie (IfD) Allensbach ins Feld gebracht. Erstmals wurden dabei auch Daten zur zahnmedizinischen Patientenzufriedenheit generiert und entsprechenden Erhebungen aus dem allgemeinmedizinischen Versorgungsfeld gegenübergestellt. Die Daten und Analysen basieren auf rund 1.800 persönlichen Interviews im Rahmen einer für Deutschland repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Die zentralen Ergebnisse des Forschungsprojekts wurden als IDZ-Information 1/2012 veröffentlicht. Sie zeigen, dass die Zahnärzteschaft in der Bevölkerung sowohl im Fernbild als auch im Nahbild insgesamt über ein sehr positives Ansehen verfügt und auch die soziale Zahnarztbindung in allen Altersgruppen sehr hohe Werte erzielt. Andererseits lässt das Datenmaterial aber erkennen, dass „Zahnarztangst“, also die emotionale Anspannung im Kontext zahnmedizinischer Behandlungsmaßnahmen, in der Bevölkerung weiterhin recht weit verbreitet ist.

> Alters- und Behindertenzahnmedizin

Das IDZ beschäftigt sich bereits seit 2009 mit der immer wichtiger werdenden Thematik der Alters- und Behindertenzahnmedizin. Die IDZ-Information Nr. 4/2009 stellte beispielsweise ein Projekt zur zahnmedizinischen Betreuung von Pflegebedürftigen in München im stationären Setting vor, das klar aufzeigt, wie die Versorgung der Betroffenen verbessert werden kann.

Vor dem gesundheitspolitischen Hintergrund wie zur standespolitischen Flankierung des AuB-Konzeptes wurde das IDZ beauftragt, seine wissenschaftlichen Beratungsressourcen einzusetzen, um für die Gruppe der Pflegedürftigen und Menschen mit Behinderungen die orale Morbidität und den oralen Versorgungsbedarf objektiv und statistisch belastbar dokumentieren zu können.

Zur Bewertung des epidemiologischen Wissensstandes hat das IDZ mit führenden Experten der Alters- und Behindertenzahnmedizin Kontakt aufgenommen und dabei zeigte sich, dass die Daten sehr heterogen und nur zum Teil publiziert sind. Das IDZ hat deshalb eine Metaanalyse in Auftrag gegeben, die die Datenbestände zur Alters- und Behindertenzahnmedizin zusammentragen und einer methodenkritischen Analyse unterziehen soll. Durchgeführt wird sie von Prof. Dr. Ina Nitschke (Zahnkliniken Leipzig und Zürich) und Prof. Dr. Andreas Schulte (Zahnklinik Heidelberg). Die Ergebnisse sollen noch 2012 im IDZ-Informationdienst veröffentlicht werden und die interessierte Fachöffentlichkeit mit einer synoptischen Datengrundlage versorgen.

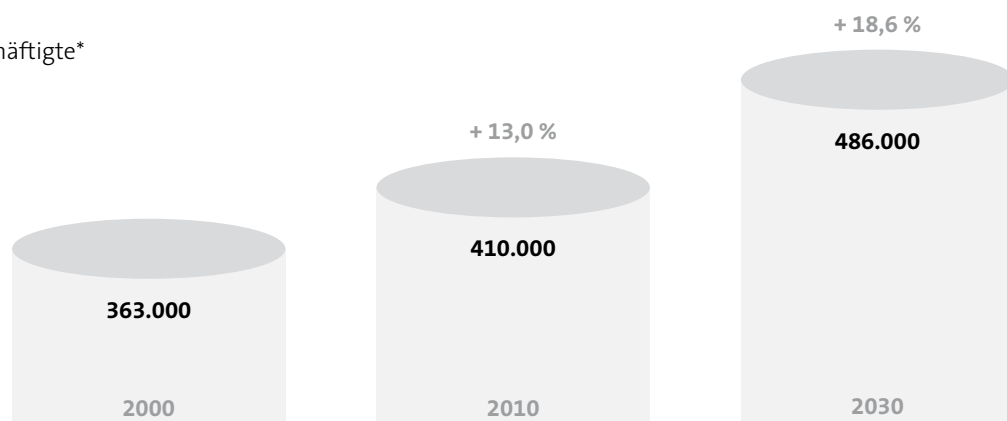
Ökonomische Forschung

> Jobmotor Dentalsektor

Das Gesundheitswesen ist ein außerordentlich großer Zweig der deutschen Wirtschaft. Allen volkswirtschaftlichen Prognosen zufolge wird er weiter wachsen. Die wichtigsten Treiber dieses Wachstums sind die demografische Entwicklung, das stetig zunehmende Gesundheitsbewusstsein und die Einkommensentwicklung der Bevölkerung. Doch trotz der positiven Entwicklung dieses Wirtschafts- und Beschäftigungszweiges werden in der Öffentlichkeit vor allem steigende Gesundheitsausgaben problematisiert. Vor diesem Hintergrund hat das IDZ in Kooperation mit dem Darmstädter WifOR-Institut eine umfangreiche Trendanalyse zu den Wachstums- und Beschäftigungschancen des Dentalsektors bis 2030 durchgeführt.

Dazu wurden alle verfügbaren Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit den epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Datenbeständen des IDZ, der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung analytisch zusammengeführt. Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, die unterschiedlichen Perspektiven und Entwicklungsdynamiken des stark regulierten „Ersten Gesundheitsmarktes“ und des privat finanzierten „Zweiten Gesundheitsmarktes“ herauszuarbeiten. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sind im Februar 2012 als IDZ-Materialienband 33 im Rahmen einer Pressekonferenz in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt worden.

Anzahl Beschäftigte*



> Beschäftigte im Dentalsektor

* in Zahnarztpraxen, zahntechnischen Laboren und im Handel mit Dentalprodukten

Quelle: IDZ/WifOR

> Untersuchung zum Verkaufswert von Zahnarztpraxen

Der Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen ist im Umbruch. Seit 2007 ist die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte rückläufig. Für die Veräußerung von Zahnarztpraxen bedeutet dies, dass aus dem bisherigen Nachfrageüberhang mittlerweile ein Angebotsüberhang geworden ist. Der Verkauf ist unter diesen Rahmenbedingungen erschwert. Die veränderten Marktbedingungen wirken sich insbesondere auf den ideellen Wert der Zahnarztpraxen (Goodwill) aus.

Das IDZ führt gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein empirisches Projekt zur Bestimmung des Wertes von zum Verkauf stehenden Praxen durch. Im

Mittelpunkt der Analyse stehen die Bestimmungsgründe für die Berechnung des Goodwill. Hier herrscht erheblicher Forschungsbedarf, da bei den diversen am Markt befindlichen Bewertungsverfahren bisher primär betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen werden und Aspekte des sogenannten sozialen Kapitals (also Patientenstamm, Zahnarztbindung und Imagezuschreibungen) nur diffus in die Kaufpreisverhandlungen einfließen. Ziel des Projekts ist es, Strukturinformationen zum Stellenwert des Sozialkapitals in der Zahnarztpraxis zu generieren und diese Strukturinformationen mit dem realisierten Verkaufspreis der Praxis zu verknüpfen. Die Stichprobenbildung erfolgt über eine Aufrufkampagne in den Zm, um entsprechende Praxisabgeber zu finden. Die Feldphase ist für den Herbst 2012 geplant.

Versorgungsforschung

Eine Reihe von Forschungsprojekten des IDZ ist im weiteren Sinne der Versorgungsforschung zuzuordnen. Das IDZ ist Mitglied im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF), das sich zum Ziel gesetzt hat, medizinische Wissenschaft und Versorgungsforschung zusammenzuführen sowie die Versorgungsforschung in Deutschland insgesamt zu fördern. Dabei geht es im Kern um die Frage, wie sich (Zahn-)

Medizin im Versorgungsalltag umsetzt, was aus Ressourcen wird, wenn sie den Versorgungsprozess im Alltagsrahmen durchlaufen und zu konkreten Behandlungsergebnissen werden. Das DNVF führt jährlich einen Kongress zur Versorgungsforschung durch. Die letzte Veranstaltung fand vom 20. bis 22. Oktober 2011 in Köln statt und stand unter dem Schwerpunkt „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“.

Forschungskooperationen mit der Zahnklinik Greifswald und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH): Um beispielhaft für die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen die Veränderungen der Mundgesundheit in Deutschland in den letzten 15 bis 20 Jahren nachzuzeichnen, arbeitet das IDZ epidemiologisch mit der Zahnklinik Greifswald zusammen. Hierzu werden die Daten der vier deutschen Mundgesundheitsstudien aus den Jahren 1989, 1992, 1997 und 2005 mit fachlicher Unterstützung eines Biomathematikers aufgearbeitet. Die weiterführenden Analysen werden gekoppelt mit einem Vergleich der SHIP-0- und SHIP-1-Querschnittsstudien aus dem Regionalraum Mecklenburg-Vorpommern.

Im Geschäftsjahr wurden zwei weiterführende Analysen erstellt: eine zur zeitlichen Entwicklung bei Zahnverlust, die zweite zu Veränderungen der Parodontitislast in Deutschland. Beide Arbeiten wurden in renommierten internationalen Zeitschriften zur Veröffentlichung eingereicht.

In wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Siegfried Geyer von der Medizinischen Hochschule Hannover erfolgt eine Sekundäranalyse aus den deutschen Mundgesundheitsstudien zum Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit von Motivationsmustern der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Die sozialepidemiologischen Ergebnisse dieser Auswertung sind höchst relevant für die gesamte Versorgungsforschung und in der Zeitschrift „Community Dentistry and Oral Epidemiology“ als Fachartikel erschienen.

Prävention: Das IDZ unterstützt und berät KZBV und BZÄK zur Prophylaxethematik.

HTA: Das IDZ ist für die Trägerorganisationen aktiv im Kuratorium Health Technology Assessment (HTA) und hatte im Berichtszeitraum den stellvertretenden Vorsitz im Vorstand des HTA-Kuratoriums.

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

GOZ-Liquidationsverhalten: Das IDZ hat eine Beratungs- und Unterstützungsfunktion für den „Zahnärztlichen Arbeitskreis GOZ-Analyse“ im Hinblick auf Stichprobenmodelle, Ausschöpfung und Panelpflege.

> Sonstige Forschungsvorhaben und laufende Aktivitäten am IDZ

Bergmann-Krauss, B.: Pilotprojekt „Jeder Zahn Zählt“. Vortrag beim Vorstand der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein am 31. August 2011

Bergmann-Krauss, B.: „Zahnärztliche Qualitätssicherung im Spannungsfeld von Evidenz, Leitlinien und Richtlinien“. Vortrag bei AS Akademie am 04. November 2011

Bergmann-Krauss, B.: „Aktuelle Entwicklungen im Bereich Qualitätssicherung“. Vortrag bei Bundesgeschäftsführertagung am 24. Januar 2012

Geyer, S., Micheelis, W.: „Veränderungen in der präventions- und beschwerdeorientierten Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen. Ein Vergleich der Mundgesundheitsveys 1989, 1997 und 2005“. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS) zusammen mit der DGSMP und dem MDK Bremen vom 21.-23. September 2011 in Bremen

Geyer, S., Micheelis, W.: Changes in problem-based and routine-based healthcare attendance. a comparison of three national dental health surveys. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012, DOI: 10.1111/j.1600-0528.2012.00690.x, Article first published online: 30 Apr 2012 [Epub ahead of print]

Klingenberg, D., Ostwald, D. A., Daume, P., Petri, M., Micheelis, W.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030. IDZ-Materialienreihe Band 33, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2012

Klingenberg, D., Schwarte, A.: „Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2010“ IDZ-Informationen Nr. 4/11

Klingenberg, D., Ostwald, D. A., Daume, P., Petri, M., Micheelis, W.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030. (Information zum Band 33 der IDZ-Materialienreihe, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2012), IDZ-Informationen Nr. 2/12

Klingenberg, D.: „Versorgungsforschung des IDZ: Brücke zwischen Professionspolitik und Forschung“. Vortrag bei der Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsbeauftragten vom 09.-10. September 2011 in Magdeburg

Klingenberg, D.: „Versorgungsforschung“. Vortrag auf der 5. Beiratssitzung der KZBV am 28. Oktober 2011 in Berlin

Klingenberg, D.: „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030“. Vortrag bei der Klausurtagung der Rheinland-Pfälzischen Zahnärztekammern am 28. April 2012 in Braubach

Klingenberg, D.: Stellungnahme zum Faktencheck Gesundheit des IGES-Instituts. In: Marius Gießmann: Bertelsmann-Stiftung veröffentlicht Studie. Flickenteppich Gesundheit. *Zahnärztliche Mitteilungen* 101, Nr. 21, 01.11.2011, S. 30-32

Klingenberg, D.: ZBW-Gespräch zur „Wirtschaftspolitischen Bedeutung der Mundgesundheitswirtschaft sowie einer Prognose für die nächsten 20 Jahre.“ *ZBW – Zahnärzteblatt Baden-Württemberg*, 4/2012, S. 13-14

Micheelis, W., Süßlin, W.: „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011“ IDZ-Informationen Nr. 1/12

Micheelis, W., Fink, D.: IDZ-Forschungsnotiz. Andere Kohorte, andere Probleme. *Zahnärztliche Mitteilungen* 101, Nr. 18, 16.9.2011, S. 76-77

Micheelis, W.: „Planungsgrundlagen und Forschungsziele der DMS V“. Vortrag auf der Jahrestagung des Arbeitskreises Epidemiologie und Public Health der DGZMK. Tagung in Rauischholzhausen vom 21.-22.Mai 2012

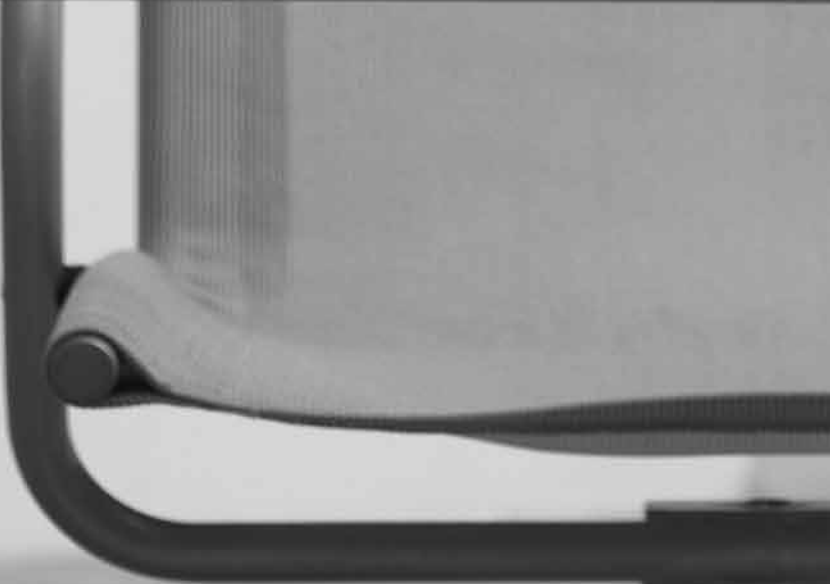
Micheelis, W.: Zur Mundgesundheit in Deutschland – ein oralepidemiologischer Umriss. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Schwerpunkt-Heft „Aktuelle Entwicklungen in der Zahnmedizin“. *Bundesgesundheitsbl* 2011, 54:1022–1026, DOI: 10.1007/s00103-011-1338-6, Band 54, Heft 9/10, Sept./Okt. 2011, S. 1022-1026


Micheelis, W.: Interview „Zahnärztlicher Versorgungsalltag im Fokus“. *Zahnärzteblatt Baden-Württemberg* 11/2011, S. 19-21

Micheelis, W., Kerschbaum, Th.: Analyse zu Lebensqualität und Zahnersatzversorgung. Gute Hilfe für die Therapieplanung. *Zahnärztliche Mitteilungen* 102, Nr. 10, 16.5.2012, S. 92-94

Wurpts, B.: „Soziale Netzwerke und soziales Kapital bei der Zahnarztsuche“ IDZ-Informationen Nr. 3/11

Interne Organisation





› Als Dienstleistungsorganisation braucht die KZBV kompetentes und motiviertes Personal. Mitarbeiter mit vertieften Kenntnissen in speziellen Fachbereichen des Gesundheitswesens sind ihr größtes Kapital. Eine vorausschauende Personalplanung und ein gutes Personalmanagement sind deshalb der Schlüssel zur erfolgreichen Arbeit der Organisation. Zwischen Mitte 2011 und Mitte 2012 hat die KZBV insgesamt 17 Mitarbeiter eingestellt. Das Team besteht nun aus insgesamt 102 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

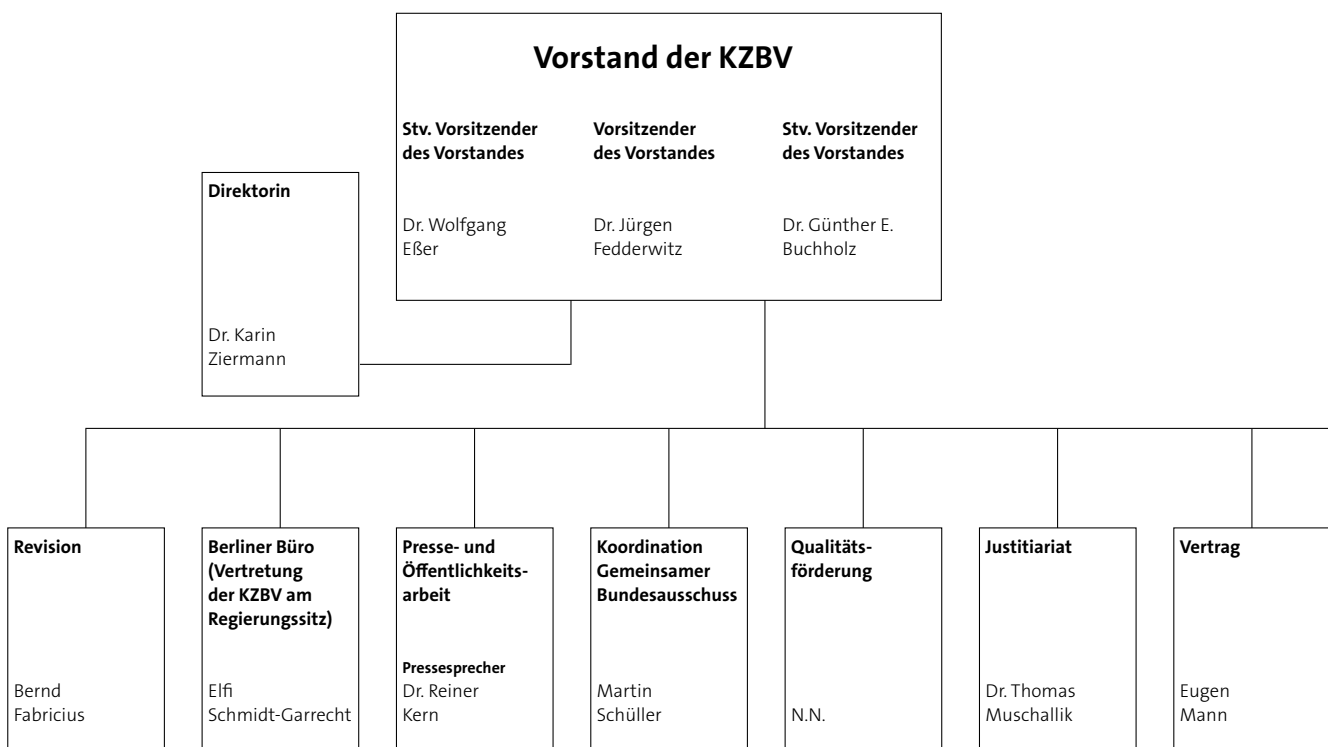
Interne Organisation

Personalplanung und Standortkonsolidierung

Die KZBV muss sich einer zunehmenden Fülle unterschiedlicher Aufgaben stellen und dafür Vorsorge treffen. Verstärktes Augenmerk wird deshalb auf die externe Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter gelegt. Für diese Investition in das Humankapital der KZBV werden sukzessive mehr Mittel bereitgestellt. Im Jahr 2011 sind bzw. waren es insgesamt 55.671 €.

Schon 2009 hatte die KZBV am Standort Berlin neue Räumlichkeiten bezogen, damit die Redaktion der zm vom Rhein

an die Spree wechseln und ihre journalistische Arbeit in unmittelbarer Nähe des gesundheitspolitischen Geschehens in der Hauptstadt ausüben kann. Im Juni 2011 traf die Vertreterversammlung eine weitere Richtungsentscheidung zur Standortpolitik des Verbandes: Von der Verlagerung des kompletten Geschäftsbetriebes nach Berlin, die in den Vorjahren zur Debatte gestanden hatte, wurde Abstand genommen. Zugleich sollte aber die Berliner Präsenz der KZBV in den Bereichen weiter ausgebaut werden, bei denen



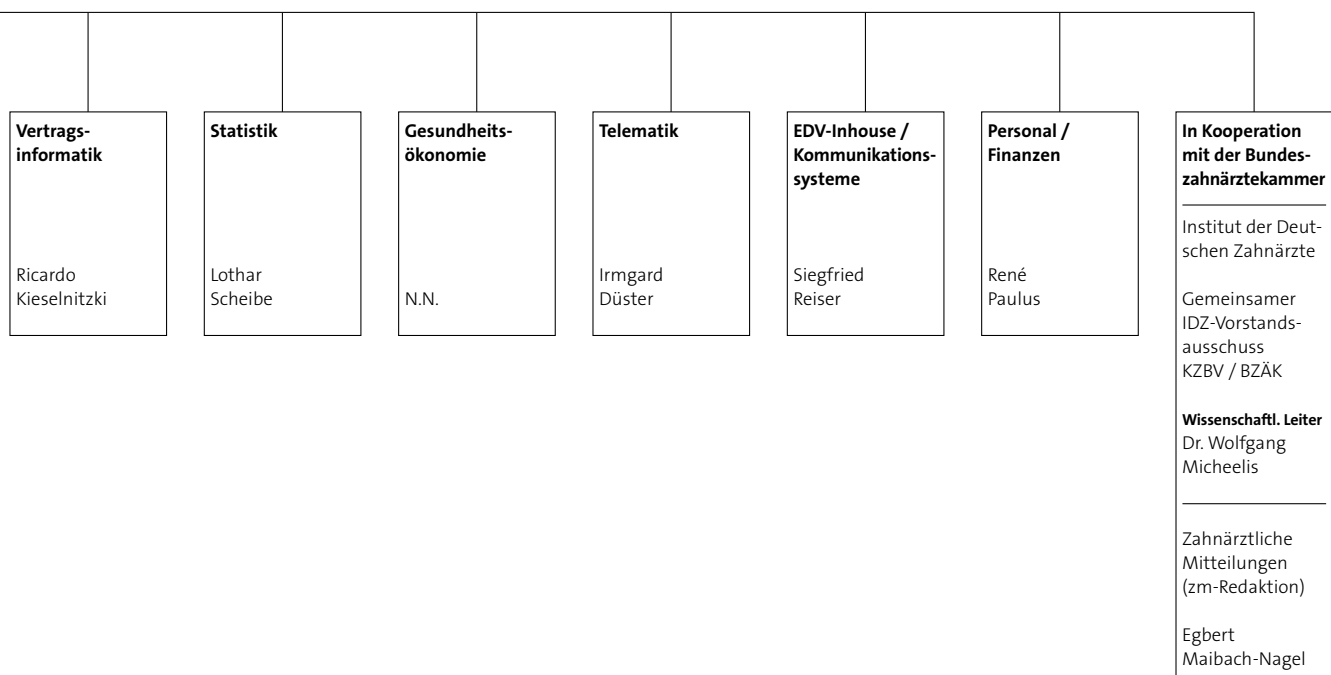
die unmittelbare Nähe zu den Institutionen von Politik und Selbstverwaltung besonders wichtig ist. Zum 1. Januar 2012 wurden deshalb die Abteilung Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss und die zuvor standortübergreifend geführte Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ganz in den Räumlichkeiten in der Berliner Behrenstraße untergebracht. Der zusätzliche Raumbedarf konnte durch die Anmietung weiterer Büros gedeckt werden.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

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

E-Mail: post@kzbv.de · www.kzbv.de



Haushalt

Die KZBV finanziert sich aus Beiträgen ihrer Mitgliedsorganisationen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der jeweiligen KZV. Im Jahr 2011 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 16,40 € zuzüglich 0,60 € Rücklage für Sozialkosten, die im Zusammenhang mit dem Umzug nach Berlin stehen. Ab dem 1. Januar 2012 betrug der Monatsbeitrag pro beitragspflichtiges Mitglied der KZVen 17,00 €.

> Haushaltsabschluss 2011

Für das Wirtschaftsjahr 2011 war im Haushalt ursprünglich eine Vermögensabnahme von 1.073.778 Euro vorgesehen. Tatsächlich wurden aber zum 31.12.2011 Mehreinnahmen von 277.683 Euro erzielt und saldierte Minderausgaben von 404.146 Euro ausgewiesen. Somit betrug die Vermögensabnahme zum Jahresende 391.949 Euro. Das in der Bilanz Ende 2011 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit auf 10.034.896 Euro gesunken. Die notwendige Liquiditätsreserve entsprechend den Richtlinien der KZBV ist damit aber noch immer weit mehr als gewährleistet, die finanzielle Lage der Körperschaft ist solide. Die Jahresrechnung 2011 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Verhülsdonk & Partner GmbH geprüft und mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
A. Beiträge	12.060.072	A. Aufwandsentschädigungen, Beiträge	252.368
B. Zinsen	482.337	B. Öffentlichkeitsarbeit	181.124
C. Sonstige	1.004.737	C. Externe Dienste	655.608
D. Vermögensabnahme	391.949	D. Reise- und Tagungskosten	2.096.734
		E. Personalkosten	9.166.235
		F. Sonstiger Verwaltungsaufwand	1.587.026
	13.939.095		13.939.095

> Haushaltsplanung 2012

Der Haushalt der KZBV wird zu einem erheblichen Teil von Fixkosten bestimmt. Natürlich beeinflussen aber auch strategische und operative Entscheidungen das Volumen des Etats. Für 2012 weist der Haushaltsplan (ohne Berücksichtigung der Vermögenszunahme) Ausgaben in Höhe von 14.900.782 Euro aus. Das entspricht einer Steigerung von 3,9 % Prozent gegenüber dem Ansatz des Vorjahres.

Zugleich fließen aber erhebliche Mittel an die Mitgliedsorganisationen der KZBV zurück: Nach dem Beschluss der Vertreterversammlung, von der vollständigen Verlagerung der Organisation nach Berlin abzusehen, werden die in den Vorjahren für einen Umzug angesparten Rücklagen in Höhe von 1,6 Millionen Euro an die KZVen zurückgeführt. Die Abrechnung erfolgt noch in 2012.

KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg	
- Freiburg	1.567
- Karlsruhe	1.889
- Stuttgart	2.695
- Tübingen	1.251
Bayerns	9.448
Berlin	3.452
Brandenburg	1.741
Bremen	474
Hamburg	1.607
Hessen	4.619
Mecklenburg-Vorpommern	1.272
Niedersachsen	5.752
Nordrhein	6.502
Rheinland-Pfalz	2.505
Saarland	590
Sachsen	3.407
Sachsen-Anhalt	1.738
Schleswig-Holstein	2.038
Thüringen	1.872
Westfalen-Lippe	5.336
	59.755

> Mitgliedszahnärzte je KZV 2011

Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

60



› Die KZBV erhebt umfangreiche Statistiken zum zahnärztlichen Versorgungsmarkt in Deutschland. Das von der Abteilung Statistik bearbeitete Spektrum statistischer und ökonomischer Fragestellungen bildet eine zentrale Informationsgrundlage für die vertragspolitische Arbeit der KZBV. Die Analysen und Auswertungen (u. a. Strukturuntersuchungen, Auswirkungen der Umstrukturierung von Gebührenordnungen, Verhandlungen über die Fortschreibung des Zahnersatz-Punktwertes, Budgetproblematik) sind unverzichtbare Daten- und Argumentationsgrundlagen für die zahnärztliche Berufspolitik und dienen insbesondere der Vorbereitung von Gesprächen mit der Politik und Verhandlungen mit den Kostenträgern auf Bundesebene.



Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

62

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

Das Jahrbuch wird Entscheidungsträgern in zahnärztlichen Organisationen, aber auch relevanten Verbänden im Gesundheitswesen, Bundesministerien, dem Statistischen Bundes-

amt, interessierten Hochschulen sowie einer Reihe von Instituten zur Verfügung gestellt. Als objektive Informationsquelle über Strukturdaten zur zahnärztlichen Versorgung ist es weit hin anerkannt. Es beinhaltet ausschließlich hieb- und stichfeste Daten aus amtlichen bzw. offiziellen Statistiken.

Ausgewählte Daten aus dem KZBV Jahrbuch stehen in Dateiform auf der Internetseite der KZBV unter www.kzbv.de zur Verfügung. Einzelexemplare des Jahrbuchs können über die Service-Rubrik der Internetseite bestellt werden.

Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

> Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen

Im Jahr 2011 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch gegenüber dem Vorjahr bundesweit um 0,8 % je Kassenmitglied. Bei dieser Ausgabenentwicklung ist die Wirkung der Zuzahlung der Versicherten nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) zu berücksichtigen. Die gezahlte Praxisgebühr summierte sich 2011 auf rd. 402 Mio. €, nach 399 Mio. € im Vorjahr. In den einzelnen Teilbereichen war die Entwicklung unterschiedlich. Der Anstieg bei den konservierenden Leistungen betrug 0,4 %, bei Parodontalbehandlungen 1,5 % und bei der Therapie von Kieferbrüchen 9,2 %. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 1,0 % und machten 6,2 % am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen Bereich aus. Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich verzeichnete mit 0,5 % einen leichten Anstieg. Die Zahl der Parodontalbehandlungen stieg um 1,4 %. [Tabelle 1a]

> Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied im Jahr 2011 um 2,7 %, die Zahl der Fälle stieg um 1,2 %. Damit setzte sich die in Deutschland in den letzten Jahren

festzustellende Aufwärtsentwicklung im Bereich Kieferorthopädie fort.

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

Nach der Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 war ein deutlicher Rückgang der Neuversorgungsfälle bei Zahnersatz zu beobachten. Da diese oft kostenintensiv sind, erklärt dies zum Teil den Rückgang der Ausgaben im Jahr 2005. Der seit dem Jahr 2006 festzustellende Normalisierungsprozess setzte sich auch im Jahr 2011 weiter fort. So stiegen im Jahr 2011 die Ausgaben (inkl. andersartiger Versorgungen) je Mitglied gegenüber 2010 um 1,5 %, die Zahl der Fälle ging um 0,5 % zurück, und der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 2,0 %. Im Jahr 2011 nahmen, wie schon in den Jahren 2006 bis 2010, die Neuversorgungsfälle wieder zu, während die Reparaturfälle in etwa konstant blieben. [Tabelle 1b]

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstrukturerhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2010 wurden rund 31.000 nach dem Zufallsprinzip aus dem Zahnarztregister der KZBV ausgewählte Zahnärzte schriftlich befragt. Die ausgefüllten Fragebogen wurden einer eingehenden Plausibilitätskontrolle unterworfen.

> Entwicklung im Bundesdurchschnitt

Nach dem Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses (Einkommen vor Steuern) um 4,4 % je Inhaber in Deutschland im Jahre 2005 gegenüber 2004 (insbesondere aufgrund der Entwicklung im Bereich Zahnersatz im Zusammenhang mit der Einführung der Festzuschüsse) und einem weiteren Rückgang in 2006 stieg der Einnahmen-Überschuss in den Jahren 2007 bis 2010 wieder an. 2010 lag der Einnahmen-Überschuss mit 125.036 € um 3,4 % über dem Vorjahreswert. Gegenüber 2004 ist damit der Einnahmen-Überschuss um 13,2 % (durchschnittlich jährlich um 2,1 %) gestiegen. Da sich aber in diesem Zeitraum der allgemeine Preisindex um 9,8 % erhöhte, ist der Einnahmen-Überschuss real, also unter Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung, nur um 3,1 % (durchschnittlich jährlich 0,5 %) angestiegen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses in 2010 gegenüber 2009 auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3,8 % bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um 4,0 %. [Tabelle 2a]

> Alte Bundesländer

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber 2010 gegenüber dem Vorjahr um 3,7 %. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 3,8 % an. Daraus resultierte ein Anstieg des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 3,6 % (real + 2,5 %) auf 130.113 €. Der im Jahr 2010 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss lag nominal um rd. 28 % über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahre 1976, also vor 34 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 0,7 %. Allerdings hat in diesem Zeitraum eine Preissteigerung (Inflationsrate) von rd. 121 % den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf 58 %, also auf gut die Hälfte, gegenüber 1976 reduziert. [Grafik 1]

2010 blieben 56 % der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnittswert von 130.113 €, 44 % lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag 2010 bei 117.620 €. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 47,8 Std. pro Woche tätig, davon 35,1 Std. behandelnd. Durchschnittlich wurden 5,72 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

2011 2010 Deutschland

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

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen

[Tabelle 1a]

	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Kieferorthopädie	+ 3,4 %	+ 1,5 %	+ 2,7 %
Zahnersatz*	+ 1,8 %	+ 0,9 %	+ 1,5 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen

* inkl. Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungen)

[Tabelle 1b]

> **Kons, Par und Kieferbruch** Ausgaben je Mitglied

> **Kieferorthopädie und Zahnersatz** Ausgaben je Mitglied

> Neue Bundesländer

In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber 2010 gegenüber 2009 um 4,3 %. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 5,3 %, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 2,3 % (real + 1,2 %) auf 100.710 € resultiert. [Tabelle 2b]

Insgesamt führten die Einkommensrückgänge in 2005 und 2006 und die Einkommensanstiege in 2007 bis 2010 zu einer Erhöhung des Einnahmen-Überschusses um 7,5 % im Jahr 2010 gegenüber 2004, was einer durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate von 1,2 % entspricht. Aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung, die zwischen 2004 und 2010 9,8 %

betrug, ist der Einnahmen-Überschuss in diesem Zeitraum real um 2,1 % zurückgegangen.

Im Jahr 2010 blieben 58 % der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert von 100.710 € und 42 % erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2010 in den neuen Bundesländern bei 91.440 €.

Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,5 Stunden, davon entfielen 34,7 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,89 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

Jahr	Umsatz (aus selbst. zahnärztlicher Tätigkeit) in €	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsaus- gaben) in €	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen- Überschuss) in €	Veränderung	Median des Einnahmen- Überschusses in € bei
1992	336.715	+ 19,5 %	237.836	+ 21,9 %	70,6 %	98.879	+ 14,1 %	87.050
1993	309.265	- 8,2 %	221.270	- 7,0 %	71,5 %	87.995	- 11,0 %	74.840
1994	330.285	+ 6,8 %	234.598	+ 6,0 %	71,0 %	95.687	+ 8,7 %	82.680
1995	337.691	+ 2,2 %	244.104	+ 4,1 %	72,3 %	93.587	- 2,2 %	81.130
1996	352.931	+ 4,5 %	254.606	+ 4,3 %	72,1 %	98.325	+ 5,1 %	85.500
1997	364.672	+ 3,3 %	263.609	+ 3,5 %	72,3 %	101.063	+ 2,8 %	88.450
1998	321.025	- 12,0 %	228.352	- 13,4 %	71,1 %	92.673	- 8,3 %	81.950
1999	317.145	- 1,2 %	226.900	- 0,6 %	71,5 %	90.245	- 2,6 %	77.560
2000	336.602	+ 6,1 %	239.980	+ 5,8 %	71,3 %	96.622	+ 7,1 %	83.560
2001	342.874	+ 1,9 %	238.959	- 0,4 %	69,7 %	103.915	+ 7,5 %	92.080
2002	346.575	+ 1,1 %	241.386	+ 1,0 %	69,6 %	105.189	+ 1,2 %	93.590
2003	355.038	+ 2,4 %	248.293	+ 2,9 %	69,9 %	106.745	+ 1,5 %	95.360
2004	357.811	+ 0,8 %	247.359	- 0,4 %	69,1 %	110.452	+ 3,5 %	99.090
2005	330.207	- 7,7 %	224.605	- 9,2 %	68,0 %	105.602	- 4,4 %	94.150
2006	337.263	+ 2,1 %	233.348	+ 3,9 %	69,2 %	103.915	- 1,6 %	93.810
2007	348.092	+ 3,2 %	237.309	+ 1,7 %	68,2 %	110.783	+ 6,6 %	97.680
2008	366.896	+ 5,4 %	249.627	+ 5,2 %	68,0 %	117.269	+ 5,9 %	103.270
2009	377.840	+ 3,0 %	256.948	+ 2,9 %	68,0 %	120.892	+ 3,1 %	107.900
2010	392.300	+ 3,8 %	267.264	+ 4,0 %	68,1 %	125.036	+ 3,4 %	111.650

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern

Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV (Jahr 2010: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 14.10.2011)

Jahr	Umsatz (aus selbst. zahnärztlicher Tätigkeit) in €	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsaus- gaben) in €	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen- Überschuss) in €	Veränderung	Median des Einnahmen- Überschusses in € bei
Alte Bundesländer								
1992	355.312	+ 10,2 %	251.000	+ 13,1 %	70,6 %	104.312	+ 3,8 %	92.300
1993	328.338	- 7,6 %	235.901	- 6,0 %	71,8 %	92.437	- 11,4 %	80.380
1994	350.482	+ 6,7 %	249.498	+ 5,8 %	71,2 %	100.984	+ 9,2 %	88.180
1995 ¹⁾	356.029	+ 2,6 %	258.174	+ 4,5 %	72,5 %	97.855	- 2,1 %	84.750
1996	372.509	+ 4,6 %	270.716	+ 4,9 %	72,7 %	101.793	+ 4,0 %	88.230
1997	383.884	+ 3,1 %	280.320	+ 3,5 %	73,0 %	103.564	+ 1,7 %	90.780
1998	338.623	- 11,8 %	243.289	- 13,2 %	71,8 %	95.334	- 7,9 %	84.320
1999	335.572	- 0,9 %	242.140	- 0,5 %	72,2 %	93.432	- 2,0 %	80.610
2000	355.185	+ 5,8 %	255.514	+ 5,5 %	71,9 %	99.671	+ 6,7 %	86.340
2001	361.522	+ 1,8 %	254.291	- 0,5 %	70,3 %	107.231	+ 7,6 %	95.110
2002	365.746	+ 1,2 %	256.853	+ 1,0 %	70,2 %	108.893	+ 1,5 %	97.080
2003	373.972	+ 2,2 %	263.677	+ 2,7 %	70,5 %	110.295	+ 1,3 %	98.540
2004	376.435	+ 0,7 %	262.368	- 0,5 %	69,7 %	114.067	+ 3,4 %	102.970
2005	347.929	- 7,6 %	238.074	- 9,3 %	68,4 %	109.855	- 3,7 %	98.430
2006	355.033	+ 2,0 %	246.938	+ 3,7 %	69,6 %	108.095	- 1,6 %	98.720
2007	366.039	+ 3,1 %	251.127	+ 1,7 %	68,6 %	114.912	+ 6,3 %	102.300
2008	386.550	+ 5,6 %	264.667	+ 5,4 %	68,5 %	121.883	+ 6,1 %	107.950
2009	397.805	+ 2,9 %	272.193	+ 2,8 %	68,4 %	125.612	+ 3,1 %	113.670
2010	412.595	+ 3,7 %	282.482	+ 3,8 %	68,5 %	130.113	+ 3,6 %	117.620
Neue Bundesländer								
1992	268.253		189.375		70,6 %	78.878		70.790
1993	239.144	- 10,9 %	167.482	- 11,6 %	70,0 %	71.662	- 9,1 %	62.000
1994	257.478	+ 7,7 %	180.884	+ 8,0 %	70,3 %	76.594	+ 6,9 %	67.950
1995 ¹⁾	261.903	+ 0,3 %	185.955	+ 1,6 %	71,0 %	75.948	- 2,7 %	68.670
1996	271.378	+ 3,6 %	187.498	+ 0,8 %	69,1 %	83.880	+ 10,4 %	75.110
1997	283.644	+ 4,5 %	193.128	+ 3,0 %	68,1 %	90.516	+ 7,9 %	80.990
1998	246.168	- 13,2 %	164.813	- 14,7 %	67,0 %	81.355	- 10,1 %	74.180
1999	237.469	- 3,5 %	161.004	- 2,3 %	67,8 %	76.465	- 6,0 %	69.020
2000	254.634	+ 7,2 %	171.463	+ 6,5 %	67,3 %	83.171	+ 8,8 %	74.900
2001	259.393	+ 1,9 %	170.324	- 0,7 %	65,7 %	89.069	+ 7,1 %	79.980
2002	259.993	+ 0,2 %	171.531	+ 0,7 %	66,0 %	88.462	- 0,7 %	79.300
2003	268.495	+ 3,3 %	177.978	+ 3,8 %	66,3 %	90.517	+ 2,3 %	82.980
2004	271.395	+ 1,1 %	177.716	- 0,1 %	65,5 %	93.679	+ 3,5 %	85.910
2005	247.021	- 9,0 %	161.382	- 9,2 %	65,3 %	85.639	- 8,6 %	77.770
2006	253.316	+ 2,5 %	169.147	+ 4,8 %	66,8 %	84.169	- 1,7 %	77.500
2007	263.499	+ 4,0 %	172.179	+ 1,8 %	65,3 %	91.320	+ 8,5 %	81.660
2008	274.327	+ 4,1 %	178.789	+ 3,8 %	65,2 %	95.538	+ 4,6 %	87.790
2009	283.028	+ 3,2 %	184.551	+ 3,2 %	65,2 %	98.477	+ 3,1 %	89.000
2010	295.066	+ 4,3 %	194.356	+ 5,3 %	65,9 %	100.710	+ 2,3 %	91.440

¹⁾ Berlin-Ost ist ab 1995 unter den alten Bundesländern subsumiert. Die Veränderungsdaten 1995 sind entsprechend bereinigt.

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern

Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV (Jahr 2010: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 14.10.2011)

Zahl der Zahnärzte

Das seit dem 01.01.2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde zum 01.07.2007 durch Änderungen der Bundesmantelverträge präzisiert. Damit sind neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen. Vertragszahnärzte können nun in erweitertem Umfang Zahnärzte anstellen, Zweigpraxen eröffnen oder gemeinsam überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gründen. Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ist die Bedarfszulassung zum 01.04.2007 weggefallen.

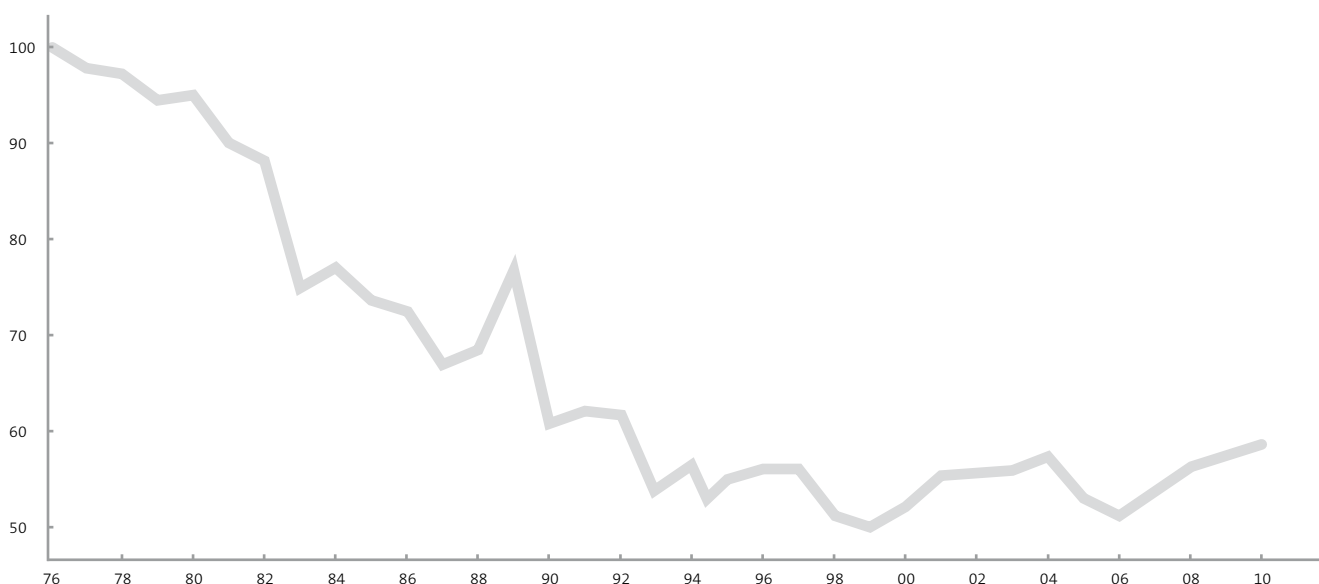
Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) in Deutschland betrug Ende 2011 53.992 (alte Bundesländer inkl. Berlin 44.614, neue Bundesländer 9.378). Damit verringerte sich die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland gegenüber dem Vorjahr um 0,5 % (alte Bundesländer – 0,4 %, neue Bundesländer – 0,8 %). Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende 2011 auf 3.012 (alte Bundesländer und Berlin: 2.589, neue Bundesländer ohne Berlin: 423) und sank damit gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 0,2 %.

Die insgesamt rückläufige Zahl der Vertragszahnärzte stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen

Versorgung dar, sondern muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) Anfang 2007 gesehen werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des IV. Quartals 2010 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 5.006, Ende des IV. Quartals 2011 auf 5.962. Wesentliche Gründe für den Anstieg der Zahl der angestellten Zahnärzte dürften sein, dass einerseits Vertragszahnärzte aus der Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis gewechselt sind und andererseits Berufsanfänger in stärkerem Maße statt der Selbstständigkeit ein Angestelltenverhältnis bei Vertragszahnärzten gewählt haben.

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte betrug am Ende des IV. Quartals 2010 59.251 (+ 1,2 % gegenüber IV/2009) und am Ende des IV. Quartals 2011 59.954 (+ 1,2 % gegenüber IV/2010). Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV). [Grafik 2]

INDEX 1976 = 100



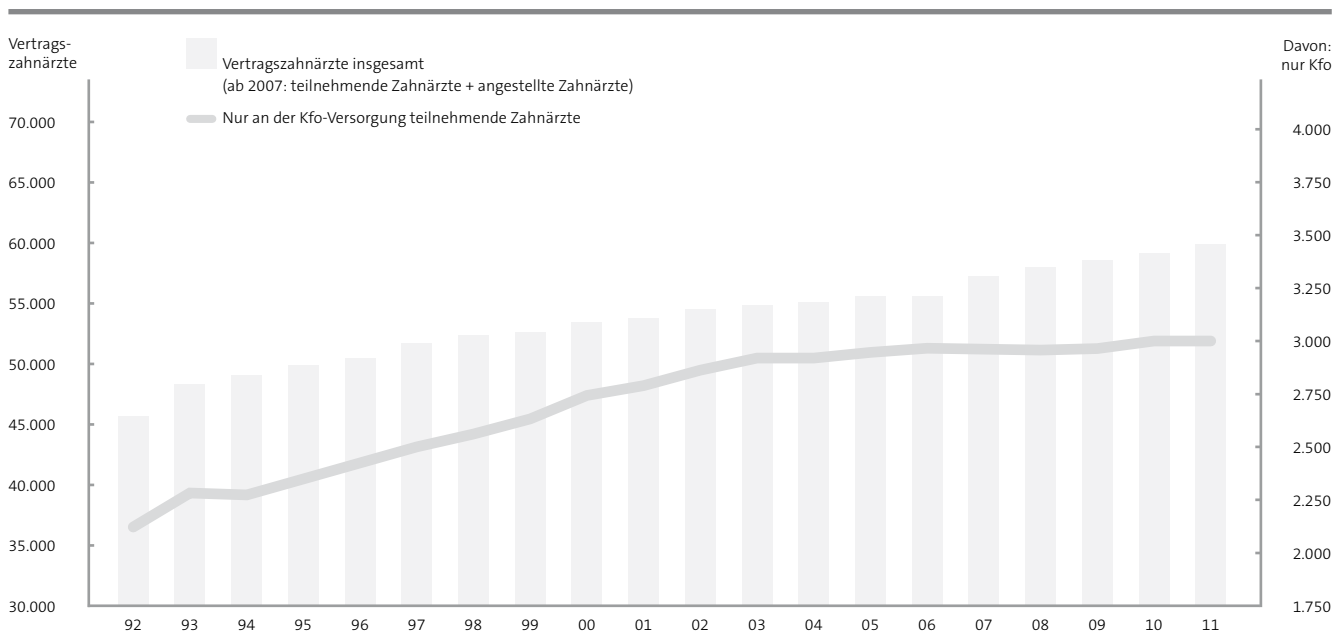
Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

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

Bei der GOZ-Statistik werden für alle Privatabrechnungen die wesentlichen Rechnungsdaten (die einzelnen GOZ/GOÄ-Positionen mit Häufigkeit, Multiplikator, Begründung und Betrag sowie Material- und Laborkosten getrennt nach Praxis- und Gewerbelabor) sowie zusätzlich auch der Patientenstatus

(Privatversicherter oder GKV-Versicherter) erfasst. Für die Teilnahme an der Datenerhebung konnten mittlerweile rund 500 Zahnärzte gewonnen werden.

Für das Jahr 2010 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kernergebnisse zum Liquidationsverhalten bei der Behandlung von Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,45 für persönliche Leistungen und bei 1,96 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 65,4 % der Leistungen zum 2,3-fachen liquidiert. 7,9 % wurden unter dem 2,3-fachen und 26,6 % über dem 2,3-fachen GOZ-Faktor abgerechnet.



> **Impressum**

Herausgeber Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln · www.kzbv.de

Redaktion KZBV Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Dr. Reiner Kern, Andrea Kleu-Özcan

Layout beau bureau, atelier wieneritsch

Fotos [iStockphoto.com/f9photos](https://www.istockphoto.com/f9photos), [iStockphoto.com/Goldmund](https://www.istockphoto.com/Goldmund), [iStockphoto.com/legenda](https://www.istockphoto.com/legenda),
[iStockphoto.com/Fentino](https://www.istockphoto.com/Fentino), KZBV/Lopata, Mark Matysiak – Fotolia.com, KZBV/Darchinginger,
[iStockphoto.com/Özgür Donmaz](https://www.istockphoto.com/Özgür_Donmaz), Orlando Florin Rosu – Fotolia.com, styleuneeed – Fotolia.com,
[iStockphoto.com/Viorika Prikhodko](https://www.istockphoto.com/Viorika_Prikhodko), corbisrffancy – Fotolia.com, WANG HSIU-HUA – Fotolia.com
