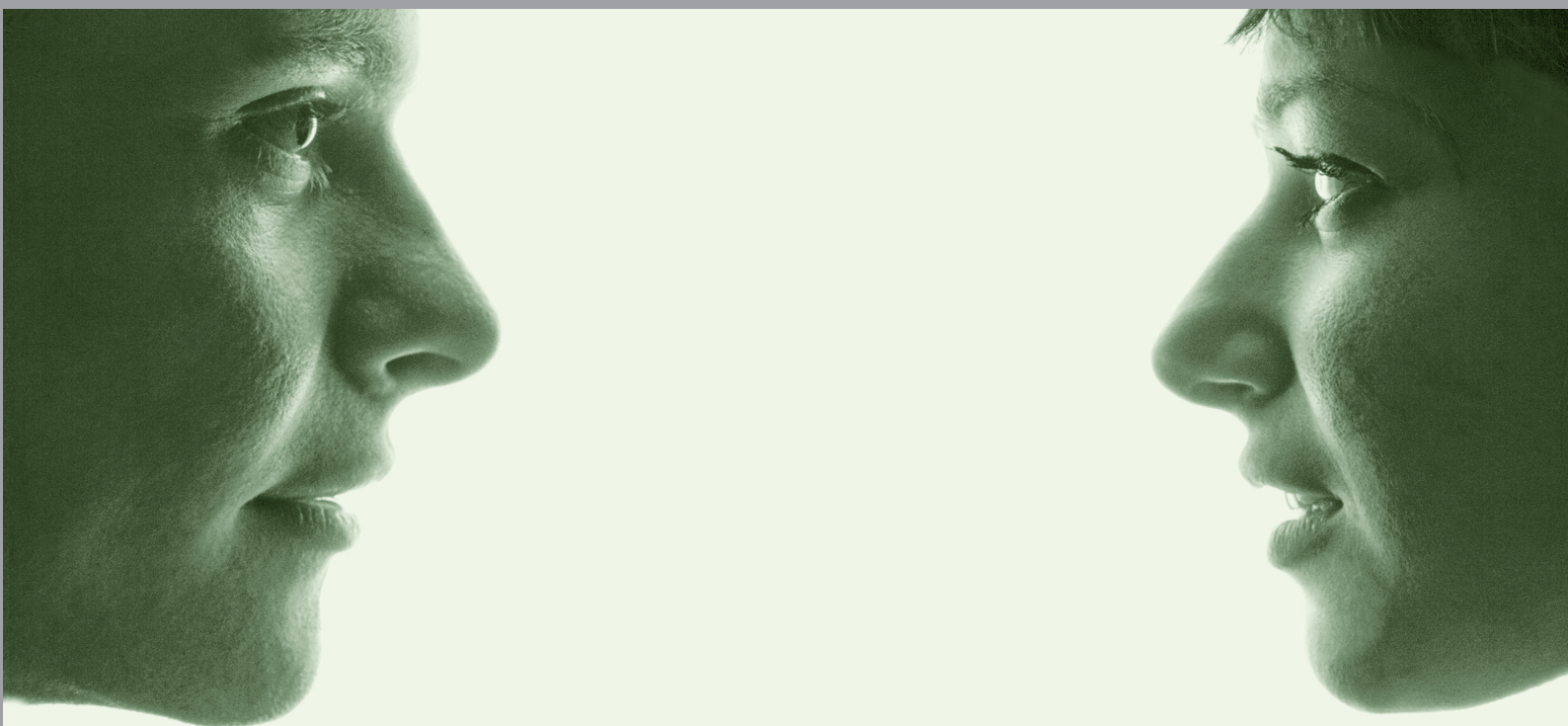


» Dialog



Geschäftsbericht 2012/2013 » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2012 bis Juni 2013.



Fingeralphabet der
Gebärdensprache

D I A L O G



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

Anstelle eines Vorwortes

„Der Wert eines Dialogs hängt vor allem von der Vielfalt der konkurrierenden Meinungen ab.“ In vielerlei Hinsicht spiegelt dieses Zitat des Philosophen Karl Raimund Popper die Arbeit der Zahnärzteschaft wider. Denn in der Zahnmedizin gibt es für einen bestimmten Befund oft mehrere verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, zwischen denen man entscheiden muss. Ausführliche und transparente Beratungsgespräche mit den Patienten zählen daher zu unserem Berufsalltag. Wir treten ein für ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt und wollen eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Natürlich geht das nur, wenn wir mit den Patienten auf Augenhöhe kommunizieren.

Die KZBV ist der Spitzenverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Ländern, und jede regionale Vertretung hat ihre eigene Perspektive. Wir stehen daher mit unseren Mitgliedern in einem kontinuierlichen und intensiven Austausch. Denn so ist es möglich, unterschiedliche Prioritäten offen zu diskutieren und gemeinsame Positionen zu finden, mit denen wir als Stimme und Sprachrohr der Vertragszahnärzte in Deutschland nach außen treten können.

Das Gesundheitswesen ist ein sehr komplexes Politikfeld mit einer Vielzahl von Akteuren. Tragendes Ordnungsprinzip ist die Selbstverwaltung und damit die eigenverantwortliche und

partnerschaftliche Gestaltung der medizinischen Versorgung durch diese Akteure. Wir setzen uns intensiv dafür ein, dass die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzgebung sowie in den Strukturen der Selbstverwaltung ausreichend berücksichtigt werden und sehen es als unsere Aufgabe, aktiv und konstruktiv an der zukunftsfesten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland mitzuwirken – sowohl in Versorgungs- als auch in Finanzierungsfragen.

Jenseits von Politik und Selbstverwaltung beeinflussen gesamtgesellschaftliche Entwicklungen unsere Arbeit. Bestes Beispiel dafür ist der demografische Wandel, der auch die zahnmedizinische Versorgung vor große Herausforderungen stellt. Um zielgerichtete Lösungen zur Bewältigung dieser großen Aufgaben entwickeln zu können, ist der Dialog mit gesellschaftlichen Kräften unabdingbar für uns. Sozial- und Wohlfahrtsverbände werden zu immer wichtigeren Partnern.

Egal, mit wem, auf welcher Ebene oder zu welchem Thema wir auch sprechen: Die Verhandlungsergebnisse müssen stets der Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung dienen und dürfen nicht nur der kleinste gemeinsame Nenner divergierender Meinungen sein. Dann werden aus Diskussionen Dialoge.

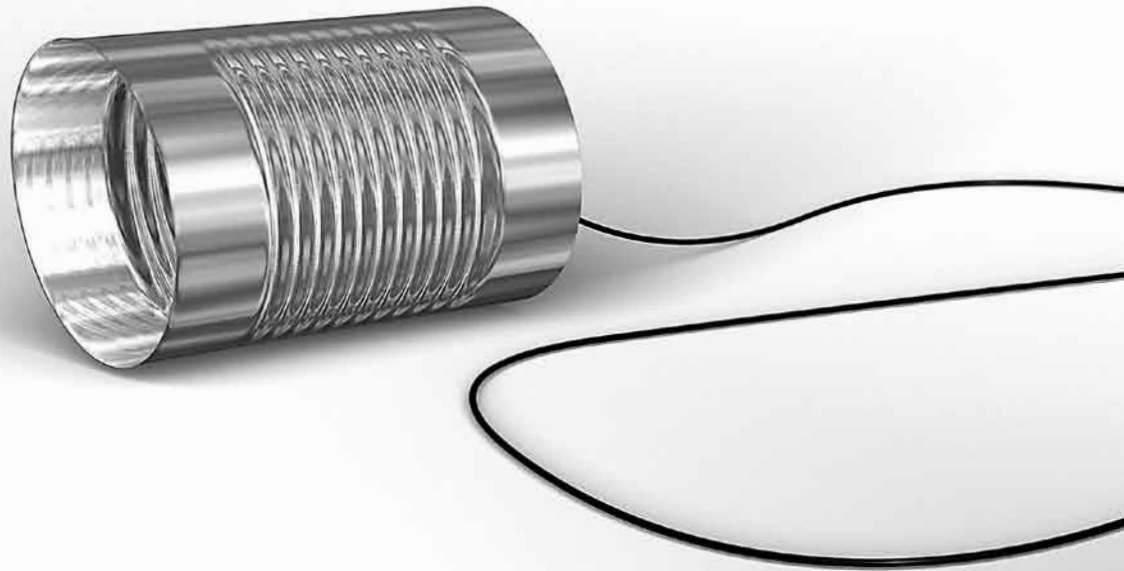
Inhaltsverzeichnis



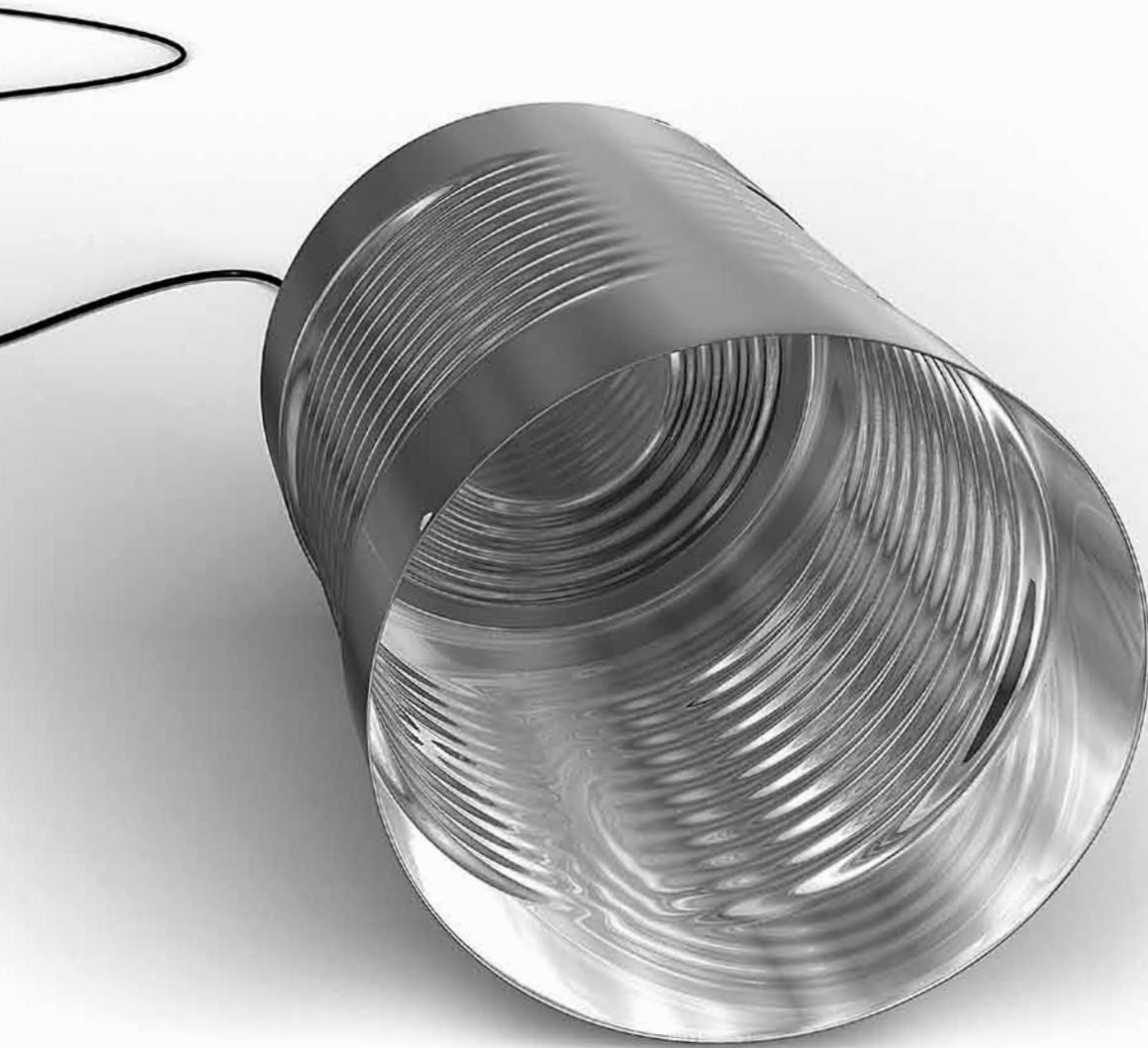
Dialog	8
Gestalten	16
Kommunizieren	22
Vertragsgeschäft	30
Qualität	34
Digitales Gesundheitswesen	42
Forschung	48
Interne Organisation	54
Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen	60

Dialog

8



- › Der Patient steht im Zentrum des zahnmedizinischen Versorgungsgeschehens. Wir wollen die Mundgesundheit und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter verbessern. Die Voraussetzung dafür ist eine zahnärztliche Versorgung, die konsequent präventionsorientiert, qualitativ hochwertig sowie wohnortnah ist und in der die Rahmenbedingungen für die praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte stimmen. Dafür setzen wir uns ein, in Gesprächen mit den Akteuren des Gesundheitswesens, mit Sozial- und Wohlfahrtsverbänden und natürlich mit den Patienten und Zahnärzten in den Praxen. Denn gemeinsam können wir unser Ziel erreichen: die Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung weiter zu verbessern und die natürlichen Zähne über den gesamten Lebensbogen gesund zu erhalten.



Für Prävention über den gesamten Lebensbogen

Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Im internationalen Vergleich belegt Deutschland mittlerweile einen Spitzenplatz. Die Gründe dafür liegen zum einen in der umfangreichen Gruppen- und Individualprophylaxe, zielgerichteten Aufklärungskampagnen, dem Einsatz von Fluoriden sowie der Fissurenversiegelung auf den Kauflächen. Zum anderen ist es der Zahnärzteschaft gelungen, die Patienten zur eigenverantwortlichen und gründlichen Mundpflege sowie zu regelmäßigen Kontrollbesuchen beim Zahnarzt zu motivieren. Damit wurde ein Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin erreicht: weg von einer kurativen und hin zu einer präventiven Zahnheilkunde. Die Erfahrungen und Erkenntnisse der deutschen Zahnärzteschaft zeigen jedoch, dass es weiterhin Problembereiche in der präventiven Betreuung der Patienten in Deutschland gibt. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung haben an der positiven Entwicklung der Mundgesundheit bisher nicht angemessen partizipiert. Die demografische Entwicklung wird dieses Problemfeld noch weiter verschärfen. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es eine wachsende Schieflage in der Kariesverteilung. Auffällig dabei ist, dass sich diese Risikogruppe vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund rekrutiert. Bei Kindern unter drei Jahren finden Zahnärzte zudem wieder zunehmend kariöse Zähne. Das gute System von Früherkennungsuntersuchungen setzt erst ab dem 30. Lebensmonat ein.

Die Vertragszahnärzte haben es sich zum Ziel gesetzt, die bisherige Präventionsstrategie weiter auszubauen. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, zielgerichtete, spezifische Versorgungskonzepte für zahnmedizinische Risikogruppen zu entwickeln, die die Menschen über den gesamten Lebensbogen und somit in allen Altersgruppen und Lebenssituationen erreichen. Entsprechend aufgestellt haben wir uns mit der „Agenda Mundgesundheit“, die auf der Vertreterversammlung der KZBV am 8. November 2012 in Frankfurt am Main einstimmig verabschiedet wurde. Das Papier skizziert Lösungen für die nächsten Jahre. Dabei ist jedoch eines klar: Die Zahnärzteschaft allein kann die ambitionierten Ziele nicht erreichen, sondern es bedarf des Austauschs mit und der Unterstützung der Politik sowie der Sozial- und Wohlfahrtsverbände, die in einem engen Kontakt zu den zahnmedizinischen Risikogruppen stehen.

In der Politik ist das Thema Prävention schon seit einigen Jahren auf der Agenda, ein angestrebtes Präventionsgesetz wurde bisher jedoch nicht verabschiedet, obwohl das Bundeskabinett den Entwurf eines „Gesetzes zur Förderung der Prävention“ beschlossen hat. Das Ziel ist, die Bürger zu einem gesünderen Verhalten zu motivieren und so Volks-

krankheiten wie Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes oder Depression zu verhindern. Die Gesetzlichen Krankenkassen sollen statt bisher drei Euro pro Versichertem künftig sieben Euro pro Versichertem für Mittel zur Prävention ausgeben. Das Präventionsgesetz wurde Ende Juni gegen den heftigen Widerstand der Opposition vom Bundestag verabschiedet. Im rot-grün dominierten Bundesrat wird über das Gesetz am 20. September 2013 abgestimmt.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe wird im Gesetzentwurf als Vorbild für andere Versorgungsbereiche genannt, um insbesondere Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsstand durch Gruppenuntersuchungen in der Schule zu erreichen. In ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf haben KZBV und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) das Ziel begrüßt, mit dem geplanten Gesetz den Präventionsgedanken weiter zu fördern und die Gesundheitsförderung voranzubringen. Wir unterstützen die betonte Eigenverantwortung und die angedachten Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssicherung von präventiven Leistungen. Die zielgruppenspezifischen Präventionsansätze könnten im besten Fall die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen verringern. Um jedoch nachhaltig und ganzheitlich die Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger zu fördern und sie zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren, sind viele weitere spezifische Schritte notwendig. Wie diese aussehen können, zeigt die Zahnärzteschaft in ihren zielgerichteten Versorgungskonzepten.

> Frühkindliche Karies

Deutschland verfügt über ein gutes System der Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche, aber die Präventionsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung setzen erst ab dem 30. Lebensmonat ein. Daher zeichnet sich ein Versorgungsproblem bei Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr ab: die frühkindliche Karies, in der Wissenschaft als „early childhood caries“ (ECC) bezeichnet, nimmt zu. Die Erfahrung der Zahnärzteschaft zeigt, dass die medizinische Betreuung durch den Kinderarzt oftmals nicht ausreicht. Immer öfter weisen Kinder, wenn sie die als vorbildlich geltenden Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe erreichen, bereits kariöse Zähne auf. Annähernd die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sind bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden.

In der „Agenda Mundgesundheit“ hat die Vertreterversammlung der KZBV daher beschlossen, Strategien zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kleinkindern zu entwickeln. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe „DAJ – Frühkindliche Karies“ ein-

gesetzt. In enger Zusammenarbeit mit der Bundeszahnärztekammer sowie unter Beteiligung des Bundesverbandes der Kinderzahnärzte (BuKiZ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und des Deutschen Hebammenverbandes (DhV) wird zurzeit ein Versorgungskonzept zur Verbesserung der präventiven zahnmedizinischen Betreuung der Kleinkinder vom Durchbruch des ersten Milchzahns an erarbeitet. Eine wesentliche Forderung dabei ist, dass das Kinder-Untersuchungsheft um zahnärztliche Frühuntersuchungen erweitert wird, um eine gezielte systematische Betreuung zu sichern.

Dass aber die Zahnärzteschaft grundsätzlich gut in der Versorgung von Kleinkindern aufgestellt ist, zeigt ein im Juni 2013 gemeinsam mit der Zahnklinik Greifswald veröffentlichter Forschungsbericht des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Das IDZ hatte in einer bundesweiten Studie niedergelassene Zahnärzte zu ihren Erfahrungen, Vorgehensweisen und Arbeitsproblemen auf dem Versorgungsgebiet der frühkindlichen Karies befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahnärzteschaft beispielweise sehr aktiv ist im Hinblick auf das Monitoring von Initialkaries oder in der Elternberatung zu Ernährungsfragen – auch wenn es dafür bisher noch keine adäquate Abrechnungsbasis gibt. Für die Studie wurden knapp 900 Fragebögen aus einer Zufallsstichprobe des Bundeszahnärztereisters der KZBV ausgewertet.

Gerade in Familien aus sozialen Risikogruppen kann die frühestmögliche zahnmedizinische Betreuung die Mundgesundheit von Kleinkindern signifikant verbessern. Dafür ist es jedoch notwendig, dass die Eltern ihre Kinder zur zahnärztlichen Untersuchung vorstellen. Und wenn Kinder nicht den Kindergarten besuchen, laufen auch Individual- und Gruppenprophylaxe ins Leere. Daher sind gesamtgesellschaftliche Anstrengungen gefordert, Kinder aus Risikogruppen in ein soziales und medizinisches Betreuungsumfeld zu integrieren, in dem gezielte Prävention möglich ist. Darüber wird die KZBV auch weiterhin den Dialog mit Akteuren suchen, die nah an den Lebenswelten dieser Risikogruppen sind.

> Alters- und Behindertenzahnmedizin

Bereits heute gibt es in Deutschland eine große Zahl von Menschen, die pflegebedürftig sind oder mit Behinderungen leben müssen. Diese Zahl wird weiter steigen, denn wir leben in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Bisher können diese Menschen nicht angemessen an der positiven Entwicklung der Mundgesundheit partizipieren, denn der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen basiert auf den Grundannahmen, dass Erwachsene selbständig Mundhygiene betreiben, eine Praxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren können. Auf pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderungen, die motorisch eingeschränkt, immobil oder

wegen kognitiver Einschränkungen nicht kooperationsfähig sind, treffen diese Annahmen nicht zu. Sie fallen durch das Versorgungsraster der Gesetzlichen Krankenkassen und haben eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als der Rest der Bevölkerung. Lösungen für dieses Problemfeld hatte die KZBV bereits 2010 gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften in dem Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ angeboten.

Auf Initiative der Zahnärzteschaft wurde im Berichtsjahr ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg zur demografiefesten Zahnmedizin gemacht. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) wurde durch § 87 Abs. 2 i SGB V die zahnmedizinische Versorgung dieser Menschen deutlich verbessert. Zuvor waren sie vor allem auf das ehrenamtliche Engagement von Zahnärzten angewiesen. Dank neuer Leistungspositionen für die aufsuchende Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung oder eingeschränkter Alltagskompetenz, wird nun erstmals der erhöhte personelle, instrumentelle und zeitliche Aufwand des Vertragszahnarztes abgebildet. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet seit dem 1. April 2013 entsprechende Positionen.

Mit dem zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Pflegeeneu-ausrichtungsgesetz (PNG) wurde zudem die Chance eröffnet, die aufsuchende zahnmedizinische Betreuung von Patienten in Pflegeheimen deutlich zu verbessern. Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und geeigneten Zahnärzten werden gefördert und durch eine neue Leistungsposition in § 87 Abs. 2 j SGB V unterstützt. In diesem Zusammenhang wird es zukünftig die Aufgabe der regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sein, auf Antrag von Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Zahnärzten zu vermitteln. Die KZBV schließt dazu bis Ende September 2013 eine Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V und legt in Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband die Leistungen nach § 87 Abs. 2 j SGB V fest. Um bereits im Vorfeld der Verhandlungen mögliche Probleme in der Umsetzung zu diskutieren und zielgerichtete Lösungen zu erarbeiten, hat die KZBV den intensiven Dialog mit zentralen Akteuren gesucht. Dazu hat sie einen Runden Tisch organisiert, an dem Vertreter der KZBV, der KZVen, Experten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde sowie Vertreter aus Pflegeeinrichtungen und Pflegeberufen teilnahmen. Der Runde Tisch hat in der ersten Jahreshälfte 2013 dreimal getagt. Parallel dazu hat die AG „Vertrag“ der KZBV einen Entwurf einer entsprechenden Vereinbarung erstellt. Darin werden unter anderem allgemeine Qualitäts- und Versorgungsziele der zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, die Aufgaben der teilnehmenden Zahnärzte und die Gewährleistung eines vertragszahnärztlichen Präventionsmanagement definiert.

Die aufsuchende Betreuung ist aber nur ein Aspekt einer demografiefesten zahnmedizinischen Versorgung. Ein anderer Aspekt ist es, den Zugang zu Praxen für Menschen mit Einschränkungen zu erleichtern, damit sie den Zahnarzt ihres Vertrauens aufsuchen können und nicht von Barrieren abgehalten werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte Anfang 2013 zu einem Gespräch über barrierefreie Praxen eingeladen. Vor diesem Hintergrund erneuerte die KZBV im Dialog mit der Bundeszahnärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Bundesärztekammer in einem gemeinsamen Schreiben ihre Initiative für ein spezielles Förderprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau, das Ärzte und Zahnärzte beim barrierefreien Aus- und Umbau von Praxen unterstützen soll. Dieser Vorschlag wurde in Briefen an die Bundesminister für Gesundheit, Wirtschaft, Arbeit und

Soziales sowie den Patientenbeauftragten und den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung zum Ausdruck gebracht. Die KZBV hat auch innerhalb des Berufsstandes informiert und geworben. So hat im März 2013 auf der Internationalen Dental Schau (IDS) in Köln ein erfahrener Ingenieur interessierte Zahnärzte umfassend zur Barrierefreiheit beraten.

Darüber hinaus plant die KZBV gemeinsam mit den drei anderen genannten Berufsorganisationen am 9. September 2013 eine Tagung zum Thema „Barrieren abbauen“. Hier geht es um den Abbau von mentalen, baulichen und gesetzlichen Barrieren. Ärzte- und Zahnärzteschaft wollen mit der Veranstaltung für eine barrierefreie medizinische Versorgung sensibilisieren sowie erfolgreiche, bereits bestehende Initiativen und Maßnahmen vorstellen.

Für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen

Mit der „Agenda Mundgesundheit“ haben wir uns frühzeitig und klar für das Wahljahr 2013 positioniert. Neben dem Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung stehen wir für die Stärkung der Patientenberatung sowie den Abbau von Bürokratie. Gerade in einem Wahljahr ist es wichtig, mit den politischen Akteuren einen engen Dialog über die eigenen Ziele und Positionen zu führen. Denn in Wahlkampfzeiten werden auch erfolgreiche Modelle immer wieder in Frage gestellt. Bestes Beispiel dafür ist die Diskussion über die Bürgerversicherung.

Deutschland hat ein funktionierendes duales Krankenversicherungssystem. Der Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie die Konkurrenz unter den einzelnen Versicherungsunternehmen tragen maßgeblich dazu bei, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht. Eine Ungleichbehandlung von zahnärztlichen Patienten, zum Beispiel im Hinblick auf die Terminvergabe oder den Zugang zu Versorgungseinrichtungen, gibt es nicht. Dennoch werden immer wieder Forderungen laut nach einem radikalen Umbau des Gesundheitswesens und der Einführung einer Einheitsversicherung. Sie soll die vermeintliche Ungleichbehandlung der Patienten beenden und als Allheilmittel für die Probleme dienen, die sich für die Sozialsysteme zukünftig aus dem demografischen Wandel ergeben. Für die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland hätte der Umbau zu einer Bürgerversicherung eindeutig negative Konsequenzen. Der Wettbewerb im Versorgungsmarkt, der bisher die Einführung von medizinischen Innovationen vorantreibt, käme zum Erliegen. Die Wahlfreiheit der Versicherten wäre passé, die Qualität der Versorgung würde leiden, ohne dass Kosten eingespart werden oder die Versicherungsbeiträge gesenkt werden

können. In einer rein umlagefinanzierten Bürgerversicherung würden keine Rücklagen für die Zukunft gebildet, wenn immer weniger junge Menschen die Versorgung von immer mehr alten Menschen mitfinanzieren müssen. Die KZBV lehnt daher die radikale Einführung einer Bürgerversicherung ab und fordert stattdessen eine reformierte Dualität mit behutsamen Reformen, durch die das heutige duale Versicherungssystem fit für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben im Gesundheitswesen gemacht wird.

Um eine qualitativ hochwertige und flächendeckend wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung zu gewährleisten, müssen alle Patienten langfristig und auf Basis einer gesellschaftliche vereinbarten Grundversorgung den Zugang zum zahnmedizinischen Fortschritt erhalten und behalten. Dabei ist das häufig über viele Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt ein schützenswertes Gut. Wir treten dafür ein, dass bewährte Versorgungsstrukturen erhalten bleiben und weiter ausgebaut werden. Dazu gilt es, die Freiberuflichkeit zu fördern und die Planungssicherheit für die Zahnarztpraxen zu verbessern. Wir setzen uns für faire Wettbewerbsbedingungen auf dem Fundament kollektivvertraglicher Regelungen und verlässlicher Gebührenordnungen ein. Auf Unverständnis sind daher auch die vom Bundeskabinett im März 2013 beschlossenen Eckpunkte des Bundeshaushaltsplans 2014 und des Finanzplans bis 2017 gestoßen. Zur Konsolidierung des Haushalts 2014 wurde der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds um 3,5 Milliarden Euro gekürzt. Dabei benötigt gerade ein komplexes Solidaritätssystem wie der Gesundheitsfonds Kontinuität und Stabilität und ist keine fiskalische Stellschraube.

Die Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 hingegen war ein richtiger und überfälliger Schritt. Die KZBV hat sich immer gegen die Gebühr gewandt. Denn das Phänomen des „doctor hoppings“, das die Politik durch die Gebühr einzudämmen gehofft hatte, gab es im zahnärztlichen Sektor nie. Im Gegenteil, präventionspolitisch hatte die Praxisgebühr eine negative Steuerungswirkung, da sie einen Teil der Patienten von kontrollorientierten Zahnarztbesuchen abgehalten hat.

> **Patientenorientierung und Transparenz**

Der Patient steht im Mittelpunkt des zahnmedizinischen Versorgungsgeschehens. In Gesetzgebungsverfahren, aber auch darüber hinaus, setzen wir uns für seine Belange ein. Etwa trat zum 26. Februar 2013 das Patientenrechtegesetz in Kraft. Die KZBV hat das Gesetzgebungsverfahren mit schriftlichen Stellungnahmen sowie zahlreichen Gesprächen mit Bundestagsabgeordneten und Vertretern der Bundesregierung begleitet. Grundsätzlich begrüßt die KZBV das schlussendlich verabschiedete Gesetz, da es bestehende Rechte der Patienten bündelt und die im Laufe der Jahre von der Rechtsprechung entwickelten Prinzipien des Arzthaftungsrechtes in zivilgesetzliche Normen übertragen soll. Positiv ist vor allem, dass allen Forderungen nach einer generellen Beweislastumkehr bei behaupteten Behandlungsfehlern zu Ungunsten des Zahnarztes beziehungsweise seiner verschuldensunabhängigen Haftung eine Absage erteilt wurde. Eine solch generelle Verschuldensvermutung wäre nicht im Sinne des Patienten und hätte zu einer Defensivmedizin geführt. Problematisch ist allerdings, dass der Zahnarzt durch das Patientenrechtegesetz mit deutlich mehr Bürokratie belastet wird. Die im Gesetz geforderten zusätzlichen Aufklärungs- und Informationspflichten sind weder praxisgerecht noch bringen sie einen relevanten Informationsgewinn für den Patienten.

Unabhängig von Gesetzestexten hat die Patientenberatung grundsätzlich einen sehr hohen Stellenwert in der Zahnmedizin, denn uns ist bewusst, dass es aufgrund der Therapieoptionen einen hohen Informationsbedarf bei den Patienten gibt. Innerhalb der KZBV ist die AG „Patientenorientierung“ Kompetenzträger für Themen rund um die Patientenberatung und treibt entsprechende Projekte voran. Wissenschaftlichen Grundlagen für die vielfältigen Diskussionen liefert das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Michael Dick von der Universität Magdeburg hat

das IDZ begonnen, Grundsätze der Patientenberatung auf Basis der zurzeit in den Kammern und KZVen gängigen Beratungspraxis in Deutschland zu erarbeiten. Projektbegleitend entwickelt das Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) Indikatoren für die Qualitätssicherung und die Qualitätsprozesse. Wichtigstes Beratungsangebot bleibt weiter das individuelle Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient. Daneben stellt die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland in den (Landes-)Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den ratsuchenden Patienten ein umfassendes und flächendeckendes Informations- und Beratungsangebot zur Verfügung. Mit diesem Beratungsangebot können Patienten im Vorfeld einer Behandlung die für sie geeignete Versorgung auf der Basis umfassender und fachlich fundierter Informationen auswählen. Die wichtigsten Informationen haben wir in der gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer veröffentlichten Broschüre „Patienten in Mittelpunkt“ zusammengefasst. Um das Beratungsangebot zudem noch weiter auszubauen, haben KZBV und Bundeszahnärztekammer eine trilaterale Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) geschlossen. Hier erhalten Patienten kostenlos und unverbindlich einen neutralen Rat zu allen Fragen rund um ihre zahnmedizinische Behandlung.

In einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen ist Transparenz ein zentrales Gebot. Regelungen bezüglich korruptiven Verhaltens im Gesundheitswesen standen daher weiterhin in der politischen Diskussion. Die Regierungsfraktionen forderten die Einführung eines speziellen Korruptionsstatbestandes, der im SGB V verankert werden soll. Durch eine neue Strafvorschrift in § 307 c – neu SGB V soll ein Verstoß dagegen mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe geahndet werden. Bezugnehmend auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes vom März 2012 forderte die Opposition eine Strafbewehrung von korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen, in die alle Leistungserbringer, also auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, eingeschlossen werden. In den Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages verurteilte die KZBV, wie alle anderen vertretenen Organisationen und Einzelsachverständigen, korruptives Verhalten stark. Gleichzeitig haben wir darauf hingewiesen, dass grundsätzlich keine Notwendigkeit besteht, einen neuen Straftatbestand gesetzlich zu verankern, da die sozial- und berufsrechtlichen Normen ausreichend sind.

Für freiheitliche Entscheidungsstrukturen

In der Zahnmedizin gibt es für eine Befundsituation oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die sich im Hinblick auf die Kosten erheblich unterscheiden können. Damit einher geht ein für die Zahnmedizin charakteristischer Zielkonflikt zwischen der bestmöglichen Patientenversorgung und der dauerhaften Finanzierbarkeit der Patientenversorgung. Wir haben daher eine sozial abgefederte Grundversorgung definiert, die auf der Basis eines gesellschaftlichen Konsenses zwischen solidarisch finanzierter „need dentistry“ und individueller „want dentistry“ unterscheidet. Die Regelversorgung für alle gesetzlich versicherten Patienten ist die „need dentistry“. Mit der Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen und dem Festzuschussystem für Zahnersatz steht den gesetzlich Versicherten aber auch die Tür offen zur „want dentistry“, bei der individuelle, oft ästhetisch motivierte Wünsche des Patienten im Vordergrund stehen. Die Zahnärzte stehen ihren Patienten als Dialogpartner zur Seite und beraten sie transparent in allen Versorgungsfragen.

Eine andere Besonderheit der Zahnmedizin ist zudem, dass es kaum sektorenübergreifende Leistungen gibt. Stationäre Behandlungen, aber auch veranlasste Leistungen wie Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel sind in der zahnmedizinischen Versorgung von untergeordneter Bedeutung. Aufgrund dieser Charakteristika ist es notwendig, dass die Rahmenbedingungen für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich spezifisch geregelt werden – sowohl im Gesetzbuch als auch in der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Bei Themen der Qualitätssicherung hat der Gesetzgeber dies erkannt. So sind Richtlinien der Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität kann durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.

> Gemeinsamer Bundesausschuss

Das höchste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Neben dem Unterausschuss „Qualitätssicherung“ ist hier der Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“ von zentraler Bedeutung für die Belange der Zahnärzteschaft. So wurde beispielsweise in der AG „Methodik“ die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro) mit einer komplexen wissenschaftlichen Untersuchung zu ausgewählten zahnmedizinischen Leistungen beauftragt. Für die KZBV hat das IGES-Institut parallel dazu ein Konzept zu ökonomischen Aspekten erstellt. Die Arbeiten des IGES-Instituts umfassten die Analyse der Wirtschaftlichkeit der Regelversorgung sowie der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die Bewertung von bereits vorliegenden Evaluations-

konzepten von KZBV und GKV-Spitzenverband. Die Ergebnisse beider Gutachten fließen in die Beratungen im G-BA ein. In der AG „Krankentransport-/Heilmittel-Richtlinie“ wurden die Beratungen über ausschließlich im vertragszahnärztlichen Bereich geltende Richtlinien kontrovers geführt. Der GKV-Spitzenverband war generell nicht bereit, eigene zahnärztliche Richtlinien zu akzeptieren, sondern plädierte für die Geltung der ärztlichen Richtlinien auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die KZBV hat demgegenüber eine eigene Krankentransport-Richtlinie erarbeitet, die im G-BA-Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ weiter beraten wird. Im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie hat die KZBV in engem Dialog mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) einen Heilmittelkatalog erstellt und in die Beratungen eingebracht. Unberührt der Frage über eine eigene zahnärztliche Heilmittel-Richtlinie bestand über die Inhalte des zahnärztlichen Heilmittelkatalogs ein weitgehendes Einvernehmen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband.

Im angesprochenen Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ führte die KZBV Verhandlungen in zwei Arbeitsgruppen. In der AG „Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“ wurde die Frage nach der Geltung der Richtlinie auf für den vertragszahnärztlichen Bereich aufgeworfen. Da es hier keine zahnärztlichen Besonderheiten gibt, war eine eigene Richtlinie nicht durchsetzbar. Jedoch werden die Unterschiede zwischen der vertragszahnärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung, beispielsweise die fehlende ICD-10 Verschlüsselung, in die Richtlinie eingearbeitet. In der AG „Krankenhausinweisungs-Richtlinie“ beantragte die KZBV, die besagte Richtlinie mit einer klarstellenden Regelung zu versehen, dass diese nicht für Vertragszahnärzte gilt. Denn die Verordnung von Krankenhausbehandlungen durch Vertragszahnärzte stellt nach einer Umfrage bei den KZVen kein relevantes Versorgungsgeschehen dar. Für Einzelfälle in der Versorgung stellen die geltenden bundesgesetzlichen Regelungen im Bundesmantelvertrag Zahnärzte sowie im Ersatzkassenvertrag Zahnärzte eine ausreichende Rechtsgrundlage dar.

> Bürokratieabbau

Für eine qualitätsgesicherte und patientenorientierte Versorgung ist ein gewisser Verwaltungsaufwand notwendig. In den Diskussionen im G-BA wird jedoch deutlich, dass sich Richtlinien und Regelungen für Ärzte nicht einfach auf den zahnärztlichen Bereich übertragen lassen. Denn im zahnärztlichen Praxisalltag gibt es ganz andere Abläufe und Strukturen, die spezifischer Lösungen bedürfen. Wir fordern daher, die

bürokratische Überlastung der Praxen abzubauen, damit die Zahnärztinnen und Zahnärzte noch mehr Zeit für das Wesentliche haben: die Versorgung der Patienten. Die KZBV tritt für einen umfassenden Bürokratieabbau in der zahnärztlichen Versorgung, und darüber hinaus im gesamten Gesundheitswesen, ein. Wir begrüßen, dass der G-BA seit September 2012 die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten ermittelt und nachvollziehbar darlegt. Dazu wurde beim G-BA eine Stabstelle Bürokratiekostenermittlung eingerichtet, die ein entsprechendes Berechnungstool entwickelt hat. Im Dialog mit den anderen Trägerorganisationen sowie den Patientenvertretern hat die KZBV nun die Gelegenheit, das Tool weiter zu optimieren.

Aber nicht nur in der Selbstverwaltung, sondern auch in der Politik rückt das Thema Bürokratieabbau weiter nach oben auf der Agenda. So wurde im März 2013 im Bundeskanzleramt vom Normenkontrollrat (NKR) der Grundstein für die Realisie-

rung des Projekts „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Zahnarztpraxen“ gelegt. Ziel des Projektes ist es, den unnötigen bürokratischen Aufwand für Ärzte und Zahnärzte zu identifizieren und abzubauen. Im Fokus der geplanten Bestandsmessung stehen zunächst alle Informationspflichten, die aus bundeseinheitlichen Regelungen resultieren. Im Dialog hatten sich KZBV, BZÄK und NKR darauf verständigt, die Befragung von teilnahmebereiten Zahnärzten auf die vier Regionen Bayern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe zu beschränken. Nach Abschluss dieser Untersuchung sollen dann in Rücksprache mit KZBV und BZÄK ausgewählte Informationspflichten einer detaillierteren Analyse unterzogen und auch Regelungen aus Landesebene betrachtet werden. Die KZBV wird zusammen mit der BZÄK diese Prozesse weiterhin kritisch begleiten und sich aktiv an der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen beteiligen.

Gestalten

› Neben überzeugenden Argumenten sind Vertrauen, Transparenz und Kontinuität wesentliche Voraussetzungen, um mit den eigenen Positionen und Ideen bei politischen Entscheidungsträgern Gehör zu finden. Die KZBV pflegt einen dauerhaften und ehrlichen Dialog mit der Politik über ihre Berliner Vertretung, die in unmittelbarer Nachbarschaft der zentralen politischen Institutionen liegt.

Dialog mit der Politik

Das Beobachten der gesundheitspolitischen Debatten sowie der aktuellen und potenziellen Gesetzgebung und die Analyse der Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung stellen die zentralen Aufgaben der Berliner Vertretung der KZBV dar. Zum Tagesgeschäft zählt zudem die politische Kontaktpflege mit Ministerien, Abgeordneten, Fraktionen, Ländervertretern sowie zunehmend auch Sozial- und Wohlfahrtsverbänden. Mit diesen Akteuren werden Argumente und Anliegen der Vertragszahnärzte im Gesetzgebungsverfahren und zu allen Themen rund um die vertragszahnärztliche Versorgung diskutiert.

Im zurückliegenden Jahr war der Politik-Dialog unter anderem durch das Patientenrechtegesetz, die Abschaffung der Praxisgebühr, das Pflegeneuaustrichtungsgesetz und die damit verbundenen Verbesserungen in der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung und das letztlich gescheiterte Präventionsgesetz sowie die daran geknüpften Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen geprägt. Zudem wurde bei vielen Gelegenheiten ausführlich über die zukünftige Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems diskutiert. In einer Vielzahl öffentlicher Anhörungen hat die KZBV unermüdlich ihre Positionen in all diesen Fragen vorgebracht und ihre Erfahrungen und Kenntnisse in den politischen Prozess eingespeist. In einem Wahljahr sind zudem die Kontakte mit politischen Akteuren besonders intensiv, so dass viele Gespräche zu den Positionen der Vertragszahnärzte geführt und die Positionen der Parteien und Krankenkassen für die nächste Legislaturperiode abgefragt und analysiert wurden.

Um die eigenen Themen angemessen darzustellen, veranstaltet die KZBV regelmäßig Foren zur Diskussion langfristiger Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Auswirkungen für die vertragszahnärztliche Versorgung. Zuletzt fand am 21. Juni 2013 im Vorfeld der Vertreterversammlung in Erfurt das jährliche Diskussionsforum mit Vertretern der

Bundestagsparteien und Krankenkassen statt. Im Zentrum standen die Themen aus dem Strategiepapier der KZBV, der „Agenda Mundgesundheit“, in dem die KZBV ihre politischen Erwartungen im Vorfeld der Bundestagswahl gebündelt und und die Ziele der Vertragszahnärzteschaft für die kommenden Jahre festgelegt hat. Diskutiert wurden wichtige Fragen der zahnärztlichen Versorgung: Wie begegnet man den Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben? Wie soll das Versicherungssystem von morgen aussehen? Wie kann zahnmedizinische Prävention über den gesamten Lebensbogen hinweg verankert und garantiert werden? Zwei Ergebnisse standen schnell fest: Die Beibehaltung und Modernisierung des dualen Krankenversicherungssystems ist für die Vertragszahnärzteschaft der beste Weg, eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und zahnmedizinische Betreuung der Bevölkerung langfristig zu garantieren. Und spezifische, präventionsorientierte Versorgungskonzepte für verschiedene Bevölkerungsgruppen und Lebensalter sind der Schlüssel für die weitere Verbesserung der Mundgesundheit.

Auf- und Ausbau der wichtigen politischen Kontakte findet aber nicht allein auf Fachveranstaltungen statt. Einen hohen Stellenwert in der politischen Kommunikation haben auch soziale Ereignisse, denn sie sind eine gute Plattform für den informellen Gedankenaustausch. Die KZBV veranstaltet daher gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer jedes Jahr einen Neujahrsempfang und ein Frühjahrsfest. Den Neujahrsempfang organisiert die BZÄK, die KZBV verantwortet das Frühjahrsfest. Am 14. Mai 2013 folgten rund 400 Gäste aus Politik, Medien, Gesundheitswirtschaft und dem zahnärztlichen Berufsstand der Einladung der KZBV in den neuen Veranstaltungsort, die Britische Botschaft in Berlin. Unter den Gästen war auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, der in seinem Grußwort die lösungsorientierte und konstruktive Zusammenarbeit zwischen Zahnärzteschaft und Politik lobte.

Innerzahnärztliche Kooperation

Die KZBV repräsentiert auf Bundesebene als Dachverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen rund 54.000 Vertragszahnärzte und mehr als 11.000 in Praxen angestellte Zahnärzte. Um die Interessen des gesamten Berufsstandes erfolgreich vertreten zu können, benötigt die Bundesorganisation die Legitimation durch ihre Mitglieder. Daher werden politische Grundsatzentscheidungen und strategische Weichenstellungen in der Vertreterversammlung diskutiert und mandatiert. Die Vertreterversammlung setzt sich unter anderem aus den Spitzen der KZVen zusammen und ist das höchste parlamentarische Gremium der KZBV. Sie tagte turnusmäßig im November 2012 in Frankfurt und im Juni 2013 in Erfurt.

Zwischen den Vertreterversammlungen wird der kontinuierliche Dialog zwischen Bundes- und Landesebene in erster Linie über den Beirat gepflegt. Der Beirat besteht aus den ersten

Vorsitzenden aller KZVen und ist ein zentrales Konsultationsgremium. Er kam im Geschäftsjahr acht Mal zusammen und berät vor allem über Fragestellungen aus dem Bereich Vertragsmanagement. Der notwendige fachliche Input dafür wird zumeist von aufgabenspezifischen Fachgruppen erarbeitet. Darüber hinaus finden immer öfter zusätzlich Klausurtagungen statt, in denen sich die Vorstände von KZVen und KZBV zu strategischen Fragen der Vertragspolitik abstimmen. Natürlich ist auch die enge Kooperation der zahnärztlichen Spitzenorganisationen von vitaler Bedeutung, damit der Berufsstand bei entscheidenden Projekten mit einer Stimme spricht. Zur Abstimmung haben sich daher regelmäßige jours fixes zwischen KZBV und Bundeszahnärztekammer etabliert.



➤ Die **Agenda Mundgesundheits** stand im Zentrum des Diskussionsforum 2013 in Erfurt

Das internationale Umfeld

Die Internationalisierung der Gesundheitsmärkte und die fortschreitende Regulungsdichte auf europäischer Ebene führen dazu, dass die Abstimmung zahnärztlicher Interessenpolitik über den nationalen Rahmen hinausgeht. Aus diesem Grund koordinieren die KZBV und BZÄK ihre Aktivitäten in den internationalen Organisationen und setzen sich für die Interessen der deutschen Zahnärzteschaft ein.

Auf weltweiter Ebene ist dies die Zahnärzteorganisation Fédération Dentaire International (FDI). Ihr alljährlicher Weltkongress, der von einer Dentalmesse begleitet wird, feierte 2012 in Hong Kong das 100. Jubiläum. Vom 27. August bis 1. September 2012 war die deutsche Delegation mit hochkarätigen Vertretern in allen wichtigen Gremien präsent. Inhaltlich wurde auf dem Weltkongress unter anderem die „FDI-Vision 2020 – Überlegungen zur Zukunft der Mundgesundheit“ vorgestellt. Darin setzt sich die FDI mit aktuellen Problemen der zahnmedizinischen Versorgung auseinander und formuliert globale Handlungsempfehlungen. Inhaltliche Kernforderungen sind unter anderem die substanzielle Beseitigung und Verringerung von Ungleichheiten beim Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung vor allem in Krisenstaaten. Das Papier wurde von den Delegierten sehr kontrovers aufgenommen. In der Kritik stand die von den Delegierten als zu kurzfristig empfundene Präsentation des Papiers, der keine Strategiedebatte im Plenum vorausging.

Im Zuge des Weltkongresses tagte auch die Europäische Regionale Organisation (ERO) der FDI. Hier wurde in der Working-Group „Liberal Dental Practice in Europe“ die

„FDI-Vision 2020“ unter reger Beteiligung der deutschen Delegation ebenfalls intensiv diskutiert. Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass das FDI-Papier weniger entwickelten Ländern einen Weg zur Verbesserung der Mundgesundheit zeigen kann. Seine globale Umsetzung könnte für weit entwickelte Gesundheitssysteme aber auch Nachteile bergen, z.B. wenn der fest etablierte Grundsatz der Delegation zahnärztlicher Leistungen durch eine zunehmende Substitution unterlaufen wird. Die Working-Group plädierte daher dafür, das Papier ausschließlich weniger entwickelten Ländern zu empfehlen.

Ein weiteres wichtiges Thema auf dem FDI-Weltkongress war die sogenannte „Minimata Convention“. Dabei handelt es sich um ein vom UN-Umweltprogramm (UNEP) angestoßenes international verbindliches Quecksilberabkommen. Die Konvention sieht einen sukzessiven Abbau der Verwendung von Zahnamalgam vor und soll im Herbst 2013 zur Unterzeichnung und Ratifizierung vorliegen. In dem Papier werden auch Ansätze zur Intensivierung der Gesundheitsaufklärung, der Forschung zu Amalgamalternativen sowie zum Ausbau von Präventionsprogrammen beschrieben. Die FDI erklärte dazu, dass sie den Ansatz zum stufenweisen Abbau unterstütze. Die Organisation bekräftigte damit ihren in der Generalversammlung am 31. August 2012 gefassten Beschluss, mit den nationalen Zahnärzteverbänden zusammenzuarbeiten, um die nationalen Regierungen zum Beispiel beim Ausbau der Prävention und der Forschung über zahnärztliche Werkstoffe zu unterstützen.

Auch auf europäischer Ebene wurde die Verwendung von Amalgam intensiv diskutiert. So hat die EU-Kommission die „Minimata Convention“ zum Anlass genommen, den Einsatz von Quecksilber vollumfänglich zu überprüfen und ein europaweites Amalgamverbot zu erwägen. Der Council of European Dentists (CED), die Interessenvertretung der Zahnärzteschaft auf Ebene der Europäischen Union, beobachtet diese Entwicklungen genau. Im Berichtsjahr wurde von der CED-Arbeitsgruppe „Amalgam und andere Restaurationsmaterialien“ ein Strategiepapier zum verantwortlichen Umgang mit Amalgam vorgelegt. Darin heißt es unter anderem, dass Zahnärzte nur Amalgamabschneider nutzen sollten, die den

einschlägigen ISO-Normen entsprechen und ausschließlich in Kapseln abgefülltes Amalgam verwenden sollten. Gleichzeitig werden die Hersteller alternativer Füllungsmaterialien dazu aufgefordert, die chemische Zusammensetzung ihrer Produkte detailliert anzugeben und die Arbeitsgruppe empfiehlt nachdrücklich die weitere Forschung zu Amalgamalternativen.

Mit Blick auf die internationalen und europäischen Initiativen hat die KZBV zusammen mit der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die Erarbeitung von nationalen Strategien in Angriff genommen.

Kommunizieren

22

› 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. Kommunikation ist dabei mehr als die Übermittlung von Information, sie dient dem Herstellen und der Pflege einer Beziehung.





Presse

Vorläufige Bilanz zum Patientenrechtegesetz ist gemischt
> [Mehr...](#)

Vorsorge verbessern – Leistungen der Krankenkassen ausbauen
> [Mehr...](#)

Forderung der GKV nach Kontrolle privater zahnärztlicher Leistungen ist absurd
> [Mehr...](#)

Bundestagswahl 2013



Im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 hat der KZBV-Vorstand alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien Fragen zur Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung gestellt. Sie können die Antworten im Wortlaut als Synopse herunterladen.
> [Mehr...](#)

Bürgerversicherung



Die Vertragszahnärzteschaft lehnt die radikale Einführung einer Bürgerversicherung ab und fordert stattdessen eine behutsame Reform, mit der das heutige duale Versicherungssystem für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben im Gesundheitswesen fit gemacht wird.
> [Mehr...](#)

Online-Umfrage: Zwischenergebnis



Mehrere Hundert Zahnärzte haben sich in den vergangenen Monaten an der Online-Umfrage beteiligt. Auf dieser Seite sehen Sie, wie die Zahnärzte die Leistungen der Krankenkassen nach sechs Monaten bewerten.
> [Mehr...](#)

Datenschutz und Datensicherung



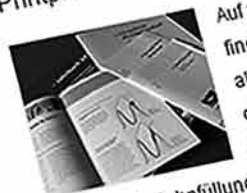
Patientendaten sind sensible Daten, die der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz unterliegen. Ein Leitfaden informiert über die Vorkehrungen, die Zahnarztpraxen zum Schutz der Daten bei der Praxis-EDV treffen sollten.
> [Mehr...](#)

App "Zahnarztsuche"



Seit Juli können sich alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte für die neue KZBV-App "Zahnarztsuche" eintragen. Mit dieser App sollen Patienten bundesweit an jedem Standort schnell und unkompliziert über ihr Smartphone einen Zahnarzt finden können.
> [Mehr...](#)

Printprodukte bestellen



Auf unserer Website finden Sie aktuelle Informationen über das Bestellen von Brochüren, Zahnersatz, Zahnfüllungen, Recall-Postkarten und die dazugehörigen Fakten können Sie hier bestellen.
> [Mehr...](#)

Kommunizieren

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

24

> Online

Die KZBV konzentriert mittlerweile einen Großteil ihres Kommunikationsmix auf den Online-Bereich. Die Nutzung des Internets durchdringt immer weitere Bereiche des Alltages. Getrieben wird dieser Trend durch die Verbreitung mobiler Endgeräte (Smartphones und Tablet-PCs) sowie den Ausbau der Bandbreiten, die den Transfer großer Datenmengen fast überall jederzeit erlauben und die Bedeutung von Print und klassischen audiovisuellen Informationsmedien stark zurückgedrängt haben.

Die Website der KZBV wurde im abgelaufenen Geschäftsjahr weiter ausgebaut. Anfang 2013 wurde ein neuer Servicebereich eingerichtet. Ein Newsletter informiert eine mittlerweile vierstellige Zahl von Abonnenten über Neues auf kzbv.de. In das Redaktionssystem wurde ein Modul integriert, das jetzt außerdem die Durchführung von Umfragen erlaubt. Es fand erstmalig Anwendung mit einem Fragebogen zur Messung der Performance von Krankenkassen durch Zahnarztpraxen. Zwischenergebnisse der Umfrage wurden im Juni 2013 auf der Website in Form eines Rankings veröffentlicht und von den Krankenkassen mit regem Interesse registriert.

Zudem hat die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit 2012 begonnen, ihre Präsenz in sozialen Medien zu intensivieren. Neben dem YouTube-Kanal der KZBV gibt es seit dem Herbst eine Facebook-Seite, die bereits mehrere hundert Fans hat. Hinzugekommen ist auch die regelmäßige Kommunikation über den Kurznachrichtenkanal Twitter. Die gute Resonanz auf die Social-Media-Angebote zeigt, dass auch immer mehr Zahnarztpraxen diese Kanäle nutzen.

Angesichts der dynamischen Verbreitung mobiler Endgeräte hat die KZBV 2011 begonnen, eine App für die bundesweite Suche von Zahnarztpraxen zu entwickeln. Das Projekt hat zwischenzeitlich alle juristischen und technischen Hürden genommen. Die Software ist sowohl für Android- als auch für Apple-Geräte programmiert. Vertragszahnärzte, die über die App auffindbar sein möchten, können seit Juni 2013 ihre Daten über eine Eingabemaske auf appdaten.kzbv.de rechtsicher und geschützt hinterlegen. Schon in den ersten Wochen haben sich mehrere Tausend Praxen registriert. Sobald genügend Zahnärzte ihre Teilnahme erklärt haben, wird die App zum Download für den Endverbraucher zur Verfügung gestellt. Er kann dann nicht nur mit einem Klick die Adressen und Kontaktdaten der Zahnärzte in seiner Umgebung finden, sondern auch Informationen über Spezialgebiete und besondere Services wie Hausbesuche, die Behandlung von Angstpatienten oder barrierearme/-freie Praxen.

> Verstärkte interne Kommunikation

Die KZBV ist Spitzenverband der siebzehn kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Ländern. Die föderale Organisation der Vertragszahnärzteschaft garantiert eine ausgewogene Interessenvertretung der Regionen. Sie erfordert aber auch einen intensiven internen Austausch- und Abstimmungsprozess, damit auf Bundesebene im „Außenauftritt“ mit einer Stimme gesprochen werden kann. Um die Kohärenz der Kommunikationsarbeit zu verbessern, sind im vergangenen Jahr neue Strukturen und Prozesse geschaffen worden. Zunächst wurde eine mit Vorständen von KZVen und KZBV sowie der Fachebene besetzte AG „Öffentlichkeitsarbeit“ eingerichtet. Sie kommt ca. alle zwei Monate zusammen, um den Dialog über Erwartungshorizonte zwischen Bundes- und Landesebene zu verstetigen und konkrete Projekte zu verabreden. Die AG berät die KZBV hinsichtlich der längerfristigen Kommunikationsplanung, bereitet aber auch Positionen und Argumentationen im Vorfeld konkreter Medienereignisse vor. Legitimationsbasis dieser neuen Struktur ist ein Beschluss, den die Vertreterversammlung im November 2012 in Frankfurt gefasst hat. Danach sollen für den Berufsstand relevante Themen so aufgearbeitet werden, „dass dazu eine koordinierte, aktive und/oder reaktive Kommunikation von KZBV und KZVen auf Bundes- und Länder-ebene stattfinden kann.“

Flankiert wird die Arbeit der AG „Öffentlichkeitsarbeit“ seit 2012 durch regelmäßige themenspezifische Treffen der Länderpressereferenten der KZVen. Sie dienen als Bindeglied zwischen der AG und den halbjährlichen, gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer durchgeführten Koordinierungskonferenzen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und haben die Koordination von Kommunikationsmaßnahmen auf Arbeitsebene zum Ziel. Die Koordinierungskonferenzen selbst wurden in gemeinsamen Gesprächen zwischen KZBV und BZÄK einer konzeptionellen Neuausrichtung unterzogen: Sie sollen zukünftig zum einen verstärkt Fortbildungscharakter haben. Zum anderen soll sichergestellt werden, dass die dort erzielten Arbeitsergebnisse nachhaltiger umgesetzt werden können. Dazu werden bei Bedarf kleine task forces aus Länderpressereferenten und Fachreferenten gebildet, die Vorschläge für die operative Umsetzung von Kommunikationszielen erarbeiten, welche in den Koordinierungskonferenzen skizziert wurden. Erstmals angewendet wurde dieses Verfahren im Zuge der Koordinierungskonferenz, die unter der Ägide der KZBV im März in Saarbrücken zum Thema Adressierung von Risikogruppen in der Zahnmedizin stattfand. Dort hat eine task force „Kommunikation AuB“ ihre Arbeit aufgenommen, die sich des Themenmanagements für den Bereich Alters- und Behindertenzahnmedizin annimmt.

Natürlich kann sich die Kommunikation innerhalb der Zahnärzteschaft nicht in Gremienarbeit und kaskadierter Informationsweitergabe erschöpfen. Die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betreut auch weiterhin Redaktion, Layout, Produktion und Distribution von Printprodukten, die allen Vertragszahnärzten unmittelbar zukommen sollen. So wurden das Grundsatzprogramm der KZBV, die „Agenda Mundgesundheit“, und der Ratgeber zu den Schnittstellen zwischen Bema und GOZ ab Mai 2013 an sämtliche Praxen in Deutschland ausgeliefert. Die KZBV nutzte im März 2013 außerdem die zweijährlich stattfindende Internationale Dentalschau (IDS), um mit Zahnärzten und Praxisteams in den persönlichen Dialog zu kommen. Auf der weltweit größten Dental-Messe präsentierte sich die KZBV interessierten Zahnärzten mit einem weitgefächerten Programm. Auf der Agenda standen Beratungsangebote zu Social Media und zur barrierearmen Zahnarztpraxis ebenso wie die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss und politische Themen.

> Vorausschauende Pressearbeit

Mit dem Input aus den neu geschaffenen Koordinierungsgremien und der personellen Verstärkung der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit um eine Referentenstelle zum Jahresanfang 2013 ist die KZBV nun deutlich besser als zuvor für eine antizipierende und auf Dienstleistung für die KZVen ausgerichtete Pressearbeit gerüstet. Im Herbst wurde begonnen, eine Reihe von fact sheets aufzulegen, die den Pressestellen in den Ländern Daten und Argumente zu häufiger wiederkehrenden Fragestellungen zur Verfügung stellen. Vor potenziell kritischen Medienereignissen werden regelmäßig Briefings erstellt und in die Regionen gegeben. Ein Beispiel dafür ist die intensive Vorbereitung auf die Veröffentlichung des Zahnreportes der Barmer-GEK im Frühjahr 2013.

Die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleitet aber auch aktiv die politische Agenda der KZBV und die Implementierung von Neuerungen in der Versorgungslandschaft. Beispielsweise wurden rund um die Einführung der neuen Leistungspositionen zur aufsuchenden Betreuung im Bema zum 1. April 2013 umfangreiche interne und externe Kommunikationsmaßnahmen durchgeführt, die von der Pressemitteilung über Musterinformationen und einen Mustervortrag für die KZVen bis hin zur Bereitstellung aktueller Downloads auf kzbv.de reichten.



> Facebook-Profil und App zur Zahnarzttsuche – die neuen Online-Angebote 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.

Seit Herbst 2012 versorgen die zm Deutschlands Zahnärzte per Print-, Audio-, Video- und interaktivem Internetangebot mit Informationen aus dem gesamten Spektrum zahnärztlichen Wirkens. Die zm produzieren ein umfassendes und aktuelles Info-Programm, das weit über das klassische Printmedium hinaus sämtliche Möglichkeiten der Informationsvermittlung nutzt. Die Technik öffnet neue Wege für eine zielgerichtete Vermittlung von Faktenwissen, Diskussionen und Analysen fachbezogener Themen. Da der multimediale Auftritt im Rahmen einer vertraglich geschlossenen Vorfinanzierung und organisationstechnischer Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteverlag erfolgt, konnte die Programmierung und technische Implementierung mit sehr geringen Belastungen der Herausgeber-Haushalte erreicht werden.

Die Ausweitung ist ein notwendiger Einsatz zur Erhaltung von Marktführerschaft und optimaler Nutzer-Medien-Bindung der zm.

> Berufspolitik

Thematisch war das Jahr durch kontinuierlich stützende Argumentation einer Zahnheilkunde für alte und behinderte Menschen, Berichten zur GOZ-Novelle, zum Patientenrechtegesetz, zu Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zum Qualitätsmanagement geprägt. Weitere Schwerpunkte waren das duale Versicherungssystem und die Bürgerversicherung sowie private Krankenzusatzversicherungen, darüber hinaus der Bundestagswahlkampf 2013 und die gesundheitspolitischen Positionierungen der zm-Herausgeber sowie Themen wie GKV-Finanzierung, Mundgesundheitsziele, Datenschutz, versorgungspolitische Bedarfsplanung/Ärztmangel, das Präventionsgesetz, Patientenberatung oder Versorgungsforschung. Intensiv begleitet wurden der Barmer/GEK-Report, das Thema Korruption und die Abschaffung der Praxisgebühr.



> 13/2012



> 16/2012



> 17/2012



> 18/2012

> Zahnmedizin/Medizin/Wissenschaft

Flankierend zur politischen Berichterstattung wurde eine CME-Fortbildung zum Thema „ZahnMedizin für's Alter“ veröffentlicht. Ein weiterer Schwerpunkt befasste sich mit Reparaturarbeiten an Restaurationen diverser Fachbereiche wie Prothetik, Implantologie, Endo und konservierender Zahnheilkunde. Wissenschaftliches Highlight des Deutschen Zahnärztetages 2012 war ein Film zum Thema Parodontitis, der ausführlich erläutert und fachlich begleitet wurde. Geprägt war die Berichterstattung auch durch eine Reihe disputerter klinisch-ethischer Fälle. Die zm haben zum 25-jährigen Jubiläum des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte crossmedial ausführlich berichtet, aber auch die kleinere zahnärztliche Hilfsprojekten journalistisch begleitet.

Dem Prozess rund um die Entwicklung des Rahmenvertrages für die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen haben die zm in Form der politischen Berichterstattung Rechnung getragen. Darüber hinaus wurde über Zahnärzte berichtet, die bereits seit Jahren im Feld der Alterszahnheilkunde aktiv sind.

In der Rubrik „Fachforum“ berichteten Wissenschaftler „lesegerecht“ aus internationalen Originalpublikationen. Wie in den Vorjahren wurden Beiträge der Rubriken „Der aktuelle klinische Fall“ und „Notfall“ sowie besondere Fachbeiträge und alle Beiträge der großen Fortbildungssektionen durch eine Lese-Lern-Kontrolle via Internet auf zm-online begleitet.

> Praxismanagement

Schlagworte wie Praxisorganisation, Patientenkommunikation, Praxisführung, Mitarbeiterführung oder betriebliches Finanzmanagement waren Basis der Themen, die im Ressort „Praxismanagement“ behandelt wurden. Themen wie Patientenkommunikation, Beschwerdemanagement oder Praxismarketing orientierten sich ausnehmend am Berufsalltag des Zahnarztes. Die Rubrik „Recht“ umfasste aktuelle Urteile und Tendenzen in der Rechtsprechung, die die Berufsausübung tangieren. Um kompetente und seriöse Informationen zu bieten, arbeiten die zm mit ausgewiesenen Experten (Fachjournalisten, Rechtsanwälten, Steuerberatern oder Betriebs- und Volkswirten) zusammen. Nur durch die implizite Nähe zu den Praxen sind die zm in der Lage, in diesem Bereich praxisrelevante Inhalte zu publizieren.



> 19/2012



> 20/2012



> 22/2012



> 23/2012

> zm-Leserservice

Der Leserservice, unverzichtbares Element des zm-Konzepts zur Leser-Blatt-Bindung, ist im Berichtszeitraum auf ein neues Format verlegt worden. Service findet vorrangig internetbasiert auf zm-online statt. Dabei bestätigt sich das bisher auch im Printbereich gefahrene Muster. Vorrangig werden Themen abgefragt, die einen unmittelbaren Nutzen für die Praxis haben. Das heißt, Literaturlisten, Praxistipps und zahnmedizinische wie medizinische Hintergrundinformationen finden große Resonanz. Das verifizieren auch die Klickzahlen auf zm-online.de. Zum Leserservice gehören darüber hinaus Anfragen per Telefon oder Mail, die von der Redaktion im direkten Kontakt bearbeitet werden. Dieser Service ist in der qualitativen Handhabung oft komplex. Thematisch geht es um direkte zm-Belange sowie besondere Aspekte zu Zahnmedizin und zahnärztlichem Beruf. Hier ist oft intensive Rechercharbeit der zm-Servicestelle erforderlich, um eine fachlich fundierte Betreuung so individuell wie möglich zu gewährleisten.

Zum Angebot der zm zählt ebenso der bundesweit wohl umfassendste Veranstaltungs-Servicekalender im Heft wie auch online, mit dessen Hilfe sich die Leser /Nutzer direkt bei Fortbildungsveranstaltungen von Kammern und KZVen sowie bei freien Anbietern anmelden können.

> Weitere Rubriken

Der Aufarbeitung der Kultur und Geschichte des Berufsstandes ist eine Sparte im Heft gewidmet. So wurden im Berichtszeitraum Biographien bekannter Mediziner und Zahnmediziner veröffentlicht, wie zum Beispiel die von Christoph Wilhelm Hufeland oder von Philipp Pfaff. Ausführlich beleuchtet wurde die Rolle des Arztes in der historischen Seefahrt, ein Thema, zu dem es bisher nur wenige Veröffentlichungen gibt.

Eine ungewöhnliche Herangehensweise an ein geschichtliches Thema wählte der Autor des Beitrags „Bilder sagen mehr als tausend Worte“, in der er auf die Ikonographie des Schmerzes aus kunsthistorischer Sicht eingeht. Der Autor erklärt in einem filmischen Kurzinterview auf zm-online, warum er sich als Zahnarzt der Kunstgeschichte gewidmet hat.

Der Arbeitskreis Geschichte der DGZMK hat ein umfangreiches Rechercheprojekt gestartet, bei dem unter anderem die Geschichte der historischen Sammlung Proskauer/Witt von BZÄK und KZBV, der Deutschen Zahnärzte-Bücherei und des Forschungsinstituts Geschichte der Zahnheilkunde von den Anfängen bis heute aufgearbeitet wird. Zusammengefasst ist das Projekt im Artikel „Das historische Gedächtnis der Zahnärzte“. Eine Titelgeschichte thematisiert das verfälschende Bild des Arztes in Fernsehserien („Regie sticht Medizin“).



> 04/2013



> 05/2013



> 06/2013



> 07/2013

> zm-online.de

Mit dem Relaunch von zm-online hat die Redaktion die gesamte Website aufgefrischt. Wertige, aufwendig produzierte Beiträge bestimmen neben tagesaktuellen Nachrichten die Seite. Struktur und Aufbau orientieren sich an heutigen Usergewohnheiten, das Design ist luftig und modern.

Ganz neu aufgesetzt ist der Bereich „CME“. Mit Registrierung und Log-In für die Teilnehmer entspricht die zertifizierte zm-Fortbildung allgemeinen Standards. Neben crossmedialen Fortbildungen, die Online-Inhalte und Printartikel miteinander verknüpfen, soll es künftig auch genuine Online-Fortbildungen geben.

Das zm-Heftarchiv wird von 2002 an in Gänze sukzessive online gestellt. Jede Ausgabe und jeder Jahrgang ist in HTML und als PDF verfügbar. Mit Web- und QR-Codes verweisen wir von Print auf Online und umgekehrt.

Unter „Starter“ erfahren junge Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten Wissenswertes rund um ihr Studium und den Berufseinstieg. Fortbildungsfilm, Slideshows, Interviews und Trailer produziert zm.tv. Blogs beinhalten meinungsstarke Beiträge, geschrieben von Zahnärzten, Studenten und Redakteuren. In den Rubriken Statement, Chefsache, Aus dem Ausland, der vollkommene Ernst und Pro & Contra findet der User Essays, Kommentare, Ansichten und Glossen aus Politik, Gesellschaft und Zahnmedizin. Der crossmediale Online-Auftritt bedingt neue Arbeitsstrukturen bezüglich Organisation und Workflow, aber auch eine Anpassung der technischen Systeme.

Im Durchschnitt weist zm-online gegenwärtig 218.000 Klicks pro Monat auf. Die Zahl der Besucher mit mobilen Endgeräten wächst stetig – seit dem Relaunch von 10,9 Prozent auf 14,6 Prozent.



> 08/2013



> 09/2013



> 11/2013




> 12/2013

Vertragsgeschäft

30



A black and white photograph showing the silhouettes of several people in a modern building with large windows and a highly reflective floor. The people are positioned at various points across the frame, some standing and some walking, their forms mirrored on the floor below. The lighting is dramatic, with the bright light from the windows creating a high-contrast scene.

› Die KZBV hat im Rahmen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eine zentrale Aufgabe: Sie überarbeitet und verhandelt Verträge mit Krankenkassen und Heilfürsorgeträgern. Darin werden bundesweit die Rahmenbedingungen, der Leistungshorizont und die Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen festgeschrieben.

Vertragsgeschäft

Regelungen zum Wohnortprinzip

Das Wohnortprinzip soll zukünftig für die gesamte vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Es besagt, dass vertragliche Leistungen, die eine Kassenzahnärztliche Vereinigung 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. Zur Umsetzung des Wohnortprinzips hat die KZBV im vergangenen Geschäftsjahr mit dem AOK-Bundesverband sowie mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau jeweils eine Rahmen- und eine Umsetzungsvereinbarung geschlossen. Die Rahmenvereinbarung mit dem AOK-Bundesverband wurde im Juni 2012 unterzeichnet, die Umsetzungsvereinbarung folgte im Dezember 2012. Die Verträge mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau kamen am 12.06.2013 zum Abschluss.

Die jeweilige Rahmenvereinbarung sieht vor, dass die technischen und vertraglichen Regelungen zur Umsetzung des Wohnortprinzips auf Landesebene getroffen werden. Die Vertragspartner verständigten sich darauf, dass die Umsetzung des Wohnortprinzips kostenneutral erfolgen soll. Deshalb wurde eine gemeinsame Datenbasis über die finanziellen Auswirkungen abgestimmt, auf der die Umsetzungsvereinbarungen aufbauen.

Bei den Ersatzkassen wurde das Wohnortprinzip auf der Basis gesetzlicher Vorgaben schon 2007 eingeführt. Um das Wohnortprinzip nun flächendeckend und über alle Kassenarten hinweg umzusetzen, sind auch mit der Knappschaft entsprechende Verhandlungen aufgenommen worden.

Vereinbarung für Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei

Die Vereinbarung zwischen der KZBV, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium des Innern zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten ist im zurückliegenden Geschäftsjahr erfolgreich abgeschlossen worden. Der Punktwert für die zahnärztlichen Leistungen mit Ausnahme der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung wurde auf 1,0122 EUR angehoben. Der Punktwert für die zahnärztlichen Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und

Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung wurde auf 0,8691 EUR angehoben. Die Vereinbarung hat eine Laufzeit vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013. Für die Abgeltung des Sprechstundebedarfs wird im Kalenderjahr 2013 eine Pauschale in Höhe von 1,4316 EUR je abgerechneten Abrechnungsschein angesetzt. Die Erhöhung der Punktwerte entspricht einer Anhebung von 2,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Gebührenordnung für Zahnärzte

Zum 1. Januar 2012 ist die Novellierung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Kraft getreten. Auf Initiative des Bundesrates wurde in diesem Zuge der § 10 Abs. 1 dahingehend geändert, dass eine Vergütung nur dann fällig wird, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der GOZ-Anlage 2 entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Dazu hatte das Bundesministerium für Gesundheit ein Abrechnungsformular veröffentlicht. Für bestimmte Konstellationen von privat Zahnärztlichen Leistungen und vertrags Zahnärztlicher Versorgung erwies sich dieser sogenannte Liquidationsvordruck jedoch als ungeeignet. Die KZBV hat sich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit erfolgreich dafür eingesetzt, dass der Vordruck an die Belange der vertrags Zahnärztlichen Versorgung angepasst wird. Darüber hinaus drängt die KZBV nun zum einen darauf, dass das Formular im Bundesanzeiger veröffentlicht und damit offiziell wird. Zum anderen wird auch über die Übernahme der im Liquidationsvordruck definierten Regelungen in den Paragrafenteil der GOZ verhandelt.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die strikte Budgetierung in der Zahnmedizin aufgehoben. Die zahnärztliche Gesamtvergütung ist nicht mehr an die Grundlohnsomme angebunden und die regionalen Verhandlungspartner haben einen größeren Handlungsspielraum erhalten. „Morbidität“ und „Kosten- und Versorgungsstrukturen“ rücken in den Fokus der Verhandlungen über die Gesamtvergütungen. Daher wurde an das IGES-Institut der Auftrag für ein Gutachten zur „Umsetzung der oralen Morbiditätsorientierung gem. § 85 Abs. 3 SGB V und Analyse der Ursachen von Budgetüberschreitungen“ erteilt. Parallel dazu wird ein zweites Gutachten zur „Sozialepidemiologischen Reichweitenabschätzung von KZV-bezogenen Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Morbidität am Beispiel der KZV Mecklenburg-Vorpommern auf Grundlage epidemiologischer Primärerhebungen in Vorpommern (SHIP)“ erstellt. Die KZBV prüft in enger Zusammenarbeit mit dem IGES-Institut Möglichkeiten zur Verzahnung und Vertiefung der beiden Gutachten. Das Ziel dabei ist es, den KZVen edv-technisch und methodisch handhabbare sowie epidemiologisch fundierte Berechnungsmodelle der Morbidität zur Vorbereitung auf die Gesamtvertragsverhandlungen bereitzustellen.

Als Service für die Zahnarztpraxen hat die KZBV gemeinsam mit mehreren KZVen und in Kooperation mit der Bundeszahnärztekammer den Leitfaden „Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ – Vereinbarung privat Zahnärztlicher Leistungen mit Versicherten der GKV“ erarbeitet. Die Broschüre gibt dem Zahnarzt und seinem Team schon im Vorfeld aufwendiger Behandlungen wichtige Hilfestellungen. Sie schafft einen Überblick über die Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ und nennt die Anforderungen an Vereinbarungen von Leistungen der GOZ mit gesetzlich Krankenversicherten. Die Broschüre wurde im Mai 2013 an alle Vertrags Zahnärzte geschickt. Mit ihr erhalten die Zahnarztpraxen eine Grundlage, auf der sie die Beratungsgespräche mit den Patienten führen und die erforderliche Kostentransparenz gewährleisten können.

Darüber hinaus wurde in der AG Vertrag eine Expertenkommission gegründet. Diese hat die Aufgabe, den über den bisherigen, im Gesetzestext gebräuchlichen Terminus „Praxiskosten“ hinausgehenden Begriff „Kosten- und Versorgungsstrukturen“ zu definieren und zu operationalisieren. Dies unterstützt die KZVen dabei, eine methodisch abgestimmte und sachlich fundierte Vorgehensweise in der Erstellung von Punktwertforderungen als wesentlicher Bestandteil von Gesamtvertragsverhandlungen zu gewährleisten. Das Gremium setzt sich zusammen aus schwerpunktmäßig involvierten Mitarbeitern der KZVen sowie aus den für die Durchführung der Kostenstrukturerhebung zuständigen Mitarbeitern der Abteilung Statistik der KZBV. In den beiden bisherigen Sitzungen lag der Fokus insbesondere auf der Erstellung eines Schemas für die Veränderung der Praxiskosten, auf der Bestimmung eines repräsentativen zahnärztlichen Warenkorb sowie auf der Operationalisierung des Begriffes „Versorgungsstruktur“.

Qualität



› Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland ist gut. Die KZBV und mit ihr die gesamte Zahnärzteschaft verfolgt ihren Anspruch auf Sicherung und Förderung von Qualität aktiv und versteht die Qualitätssicherung als originäre Aufgabe des Berufsstandes. Dabei hat die Patientensicherheit einen besonderen Stellenwert.

Qualität

36

Qualität im zahnärztlichen Praxisalltag umfasst neben vielen für die Praxis selbstverständlichen Abläufen im Umgang mit dem Patienten und in der Praxisorganisation alle mit dem praxisinternen Qualitätsmanagement (QM) und der externen Qualitätssicherung (QS) zusammenhängenden Fragen und Regeln. Die KZBV hat daher 2012 das Thema Qualität stark fokussiert, zum einen über das Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) und zum anderen über eine neue Abteilung Qualitätsförderung.

Das ZZQ ist eine Stabsstelle im Institut der Deutschen Zahnärzte und beschäftigt sich als gemeinsame Einrichtung von KZBV und Bundeszahnärztekammer aus wissenschaftlicher Sicht mit globalen Fragestellungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zahnärztlicher Tätigkeiten. Das weite Themenspektrum reicht von Qualitätsmanagementsystemen über Leitlinien und Qualitätsindikatoren bis hin zur Qualität von Dentalprodukten. Ein Schwerpunkt ist die Koordination bei der Erstellung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Zahnmedizin, ihre Evaluation, Verbreitung und Überprüfung. Ferner evaluiert, überprüft und bewertet das ZZQ externe Leitlinien in ihrer Bedeutung für die

Entwicklung und Fortschreibung eigener Leitlinienkonzepte. Zum 1. Juli 2012 ist das ZZQ nach Berlin gezogen. In diesem Zuge änderte sich der bisherige Name „Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung“ in „Zentrum Zahnärztliche Qualität“ und Dr. Regine Chenot übernahm die Leitung. Sie folgte auf Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss, die im Juni 2012 in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Um die wissenschaftlichen Ergebnisse des ZZQ für den vertragszahnärztlichen Bereich zu operationalisieren und die Bearbeitung von Fragen rund um das Management und die Sicherung der Qualität zahnmedizinischer Versorgung weiter zu systematisieren, wurde zudem eine neue Abteilung Qualitätsförderung eingerichtet. Damit hat sich die KZBV zum Thema Qualität noch breiter aufgestellt, denn Qualität im Gesundheitswesen ist längst eine gesellschaftlich relevantes Diskussionsthema, das auch vom Gesetzgeber eine hohe Beachtung erfährt. So sind die Einführung von QM-Systemen und QS-Maßnahmen nach dem SGB V verpflichtend für Praxen. Die KZBV arbeitet daher aktiv an der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben mit – im Dialog mit der Politik und in der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Förderung und Management von Qualität

Seit dem 31.12.2010 besteht für alle Vertragszahnärzte und zahnärztliche Einrichtungen die Verpflichtung, ein einrichtungsinternes QM durchzuführen und weiter zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund erheben die KZVen seit 2011 den Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen QM in den Praxen. Gemäß § 6 der QM-Richtlinie Vertragszahnärztliche Versorgung fordern die KZVen dazu jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählte Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die Ausgewählten werden in allen KZV-Bereichen mittels eines bundeseinheitlichen Berichtsbogens zum Stand ihres einrichtungsinternen QM befragt. Die KZVen melden die Ergebnisse der KZBV, die auf Basis dieser Informationen ab 2012 dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet. Die Abteilung Qualitätsförderung hat im Dezember letzten Jahres im G-BA erstmalig

ihren Bericht zum einrichtungsinternen QM vorgelegt. Die Zahlen belegen, dass die Einführung und Umsetzung des QM bei fast allen Vertragszahnärzten flächendeckend erfolgt ist. Zukünftige Berichte ab 2013 werden zeigen, ob in den Praxen eine veränderte Priorisierung der QM-Maßnahmen erfolgt oder differenzierte QM-Schwerpunkte gesetzt werden.

Basierend auf den Ergebnissen des QM-Berichts sowie den Erfahrungen aus den Stichprobenerhebungen und -auswertungen hat die AG Qualität der KZBV, in der elf von 17 KZVen vertreten sind, einen modifizierten Berichtsbogen erarbeitet. Mit dem neuen Berichtsbogen kann die Entwicklung des QMs in den Zahnarztpraxen noch detailgetreuer dargestellt werden. Darüber hinaus wurde zum Berichtsbogen ein Glossar entwickelt. Dieses stellt die Inhalte des Berichtsbogens praxisnah und verständlich dar und erleichtert den Praxen somit die Umsetzung des Qualitätsmanagements.

Qualitätssicherung

Zahnärzte, Ärzte und Krankenhäuser sind vom Gesetzgeber in § 135a SGB V „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen“ verpflichtet. Der Gesetzgeber legt dabei besonderen Wert auf die sektorenübergreifende Betrachtung. Für den ambulant-ärztlichen und den stationären Sektor ist dies sicher zielführend, denn durch die Entwicklung der medizinischen Behandlung der letzten Jahre und Jahrzehnte ergeben sich hier immer mehr Schnittstellen, zum Beispiel bei ambulanten Operationen. Jedoch weist die zahnmedizinische Versorgung ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten auf und ist in vielen Punkten nicht mit der ambulanten oder stationär-ärztlichen Versorgung zu vergleichen. Die KZBV setzt sich daher weiterhin im G-BA aktiv dafür ein, dass die Zahnmedizin als spezifischer Sektor im Gesundheitswesen betrachtet wird und Regelungen und Richtlinien die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung berücksichtigen.

Insbesondere in den Arbeitsgruppen des G-BA zu Themen der Qualitätssicherung zeigt sich, dass die zahnmedizinischen Spezifika oft von den übrigen Beteiligten nicht wahrgenommen werden. Vor allem die Krankenkassen fordern Vereinheitlichungen, denen die KZBV mit fachlich fundierten Erläuterungen der Unterschiede zwischen den Sektoren entgegentritt. So konnten zu Fragen der Händehygiene differenzierende Vorschläge erarbeitet werden. Auch in der Diskussion um eine Harmonisierung der sektoralen Qualitätsmanagement-Richtlinien vertritt die KZBV die Auffassung, dass die bestehenden und durchaus auch unterschiedlichen Regelungen für jeden Sektor ihre Berechtigung haben und eine Vereinheitlichung nicht zur Verbesserung führt. Die KZBV setzt sich gerade im Bereich der Qualitätssicherung im G-BA dafür ein, Über- und Doppelregulierungen zu vermeiden.

Ergänzend wurden durch die KZBV im G-BA wichtige datenschutzrechtliche Fragestellungen formuliert, da die Qualitätssicherung in großem Maße auf hochsensiblen Patientendaten basiert. Qualität und Transparenz kann nicht zu Lasten des Schutzes der Patientendaten gehen. Zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde aus diesem Grunde ein

Vorschlag für eine Ergänzung der datenschutzrechtlichen Regelungen im § 299 SGB V erarbeitet, die eine sinnvolle Qualitätssicherung unter dem Schutz dieser Daten ermöglichen sollen.

Wie Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im zahnmedizinischen Bereich aussehen kann, wurde neben anderen Themen im April 2013 auf der ersten Qualitätstagung der KZBV diskutiert. Auf der Veranstaltung wurde deutlich, dass der in der Vergangenheit vom G-BA stringent verfolgte Ansatz der vereinheitlichenden einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über die Sektorengrenzen hinweg zu erheblichen Problemen führt. Dass Krankenhäuser und Zahnarztpraxen unterschiedliche Anforderungen an die Umsetzung von QM und QS stellen, ist mittlerweile auch dem G-BA bewusst geworden. Aufgrund der regen Beteiligung und des großen Erfolgs wird die KZBV die Qualitätstagung im jährlichen Rhythmus wiederholen.

Die vertiefende Detailarbeit zu den wichtigsten Fragen rund um das breite Thema Qualität wird von Unterarbeitsgruppen geleistet, die in kürzeren Abständen tagen und Arbeitsempfehlungen an die AG Qualität aussprechen. Aktuell sind die Unter-AGs Qualitätsmanagement (QM), Qualitätsprüfung und -beurteilung nach § 136 sowie Qualitätssicherung (QS) nach § 137 eingerichtet.

Die Bedeutung der Arbeitsgruppen zeigt sich beispielweise bei den durch das Patientenrechtegesetz veranlassten Neuregelungen. In § 137 Abs. 1d SGB V wurde der G-BA neu verpflichtet, in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit festzulegen. Dazu zählen insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Die AG Qualität der KZBV empfiehlt ein Risikomanagement- und Fehlermeldesystem als Element des internen Qualitätsmanagement, das in der Verantwortung der Praxisinhaber liegt.

Leitlinien

Evidenzbasierte medizinische Leitlinien gewinnen im Gesundheitssystem eine immer größere Bedeutung. Die an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausgerichteten Entscheidungspfade in den Gremien des G-BA greifen auf die Empfehlungen in Leitlinien bei der Erarbeitung von Richtlinien für das System der GKV zurück. Oftmals gerät dabei jedoch der Grundsatz in Vergessenheit, dass medizinische Leitlinien nur einen Teil zur Therapieentscheidung im Einzelfall beitragen können. Ebenso zählen die individuellen Erfahrungen des Zahnarztes sowie die Präferenzen des Patienten. Die KZBV hat daher die wachsende Bedeutung der Leitlinien und der Entwicklung von Leitlinien für die Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltung aufgegriffen und begleitet den Prozess der Leitlinienerstellung kritisch und intensiv. Kritisch vor dem Hintergrund, dass der Bezug zur konkreten Versorgungssituation im Rahmen der GKV nicht unberücksichtigt bleiben darf. Leitlinienempfehlungen, die inkompatibel mit den Sozialsystemen und ihren Kautelen sind, konterkarieren den Charakter einer Entscheidungshilfe für die Praxis auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Diese Aufgabe wird von der Abteilung Qualitätsförderung der KZBV wahrgenommen.

Dabei spielt das ZZQ eine zentrale Rolle, denn es unterstützt Vertreter von KZBV und Bundeszahnärztekammer mit wichtigen Hinweisen zur späteren Anwendung der Leitlinien im Praxisalltag. Denn schließlich muss die Relevanz der Leitlinien-

empfehlungen für den Versorgungsalltag erkennbar sein. In manchen Leitlinien übernimmt das ZZQ eine aktive, koordinierende Rolle, indem das gesamte Verfahren der Leitlinienentwicklung aktiv unterstützt wird: vom strukturierten Konsensusprozess mit Vertretern der beteiligten Fachgesellschaften, über Methodenreport, Veröffentlichung einer Lang- und Kurzversion der Leitlinie sowie zugehöriger Patientenfürmationen bis hin zur Verbreitung und Implementierung der Leitlinie. Dies war im Berichtszeitraum bei der Aktualisierung der Leitlinien „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ und „Operative Entfernung von Weisheitszähnen“ der Fall.

Darüber hinaus koordiniert auch die Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Leitlinienverfahren. Über das ZZQ werden KZBV und Bundeszahnärztekammer in die Verfahren einbezogen. Gemeinsam arbeiten KZBV, BZÄK und DGZMK daran, ein strukturiertes, an Kriterien ausgerichtetes Leitlinienprogramm zu realisieren, dass die Fachgesellschaften bei der autonomen Entwicklung von Leitlinien unterstützen soll.

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.

Den hohen Stellenwert des Gutachterwesens zeigen die vielfältigen Aktivitäten der KZBV im Berichtszeitraum. Nachdem die KZBV schon Anfang 2012 einen Leitfaden für implantologische Gutachten aufgelegt hatte, wurden nun auch Leitfäden für die kieferorthopädischen und parodontologischen Gutachter erarbeitet und diesen zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig erhielten auch alle Obergutachter der KZBV die entsprechenden Leitfäden. Die Leitfäden geben einen detaillierten Überblick über alle rechtlichen und vertraglichen Belange des Gutachterwesens. Sie enthalten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und geben praktische Tipps für die Erstellung von Gutachten.

Im März 2013 fanden zwei Fachveranstaltungen zum Gutachterwesen im Zahnärztheus in Köln statt. Am 1. März

beschäftigten sich die von der KZBV bestellten Obergutachter für den kieferorthopädischen Bereich sowie die von den KZVen entsandten Sachverständigen unter anderem mit der Entwicklung der Fallzahlen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung und Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gutachterwesen. Die Obergutachter und Referenten für den Bereich Parodontologie trafen sich am 6. März zu ihrer Tagung und diskutierten unter anderem die Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes auf das Gutachterverfahren sowie eine Vielzahl anderer fachlicher Fragen.

Im Bereich Zahnersatz wurden 2012 insgesamt 134.755 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme um 4,9 % gegenüber dem Vorjahr. In 118.074 Planungsgutachten wurden 56,1 % der Planungen befürwortet (Vorjahr 57,2 %), 19,3 % wurden nicht befürwortet (Vorjahr 19,5 %) und 24,6 % der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 23,3 %). Bei ca. 9,9 Millionen prothetischen Behandlungsfällen wurden lediglich 16.681 Mängelgutachten angefordert. Dabei wurden in 67,6 Prozent der Fälle tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und kann als Indikator für eine qualitativ insgesamt gute Zahnersatzversorgung der Bevölkerung dienen.

Parodontologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2011	2012	Veränderung in %	2011	2012	Veränderung in %	2011	2012	Veränderung in %
Behandlungsfälle	594.100	599.200	0,9	377.400	381.800	1,2	971.500	981.000	1,0
Gutachten	13.243	12.847	- 3,0	4.609	2.971	- 35,5	17.852	15.818	- 11,4
Obergutachtenanträge vom Zahnarzt beantragt	15	24	60,0	10	4	- 60,0	25	28	12,0
von der Krankenkasse beantragt	14	24	71,4	10	4	- 60,0	24	28	- 16,7
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	1	0	- 100,0	0	0	0	1	0	- 100,0
durchgeführte OG-Verfahren	9	11	22,2	3	2	- 33,3	12	13	8,3
Behandlungsplanung abgelehnt	6	13	116,7	7	2	- 71,4	13	15	15,4
Behandlungsplanung zugestimmt	3	0		2	1		5	1	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	2	5		3	1		5	6	
	1	8		2	0		3	8	

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten 2012 um 11,4 % auf 15.818, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 1,0 % auf 981,0 Tsd. gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag bei 1,6 % aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (1,8 %) rückläufig. 43,7 % der PAR-Staten wurden ganz, 35,7 % wurden teilweise und 20,6 % wurden nicht durch die Gutachter befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste in 2012 nur 15 Mal durchgeführt werden. Nur in einem Fall wurde dabei die geplante Behandlung abgelehnt. Im Bereich Kieferorthopädie wurde 2012 in 64.127 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer Zunahme um 6,4 %. In 51,0 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz,

in 31,8 % teilweise und in 19,2 % nicht zugestimmt. Bei 167 (+19,3 %) durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 124 Fällen (74,3 %) der Behandlungsplanung des Zahnarztes/ Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm gegenüber 2011 um 4,6 % auf 2.191 Fälle ab. In 56,9 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 10,5 % teilweise und in 32,6 % nicht zugestimmt. 36 Obergutachten (+100 %) wurden durchgeführt. Dabei wurde in 17 Fällen die geplante Behandlung abgelehnt.


Kieferorthopädie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2011	2012	Veränderung in %	2011	2012	Veränderung in %	2011	2012	Veränderung in %
Gutachten	37.511	41.760	11,3	22.769	22.367	-1,8	60.280	64.127	6,4
Obergutachtenanträge	124	141	13,7	83	80	-3,6	207	221	6,8
Vom Zahnarzt beantragt	109	131	20,2	78	76	-2,6	187	207	10,7
Von der Krankenkasse beantragt	15	10	-33,3	5	4	-20,0	20	14	-30,0
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	41	34	-17,1	26	20	-23,1	67	54	-19,4
Durchgeführte OG-Verfahren	83	107	28,9	57	60	5,3	140	167	19,3
Behandlungsplanung abgelehnt	64	80		45	44		109	124	
Behandlungsplanung zugestimmt	15	20		11	14		26	34	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	4	7		1	2		5	9	

Implantologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2011	2012	Veränderung in %	2011	2012	Veränderung in %	2011	2012	Veränderung in %
Gutachten	1.482	1.390	-9,2	814	801	-1,6	2.296	2.191	-4,6
Obergutachtenanträge	23	37	60,9	19	30	57,9	42	67	59,5
vom Zahnarzt beantragt	11	17	54,5	10	12	20,0	21	29	38,1
von der Krankenkasse beantragt	12	20	66,7	9	18	100,0	21	38	81,0
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	16	18	12,4	8	13	62,5	24	31	29,2
durchgeführte OG-Verfahren	7	19	171,4	11	17	54,5	18	36	100,0
Behandlungsplanung abgelehnt	3	9		5	8		5	17	
Behandlungsplanung zugestimmt	2	8		5	9		7	17	
Behandlungsplanung teilw. zugestimmt	2	2		4	0		6	2	

> [Gutachten und Obergutachten 2011 und 2012](#)

Digitales Gesundheitswesen





› Die elektronische Speicherung und die Übermittlung von Daten gehören längst zum Alltag im Gesundheitswesen. Die KZBV gestaltet im Sinne der Patienten und der Vertragszahnärzte die Telematik im Gesundheitswesen aktiv mit. Die wichtigste Aufgabe ist dabei, für eine sichere Infrastruktur zu sorgen, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnarztpraxen die teilweise sensiblen Patientendaten geschützt speichern und übermitteln können.

Digitales Gesundheitswesen

EDV für die Praxis

44

Die Zahnarztpraxen in Deutschland rechnen nahezu alle gesetzlichen Leistungen bei ihrer jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung elektronisch ab. Das spiegelt sich in der EDV-Statistik über das vierte Quartals 2012 wider: In diesem Zeitraum liefen 99,6 % der konservierend-chirurgischen und 99 % der kieferorthopädischen Abrechnungsfälle auf elektronischem Weg. Dentalsoftwaresysteme müssen beim elektronischen Datenaustausch zusätzlichen umfangreichen Anforderungen gerecht werden. Die Prüfstelle der Abteilung Vertragsinformatik der KZBV legt entsprechende Kriterien hierfür fest. Sie führt Eignungsfeststellungsverfahren für alle Dentalsoftwaresysteme 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 Dentalsystem einen Mangel feststellt. Derzeit verwaltet die Prüfstelle 70 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 entwickelt wurden.

Die KZBV steht in einem engen Dialog mit den Herstellern der Dentalsoftwaresysteme, um für eine größtmögliche Sicherheit der Abrechnungsabläufe zu sorgen und Fehler zu minimieren. So informierte die KZBV die Hersteller auf mehreren Veranstaltungen im Geschäftsjahr unter anderem über das Patientenrechtegesetz und die damit einhergehende ausgeweitete Dokumentationspflicht des Zahnarztes. Darüber hinaus wurden die EDV-Unternehmen detailliert informiert über Änderungen im BEMA, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen. Aus diesen Veranstaltungen heraus bildete sich eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer gemeinsamen Schnittstelle zwischen den verschiedenen Softwaresystemen sowie eines umfassenden Datensicherheitskonzeptes. Unter der Federführung der Abteilung Vertragsinformatik der KZBV arbeiten Vertreter von Dentalsoftwarehäusern und Zahnärzte gemeinsam an der problemlosen und sicheren Übernahme von Patientendaten beim Wechsel der Software.

➤ Elektronische Abrechnung

Dentalsoftwaresysteme dienen dazu, die zahnärztlichen Leistungen für die quartalsweise Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung aufzubereiten und in elektronischer Form (über Datenträger oder online) zu übermitteln. Die Abteilung Vertragsinformatik der KZBV entwickelt dazu Abrechnungsmodule für die Prüfung und Zusammenstellung der Abrechnungs- und Laborabrechnungsdaten, die in die Dentalsoftwaresysteme integriert werden.

Darüber hinaus stellt die KZBV Sendemodule für die Übermittlung der Abrechnungsdaten von der Praxis an die KZV sowie Empfangsmodule bereit, die die Weiterverarbeitung der Abrechnungsdaten in den KZVen sicherstellen. Diese Module müssen aufgrund vertraglicher bzw. gesetzlicher Änderungen im Leistungsgeschehen regelmäßig modifiziert werden. Die verschiedenen Softwarehäuser erhalten von der KZBV die jeweiligen Updates zum Einpflegen in ihre Dentalsoftware, die KZVen entsprechend angepasste Empfangsmodule.

Die Arbeitsgruppe „IT in der Zahnarztpraxis – Unter-AG Vertragsinformatik“ beschäftigt sich mit der Funktionsweise der Module, die den Dentalsoftwareherstellern von der KZBV zur Verfügung gestellt werden. Im Berichtszeitraum ergab sich unter anderem eine erläuternde Dokumentation aller Fehlermeldungen bzw. Erläuterungen der Abrechnungsmodule mit Hinweisen für die Praxen und die Softwarehersteller, wie bei der jeweiligen Meldung des Abrechnungsmoduls zu verfahren ist. Dieses Dokument steht sowohl den Dentalsoftwareherstellern als auch den KZVen, und über diese den Zahnarztpraxen, zur Verfügung.

Die Unterstützungsleistungen der KZBV betreffen neben der Abrechnung zwischen Zahnarztpraxen 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 den KZVen ein Sendemodul zur Verfügung, das für eine korrekte Zusammenstellung der Abrechnungsdaten sorgt.

Als Dachorganisation führt die KZBV zudem die von den KZVen quartalsweise gelieferten Daten für den Risikostrukturausgleich in der GKV zusammen und leitet sie an die Krankenkassen. 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 gemäß gesetzlicher Regelung monatlich an die Krankenkassen.

Zahnärzte-Online Deutschland (ZOD)

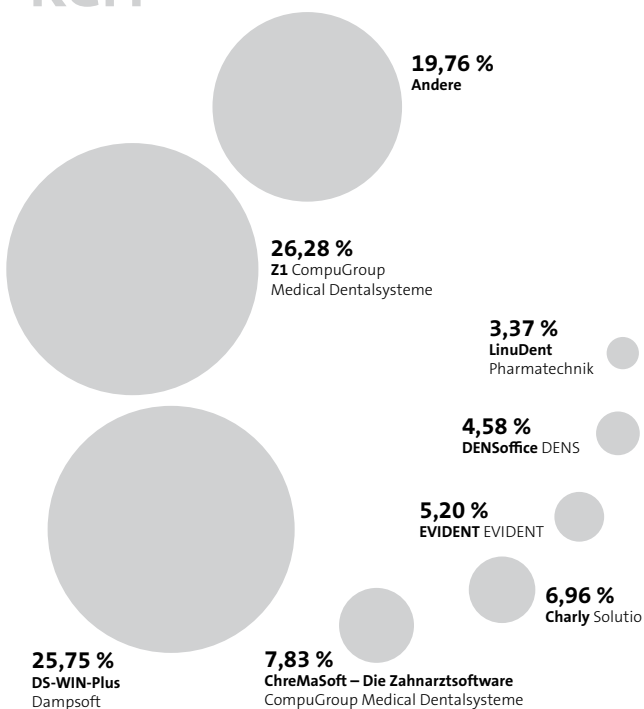
Schon seit einigen Jahren betreibt die KZBV die Sicherheitsinfrastruktur ZOD („Zahnärzte Online Deutschland“). ZOD ermöglicht die sichere Online-Kommunikation zwischen Zahnärzten und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Kernelement der Infrastruktur ist die ZOD-Karte, eine Karte zur qualifizierten elektronischen Signatur. Sie dient zum sicheren Identitätsnachweis und zur sicheren Kommunikation des Zahnarztes in der elektronischen Welt. Wer eine Karte beantragt, benötigt die Bestätigung der zuständigen KZV, dass er Vertragszahnarzt ist. Registrierten Vertragszahnärzten dient die ZOD-Karte als Werkzeug, um sicheren Zugang zum geschützten Bereich des Online-Portals seiner KZV zu erhalten. Hier können sensible Abrechnungsdaten an die KZV sicher übermittelt werden.

Die Sicherheitsfunktionen der ZOD-Karten ermöglichen neben der qualifizierten elektronischen Signatur auch die Ver- und Entschlüsselung von Daten. Die eingesetzten technischen Verfahren entsprechen dem vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und den vom Bundesbeauftragten

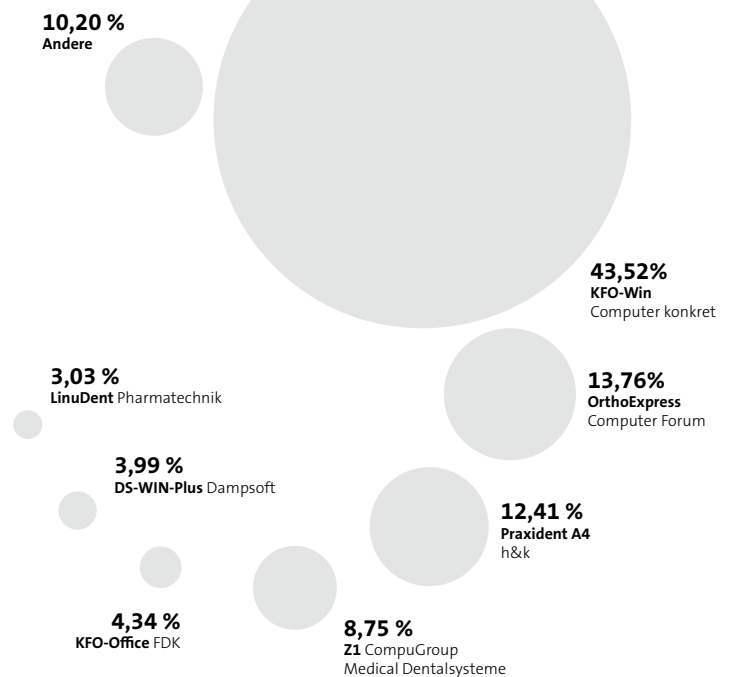
für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) geforderten hohen Standards. Die strengen Vorgaben des Signaturgesetzes und der Signaturverordnung bilden eine gesetzliche Grundlage für die Beantragung und Ausgabe der ZOD-Karte. Entsprechend müssen die ZOD-Anbieter ein Zulassungsverfahren bei der KZBV erfolgreich durchlaufen, um das hohe Sicherheitsniveau zu gewährleisten. Bei den Antragsprozessen werden immer wieder rechtliche Anpassungen berücksichtigt, etwa beim Signaturgesetz und der Signaturverordnung. So konnte das Antragsverfahren erneut verschlankt und die Aufwände für alle Beteiligten minimiert werden: Antragssteller müssen nun nicht mehr wie bisher eine Ausweiskopie mit dem Antrag einreichen.

In der Zahnärzteschaft ist ZOD seit mehreren Jahren fest etabliert. Wie in den Vorjahren konnte die Zahl der Teilnehmer erneut gesteigert werden und hat mit rund 14.500 Nutzern einen neuen Höchstwert erreicht. Damit ist ZOD weiterhin eines der größten und erfolgreichsten Kartenprojekte im deutschen Gesundheitswesen. Gerade in den Regionen, in

KCH



KFO



denen die aktive ZOD-Nutzung von den KZVen aktiv gefördert wird, ist mittlerweile ein nahezu flächendeckender Einsatz der ZOD-Karten zu verzeichnen.

Die Spezifizierung der ZOD-Karte ist eng an den elektronischen Zahnarzttausweis angelehnt, der in der Verantwortung der Bundeszahnärztekammer liegt. Der elektronische Zahnarzttausweis kann als qualifizierte elektronische Signaturkarte mit dem gleich hohen Sicherheitsstandard auch in der ZOD-Welt genutzt werden. Die ZOD-Karte wiederum ist so aufgebaut, dass sie mit neuen Anwendungen der elektronischen

Gesundheitskarte funktioniert. Für den Zahnarzt und die KZVen bedeutet dies Investitionssicherheit, da ein vorzeitiger Kartenaustausch einer ZOD-Karte gegen einen elektronischen Zahnarzttausweis vermieden werden kann. Der Zahnarzt benötigt zur Erfüllung seiner Aufgaben nur eine einzige Karte und muss ZOD-Karte und elektronischen Zahnarzttausweis nicht parallel vorhalten. Der Einsatz beider Karten wird in der Erprobung des Online-Rollout (Stufe 1) der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen technischen Infrastruktur überprüft werden.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

> Basis-Rollout

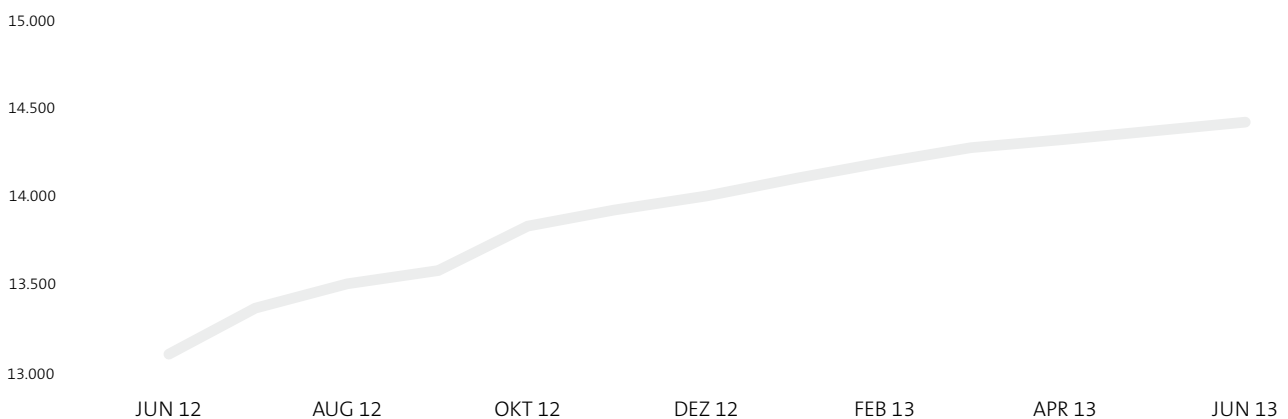
Die Ausstattung der Vertragszahnärzte mit eGK-fähigen Kartenterminals ist abgeschlossen, und der Anteil der alten Krankenversichertenkarten bei den Patienten ist rückläufig. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben daher Verhandlungen zur „Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Vereinbarung)“ begonnen. Hierbei geht es z. B. um den Zeitpunkt, an dem die elektronische Gesundheitskarte der alleinige Versicherungsnachweis sein wird und eine durch den Versicherten vorgelegte Krankenversichertenkarte nicht mehr akzeptiert werden kann.

> Online-Rollout

Dr. Günther E. Buchholz wurde einstimmig von den Gesellschaftern der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) zum Vorsitzenden der

Gesellschafterversammlung gewählt. Damit vertritt er alle Leistungserbringer im Verwaltungsausschuss der gematik. Das Einbringen der Interessen der Zahnärzteschaft konnte damit abermals intensiviert werden.

Die gematik hat mit der Umsetzung der ersten Stufe des Online-Rollouts begonnen. In dieser Stufe werden die Anwendungen „Versichertenstammdatenmanagement“ (VSDM) und „qualifizierte, elektronische Signatur“ (QES) durch ausgewählte Unternehmen erprobt. Die gematik hat dazu in einer europaweiten Ausschreibung die Vorgaben für die Anbieter der Komponenten und die technische Infrastruktur für die Erprobungsphase sowie für die praktische Durchführung der Erprobung festgeschrieben. In Abstimmung mit den KZVen im Vorstandsgremium AG „IT in der Zahnarztpraxis“ sowie der Fach-AG „Telematik“ wurden die Anforderungen der Zahnärzteschaft an die Erprobung festgelegt. Die KZBV hat die Ausschreibungsunterlagen mit Blick auf die spezifi-



> Zunahme der Anzahl ZOD-Karten-Inhaber von Juni 2012 bis Juni 2013

schen Anforderungen kommentiert und so eine Vielzahl von Forderungen der Zahnärzteschaft erfolgreich in die Leistungsbeschreibung und das Testkonzept, die zentralen Dokumente der Ausschreibungsunterlagen sowie in andere Dokumente eingebracht. Trotz mehrfacher Hinweise der KZBV, dass die gematik einen realistischen Zeitplan mit Pufferzeiten vorlegen sollte, musste die enge Zeitplanung der gematik zur Fertigstellung der Dokumente mehrfach geändert werden.

Von der Gesellschafterversammlung der gematik freigegeben wurden die Ausschreibungsunterlagen für die Aufforderung zum verbindlichen Angebot für den Online-Rollout am 13.06.2013. Die Aufforderung zur Angebotsabgabe wurde am 18.06.2013 veröffentlicht. Die gematik rechnet damit, im IV. Quartal 2013 den Zuschlag an die Bieter erteilen zu können. Danach werden in den Testregionen „Nordwest“ (Nordrhein, Westfalen-Lippe, Schleswig Holstein und Rheinland-Pfalz) sowie „Südost“ (Bayern und Sachsen) die jeweiligen KZVen u. a. Aufgaben zur Herausgabe von elektronischen Praxisausweisen (SMC B) übernehmen und die Bereitstellung von Anwendungen für die Testung der qualifizierten, elektronischen Signatur sicherstellen. Zu beiden Themen sind mit der Fach-AG „Telematik“ in enger Abstimmung mit allen KZVen Konzepte erarbeitet worden. Das Konzept zum Praxisausweis konnte die KZBV erfolgreich in die gematik einbringen. Darüber hinaus hat die KZBV frühzeitig begonnen, Informationsmaterial, wie z. B. eine Checkliste und einen Mustervortrag in Abstimmung mit allen KZVen zu erarbeiten und zur Verfügung zu stellen. Auch der Datenschutzkontrollausschuss der Vertreterversammlung der KZBV hat mehrfach zum Online-Rollout der eGK in seinen Sitzungen zu datenschutzrechtlichen Belangen Position bezogen. Diese Positionen wurden von der gematik berücksichtigt.

Zentrales Gremium auf der Fachebene zur Begleitung des Online-Rollout ist der Lenkungsausschuss der gematik. Ihm gehören alle Gesellschafter der Organisation an. Beschlüsse des Lenkungsausschusses werden einstimmig gefasst. Zur Frage der Unterstützung der PIN-Initialisierung der eGK in Arztpraxen konnte keine Einstimmigkeit zwischen den Gesellschaftern erreicht werden, so dass ein für solche Fälle vorgehaltenes Schlichtungsverfahren eingeleitet wurde. Die KZBV konnte sich mit Ihrer Position durchsetzen und den bürokratischen und zeitintensiven Aufwand einer datenschutzrechtlich bedenklichen PIN-Initialisierung in den Praxen vermeiden.

Neben der Ausschreibung für die Erprobung der Anwendungen des Online-Rollout Stufe 1 haben die gematik und die jeweils federführenden Gesellschafter (z. B. die Bundesärztekammer für das Projekt Notfalldatenmanagement) ihre Arbeiten für die Anwendungen der zweiten Stufe des Online-Rollout fortgesetzt. In der zweiten Stufe werden weitere Anwendungen wie das Notfalldatenmanagement und die sichere Kommunikation der Leistungserbringer erprobt und eingeführt. Auch die Arbeiten zur Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung, kurz AMTS, wurden unter Federführung der Apotheker aufgenommen. Über das Transplantationsgesetz ist die gematik zudem beauftragt, ein Verfahren zur Abgabe einer Organspendeerklärung unter Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte zu entwickeln. Die gematik hat dazu für den Deutschen Bundestag einen ersten Bericht erstellt. Auch diese Arbeiten werden von der KZBV kritisch und konstruktiv begleitet.

Forschung

48



› Für die Entwicklung zahnmedizinischer Versorgungskonzepte sowie die Formulierung berufspolitischer Forderungen sind valide Daten und belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse eine wichtige Grundlage. Daher fördert und finanziert die KZBV regelmäßig Forschungsvorhaben im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Dabei kommt dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine zentrale Bedeutung zu. Seit drei Jahrzehnten ist das gemeinsam von KZBV und Bundeszahnärztekammer getragene Institut eine gewichtige Stimme der Zahnärzteschaft in der deutschen Forschungslandschaft.



Forschung

50

Das IDZ ist eine organisatorisch selbstständige Einrichtung mit der Aufgabe, die Zahnärzteschaft mit praxisrelevanter Forschung und wissenschaftlicher Beratung zu unterstützen. Die Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen der Oralepidemiologie, der Gesundheitsökonomie, der Systemforschung, der zahnärztlichen Berufsausübung und der Verhaltensmedizin. Die langfristige Aufgabenplanung wird vom Gemeinsamen Vorstandsausschuss, dem höchsten Gremium des IDZ, vorgenommen. Dem Vorstandsausschuss gehörten 2012/2013

an: Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Günther E. Buchholz, Dr. Peter Engel (Stellv. Vors. 2013), Dr. Wolfgang Eßer, Dr. Jürgen Fedderwitz (Altern. Vors. 2013), Prof. Dr. Dietmar Oesterreich.

Zum 1. Juni 2013 übernahm Priv.-Doz. Dr. Rainer Jordan die wissenschaftliche Institutsleitung von Dr. Wolfgang Micheelis, der in den Ruhestand geht, das IDZ aber weiter als sozialwissenschaftlicher Berater bei der Durchführung und Auswertung der sozialepidemiologischen Großstudie DMS V unterstützt.

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

> Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)

Die seit 1989 durchgeführten vier großen nationalen Mundgesundheitsstudien (DMS) sind das wissenschaftliche Rückgrat des IDZ und haben zur heutigen Anerkennung des Instituts in Wissenschaft und Gesundheitspolitik beigetragen. Im Zuge dieser aufwändigen epidemiologischen Studien werden Tausende repräsentativ ausgewählter Bundesbürger in unterschiedlichen Altersgruppen untersucht, um belastbare Erkenntnisse über die Entwicklung der Mundgesundheit der deutschen Wohnbevölkerung zu erfassen. Die DMS-Studien stellen für die Berufspolitik einen herausragenden Datenpool dar, mit dem sich sowohl Erfolge als auch neue Herausforderungen der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland empirisch belegen lassen. 2006 wurde die letzte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) veröffentlicht, nun ist mit der DMS V eine erneute Aktualisierung des Datenbestands vorgesehen.

Eine Studie von solchen inhaltlichen, organisatorischen und finanziellen Dimensionen setzt eine entsprechende Vorlauf- und Planungszeit voraus. Dazu gehört auch eine zahnmedizinische und sozialwissenschaftliche Expertenberatung, um das Studiendesign in allen Aspekten auf der Höhe der aktuellen wissenschaftlichen und regulatorischen Standards zu entwickeln. Im Sinne eines Konsensprozesses hat das IDZ das Erhebungskonzept mit einem Expertenkreis aus Hochschullehrern verschiedener zahnmedizinischer Disziplinen im Frühjahr 2013 festgelegt. Die Umsetzung einer solchen Großstudie kann nicht allein vom IDZ durchgeführt werden. Daher wurde im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung die Kantar Health GmbH als Projektpartner ausgewählt, mit dem das IDZ die Feldarbeit gemeinsam organisiert und die das zentrale Datenmanagement übernimmt.

Um Zeitvergleiche methodisch sauber zu ermöglichen, orientiert sich die DMS V an den Vorgängerstudien. Detailliert untersucht werden die Karies- und Parodontitislast als orale Haupterkrankungen in der Bevölkerung. Auch andere, nichtkariöse Zahnhartsubstanzdefekte, z. B. Erosionen, werden in das

Befundungsprogramm aufgenommen, ebenso wie die Versorgung mit Zahnersatz. Gleichzeitig werden mit der Erfassung von Mundschleimhauterkrankungen zahnmedizinisch-klinische Untersuchungsaspekte zurückliegender DMS-Studien zur epidemiologischen Aktualisierung wieder aufgegriffen. Weil sich die DMS-Studien im besten Sinne als sozialepidemiologische Surveys verstehen, werden die zahnmedizinischen Erhebungen flankiert von einem umfassenden sozialwissenschaftlich orientierten Fragebogen. Nur so können später wichtige Aussagen zwischen verhaltensbezogenen und krankheitsbedingten Zusammenhängen herausgearbeitet werden. Daher werden bei der DMS V auch neue soziologische Trends, wie die Salutogenese-messung, berücksichtigt werden.

Die Aufnahme der Probandenuntersuchungen ist für Herbst 2013 geplant und wird voraussichtlich 15 Monate betragen. In dieser Zeit werden mit mehreren Projektteams insgesamt 90 Untersuchungsstandorte in ganz Deutschland aufgesucht. Der Abschluss der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie ist im Herbst 2016 mit der Präsentation einer Buchpublikation in der IDZ-Materialienreihe vorgesehen.

> Alters- und Behindertenzahnmedizin

Die Thematik der Alters- und Behindertenzahnmedizin wird für das IDZ immer wichtiger. So wird in die nun geplante DMS V erstmals eine Bevölkerungskohorte jenseits des 75. Lebensjahres in die Studie eingebunden, um ein breites Bild der Mundgesundheit alter und pflegebedürftiger Menschen zu gewinnen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sind diese Mundgesundheitskennzahlen aus epidemiologischer Sicht grundsätzlich relevant und liefern darüber hinaus eine epidemiologisch belastbare Basis für die berufspolitische Arbeit im Bereich der Alters- und Behindertenzahnmedizin. Vor dem gesundheitspolitischen Hintergrund sowie zur standespolitischen Flankierung des Versorgungskonzepts „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ wurde das IDZ beauftragt, seine wissenschaftlichen Beratungsressourcen einzusetzen, um für die Gruppe der Pflegebedürftigen und

Menschen mit Behinderungen die orale Morbidität und den oralen Versorgungsbedarf objektiv und statistisch belastbar dokumentieren zu können. Im Auftrag des IDZ erfassten und werteten zwei führende Experten der Alters- und Behindertenzahnmedizin sämtliche epidemiologischen Einzelstudien der letzten Jahre zur zahnmedizinischen Situation von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung aus. Prof. Dr. Ina Nitschke (Universitäten Leipzig und Zürich) und Prof. Dr. Andreas

Schulte (Universität Heidelberg) erstellten ein umfangreiches Review, in dem die Datenbestände zur Alters- und Behindertenzahnmedizin aus diversen (kleineren) Einzelstudien zusammengetragen und einer methodenkritischen Analyse zu unterzogen wurden. Die Ergebnisse wurden im September 2012 im IDZ-Informationssystem veröffentlicht und die interessierte Fachöffentlichkeit dadurch mit einer synoptischen Datengrundlage versorgt.

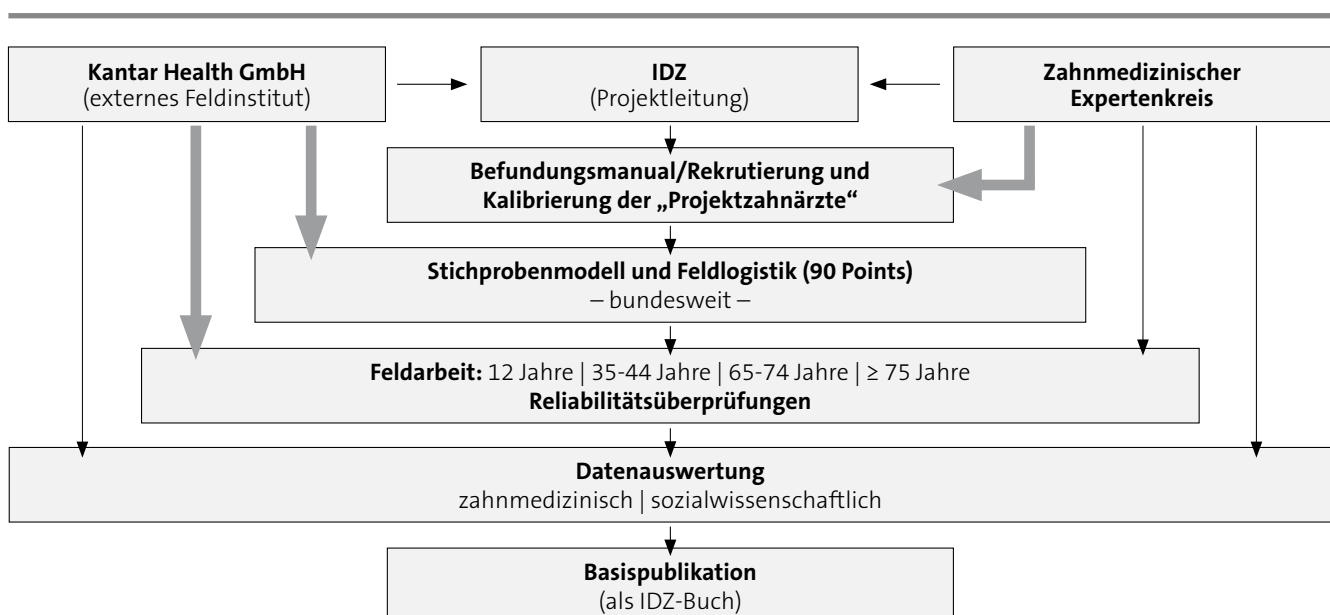
Ökonomische Forschung

> Analysen zum Verkaufswert von Zahnarztpraxen

Der Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen befindet sich weiterhin in einer Umbruchphase. Die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte ist seit 2007 rückläufig. Dadurch ist aus einem Nachfrageüberhang mittlerweile ein Angebotsüberhang geworden ist und die Rahmenbedingungen für die Veräußerung einer Zahnarztpraxis sind erschwert. Die veränderten Marktbedingungen wirken sich insbesondere auf den ideellen Wert (Goodwill) der Zahnarztpraxen aus.

Um die veränderten Marktbedingungen auszuleuchten, hat das IDZ in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein empirisches Projekt zur Bestimmung des Praxiswertes im Kontext einer Praxisveräußerung initiiert. Die Feldphase ist mittlerweile abgeschlossen. Im Mittelpunkt

stehen die Bestimmungsgründe für die Höhe des Goodwill. Hier herrscht erheblicher Forschungsbedarf, da bei den am Markt befindlichen Bewertungsverfahren primär betriebswirtschaftliche Kennzahlen herangezogen werden und etwa Gesichtspunkte des sogenannten sozialen Kapitals (Patientenstamm, Zahnarztbindung, Imagezuschreibungen) nur diffus in die Kaufpreisverhandlungen einfließen. Im Zentrum der Analyse steht die Abfrage von Kriterien, die eine Rolle bei der Kaufpreisfindung spielen könnten. Im Einzelnen handelt es sich um betriebswirtschaftliche und standortbezogene Kriterien, um Aspekte der Praxisorganisation und des Sozialkapitals sowie um Patientenmerkmale. Projektziel ist es, deren praktische Bedeutung zu ermitteln und den empirischen Befund kritisch mit den gängigen Praxisbewertungsverfahren abzugleichen. Die zentralen Ergebnisse der Analyse sollen im Herbst 2013 als IDZ-Information publiziert werden.



› Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z-II)

Die nationalen Gesundheitssysteme unterliegen vermehrt dem Einfluss Europas. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Strukturen der (zahn-)medizinischen Versorgung in den Nachbarstaaten zu kennen. Seit der Erstauflage des EURO-Z-Projekts 1999 gab es relevante Änderungen der Rahmenbedingungen in Deutschland und bei den europäischen Nachbarn: Währungsumstellung auf den Euro, Reformen der zahnärztlichen Gebührenordnungen, Anpassung der zahnmedizinischen Leistungskataloge. Der zahnmedizinische Fortschritt führte zu einer Erweiterung des Therapiespektrums; zugleich verschärfte sich der Wettbewerb infolge des zunehmenden grenzüberschreitenden Waren- und Dienstleistungsverkehrs (Dentaltourismus und Auslandszahnersatz). Nach 14 Jahren ist ein Update des damaligen IDZ-Projektes geboten. In Zusammenarbeit mit der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) werden derzeit im Rahmen einer zweistufigen Expertenbefragung die Preise ausgewählter typischer zahnmedizinischer Leistungen erhoben

und vor dem Hintergrund der landesspezifischen Kontextinformationen bewertet. In die Untersuchung einbezogen sind neben Deutschland die Nachbarstaaten Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Schweiz sowie Ungarn.

Ziel der Untersuchung ist es, die aktuellen Preise für bestimmte zahnärztliche Behandlungen eines Patienten in den genannten Ländern zu ermitteln und miteinander zu vergleichen. Als Preis der einzelnen zahnmedizinischen Leistungen wird die Summe aus zahnärztlichem Honorar und Material- und Laborkosten erfasst. In diesem Kontext wird auch erhoben, inwiefern die Preise für die ausgewählten Behandlungsanlässe variieren können und welchen Eigenanteil der Patient in der Regel zu tragen hat. Um die erhobenen nationalen Preise vergleichbar zu machen, werden diese mittels Kaufkraftparitäten und Einkommensverhältnissen umgerechnet. Die Ergebnisse des europäischen Preisvergleichs werden voraussichtlich im Frühjahr 2014 als IDZ-Information publiziert.

Versorgungsforschung

› Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung

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. Der jährliche Kongress zur Versorgungsforschung fand vom 27. bis 29. September 2012 in Dresden statt und stand unter dem Motto: „Prävention und Versorgung 2012 für die Gesundheit 2030“. Das IDZ hat sich hier mit verschiedenen Studien in Vorträgen und im Kongressband präsentiert.

› Patientenzufriedenheitsforschung

Im Rahmen einer Nachanalyse ausgewählter Daten aus einer umfangreichen Bevölkerungsumfrage, die das IDZ gemeinsam mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchführte, wurde in 2011/2012 ein Erhebungsinstrument zur Messung der „Subjektiven Patientenzufriedenheit“ (ZAP) für die zahnärztlichen Versorgungsbesonderheiten validiert. Diese methodenkritische Grundlagenarbeit wurde mit dem Institut für Gesundheitsforschung (Prof. Dr. Bitzer) der Pädagogischen Hochschule Freiburg durchgeführt und unter dem Kürzel „Zahn-ZAP-V1“ in der einschlägigen Forschungsliteratur mittlerweile publiziert.

Forschungskooperationen mit der Universität Greifswald und der Medizinischen Hochschule Hannover (MH): 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 drei weiterführende Analysen erstellt: eine zur zeitlichen Entwicklung bei Zahnverlust, die zweite zu Veränderungen der Parodontitislast in Deutschland und die dritte zur Entwicklung der Karies. Alle drei Arbeiten wurden in renommierten internationalen Zeitschriften zur Veröffentlichung angenommen.

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

HTA: ZZQ/IDZ ist für die KZBV aktiv im Kuratorium Health Technology Assessment (HTA).

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.

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

Agenda Qualitätsförderung: Das ZZQ und das IDZ unterstützt und berät BZÄK und KZBV bei der geplanten Neufassung der Agenda Qualitätsförderung aus dem Jahre 2004.

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

Investitionsanalyse (InvestMonitor): Das IDZ analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer das zahnärztliche Investitionsverhalten. Die jährlich erscheinende Analyse dient als wichtige Information in der Niederlassungsberatung.

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

> Sonstige Forschungsvorhaben und laufende Aktivitäten am IDZ

Holtfreter, B., Berg, M. H., Kocher, T., Schiffner, U., Hoffmann, T., Micheelis, W.: Change in FS-T index and determinants of functional health in adults in the German national oral health surveys between 1989 and 2005. *Community Dent Oral Epidemiol* 41, 2013, 3, S. 251–260; doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00739.x; Epub 2012 Aug 11.

Klingenberger, D., Ostwald, D. A.: Die Mundgesundheitswirtschaft als „Beschäftigungstreiber“ der deutschen Wirtschaft – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse. In: Kirch, W., Hoffmann, T., Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2012, S. 940–954

Ziller, S., Oesterreich, D., Micheelis, W.: Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 – Zwischenbilanz und Ausblick. In: Kirch, W., Hoffmann, T., Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2012, S. 1002–1023

Geyer, S., Micheelis, W.: Vortrag „Veränderungen der routine- und beschwerdeorientierten Inanspruchnahme in der zahnmedizinischen Versorgung – Untersuchungen mit den Daten der Mundgesundheitsurveys 1989, 1997 und 2005“. 11. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 3. Nationaler Präventionskongress, 27. bis 29.09.2012, Dresden; *Dtsch med Wochenschr* 137, 2012, Suppl. 3 – A85; doi: 10.1055/s-0032-1323248

Micheelis, W., Geyer, S.: Nachfragemuster von GKV- und PKV-Versicherten nach zahnärztlicher Untersuchung. *Dtsch Zahnärztl Z* 67, 2012, 12, S. 773–776

Bitzer, E. M., Mehrer, L., Petrucci, M., Hussein, R., Micheelis, W., Süßlin, W., Dierks, M.-L.: Zufriedenheit mit der zahnärztlichen Versorgung aus Perspektive der Patienten – Der Zahn-ZAP-V1. *Das Gesundheitswesen*: DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1321763>; Online-Publikation: 2012

Schützhöld, S., Holtfreter, B., Hoffmann, T., Kocher, T., Micheelis, W.: Trends in dental health of 35- to 44-year-olds in West and East Germany after reunification. *Journal of Public Health Dentistry* 73, 2013, 1, S. 65–73; doi: 10.1111/jphd.12007; Epub 2013 Jan 07

Jordan, A. R.: Vortrag „Risikogruppen in der Zahnmedizin: Eine epidemiologische und sozialmedizinische Bestandsaufnahme“. Koordinierungskonferenz Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Länderpressereferenten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern, 01.03.2013, Saarbrücken

Kettler, N.: Vortrag „Ausgewählte Ergebnisse aus der IDZ-Befragung ECC-Basis“. 5. Sitzung Arbeitsgruppe „DAJ-Frühkindliche Karies“ der KZBV, 08.03.2013, Berlin

Klingenberger, D.: Vortrag „Einführung in die Volkswirtschaftslehre“. Akademie für freiberufl. Selbstverwaltung und Praxismanagement, 24.05.2013, Münster


Jordan, A. R., Micheelis, W.: Gasteditorial „DMS V in den Startlöchern“. *Dtsch Zahnärztl Z* 68, 2013, 6, S. 321

Heinrich-Weltzien, R., Wagner, A., Micheelis, W.: Fachwissen und subjektive Belastung der zahnärztlichen Behandlung von Kindern mit Behinderungen – Eine Befragung Thüringer Zahnärzteschaft. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 35, 2013, 2, S. 81–88

> Publikationen/Fachbeiträge

Interne Organisation





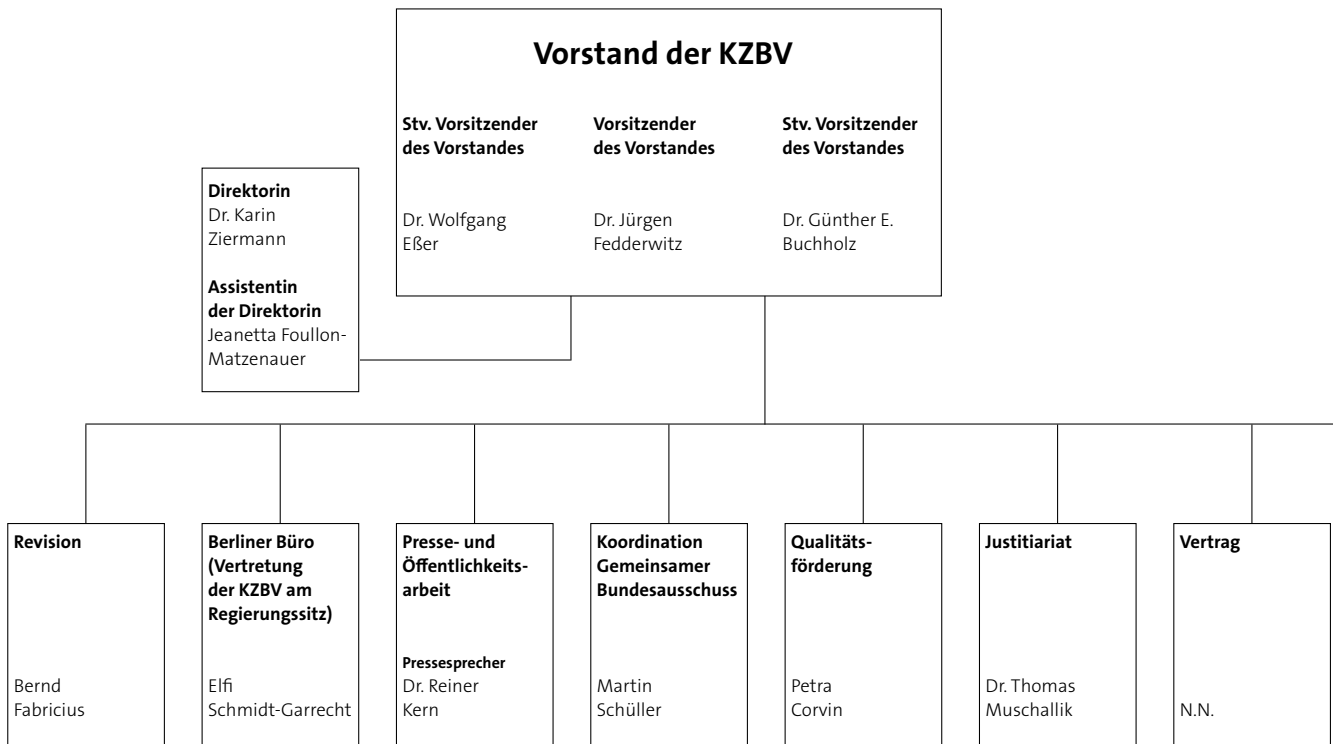
› Die KZBV ist eine moderne Dienstleistungsorganisation. Ihr größtes Kapital sind kompetente und motivierte Mitarbeiter mit spezialisierten Kenntnissen in unterschiedlichsten Fachbereichen des Gesundheitswesens. Daher kommt einer vorrausschauende Personalplanung sowie einem guten Personalmanagement zentrale Bedeutung für den Erfolg der Organisation zu. Zwischen Mitte 2012 und Mitte 2013 hat die KZBV insgesamt 13 Mitarbeiter eingestellt. Das Team besteht nun aus insgesamt 105 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Standorten Köln und Berlin.

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 2012 wurden über 70.000 Euro in Fort- und Weiterbildungen investiert.

Im Frühjahr 2012 hat die KZBV eine neue Abteilung Qualitätsförderung eingerichtet. Hier arbeiten drei Mitarbeiter an Fragen zum Management und zur Sicherung der Qualität zahnmedizinischer Versorgung. Schwerpunkte der Abteilung sind die Unterstützung der Zahnärzte und KZVen bei der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätsförderung (zum Beispiel die Begleitung von Qualitätszirkeln) sowie die Aus-



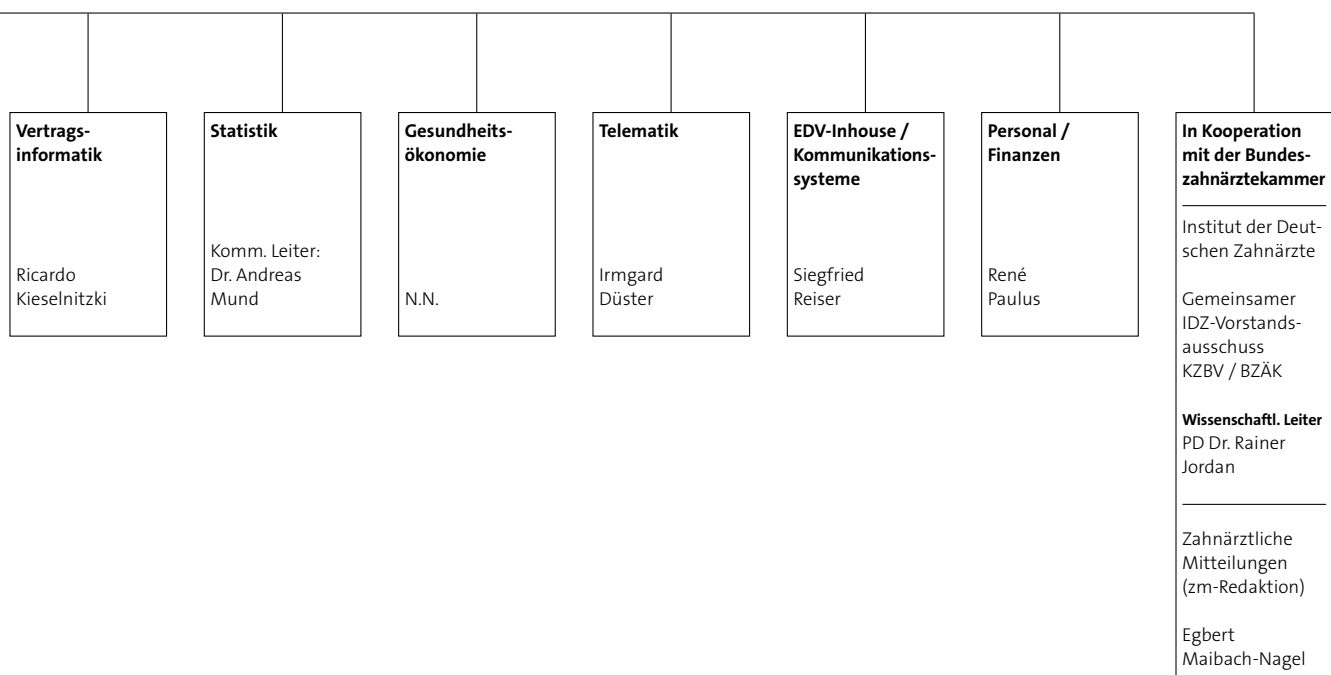
Fort- und Weiterbildung, das Qualitätsmanagement und die Erstellung von Qualitätsberichten. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Mitarbeit an zahnärztlichen Leitlinien. Die Abteilung Qualitätsförderung ist am Standort Berlin untergebracht. Daneben arbeiten die Redaktion der zm sowie die Abteilungen Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss und Presse- und Öffentlichkeitsarbeit an der Spree.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

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

E-Mail: post@kzbv.de · www.kzbv.de



Haushalt

Die KZBV finanziert sich aus Beiträgen ihrer Mitgliedsorganisationen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der jeweiligen KZV. Im Jahr 2012 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 17,00 Euro. Seit dem 1. Januar 2013 beträgt er 17,70 Euro. Hinzu kommt ein zeitlich begrenzter Sonderbeitrag für die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, für Gutachten zur Morbiditätsentwicklung und weitere Unterstützungsleistungen für die KZVen in Höhe von 1,30 Euro je beitragspflichtigem Mitglied.

> Haushaltsabschluss 2012

Für das Wirtschaftsjahr 2012 war im Haushalt ursprünglich eine Vermögensabnahme von 1.736.926 Euro vorgesehen. Tatsächlich wurden aber zum 31.12.2012 saldierte Mehreinnahmen von 252.959 Euro erzielt und saldierte Mehrausgaben von 557.046 Euro ausgewiesen. Somit betrug die Vermögensabnahme zum Jahresende 2.041.013 Euro. Das in der Bilanz Ende 2012 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit auf nunmehr 6.360.367 Euro gesunken. Die Jahresrechnung 2012 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Verhülsdonk & Partner GmbH geprüft und ohne Einschränkungen bestätigt.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
A. Beiträge	12.190.020	A. Aufwandsentschädigungen, Beiträge	245.315
B. Zinsen	614.919	B. Öffentlichkeitsarbeit	333.299
C. Sonstige	611.876	C. Externe Dienste	1.094.542
D. Vermögensabnahme	2.041.013	D. Reise- und Tagungskosten	2.355.494
		E. Personalkosten	9.453.140
		F. Sonstiger Verwaltungsaufwand	1.976.038
	15.457.828		15.457.828

> Haushaltsplanung 2013

Der Haushalt der KZBV wird zu einem erheblichen Teil von Fixkosten bestimmt. Darüber hinaus beeinflussen aber auch strategische und operative Entscheidungen das Volumen des Etats. Nach dem Beschluss der Vertreterversammlung, von der vollständigen Verlagerung der Organisation nach Berlin abzusehen, wurde in 2012 der von der Vertreterversammlung über einen Zeitraum von fünf Jahren erhobene Sonderbeitrag in Höhe von 0,60 Euro pro Monat/Zahnarzt für die „Rücklage Sozialkosten KZBV“ für einen eventuellen Berlinumzug mit Ausnahme der verbrauchten Mittel für die Erweiterung der Berliner Repräsentanz vollständig zurückgezahlt.

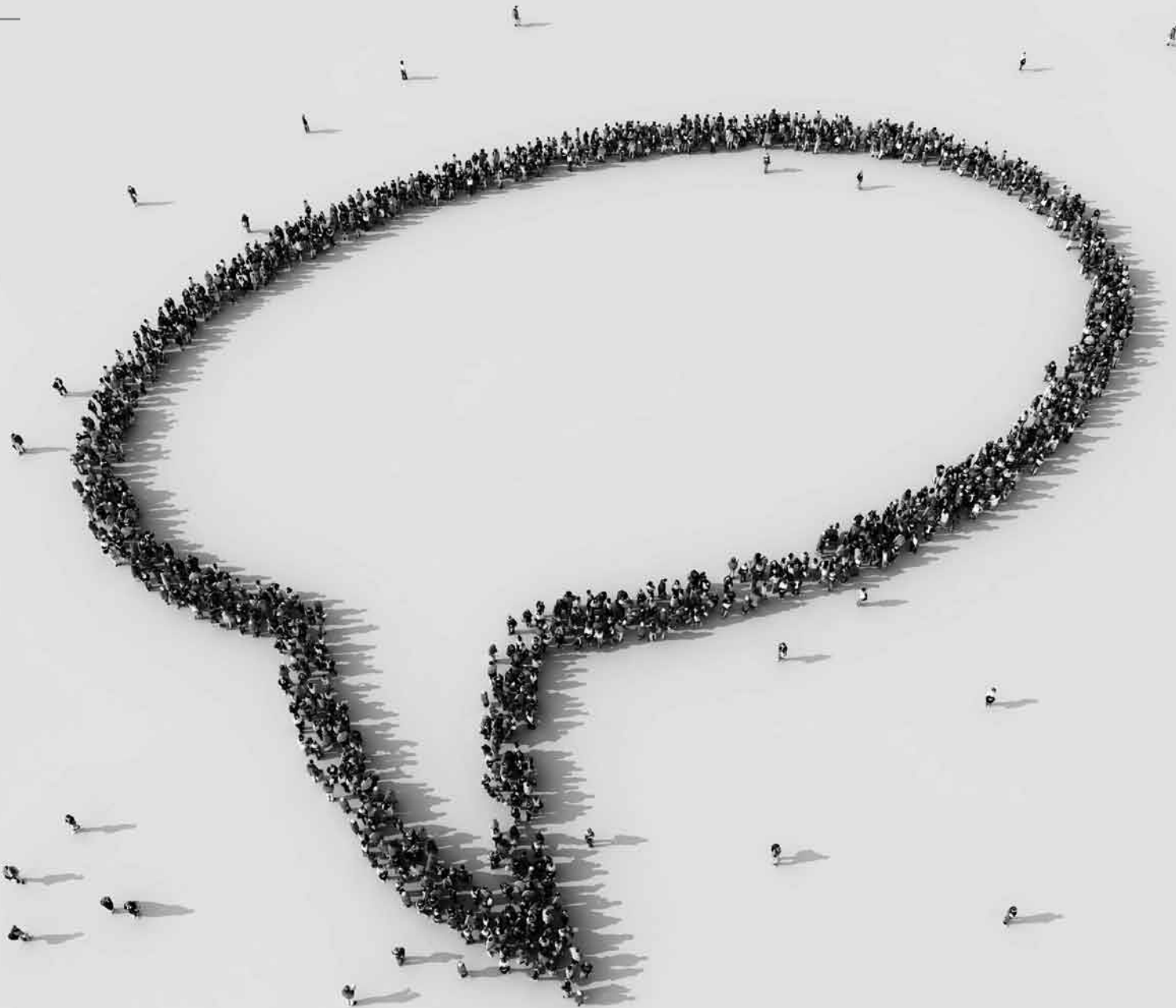
Für 2013 weist der Haushaltsplan Ausgaben in Höhe von 16.714.797 Euro aus. Das entspricht einer Steigerung von 12,17 % gegen- über dem Ansatz des Vorjahres. Dabei sieht der Haushaltsplan eine Vermögensabnahme von 2.164.585 Euro vor .

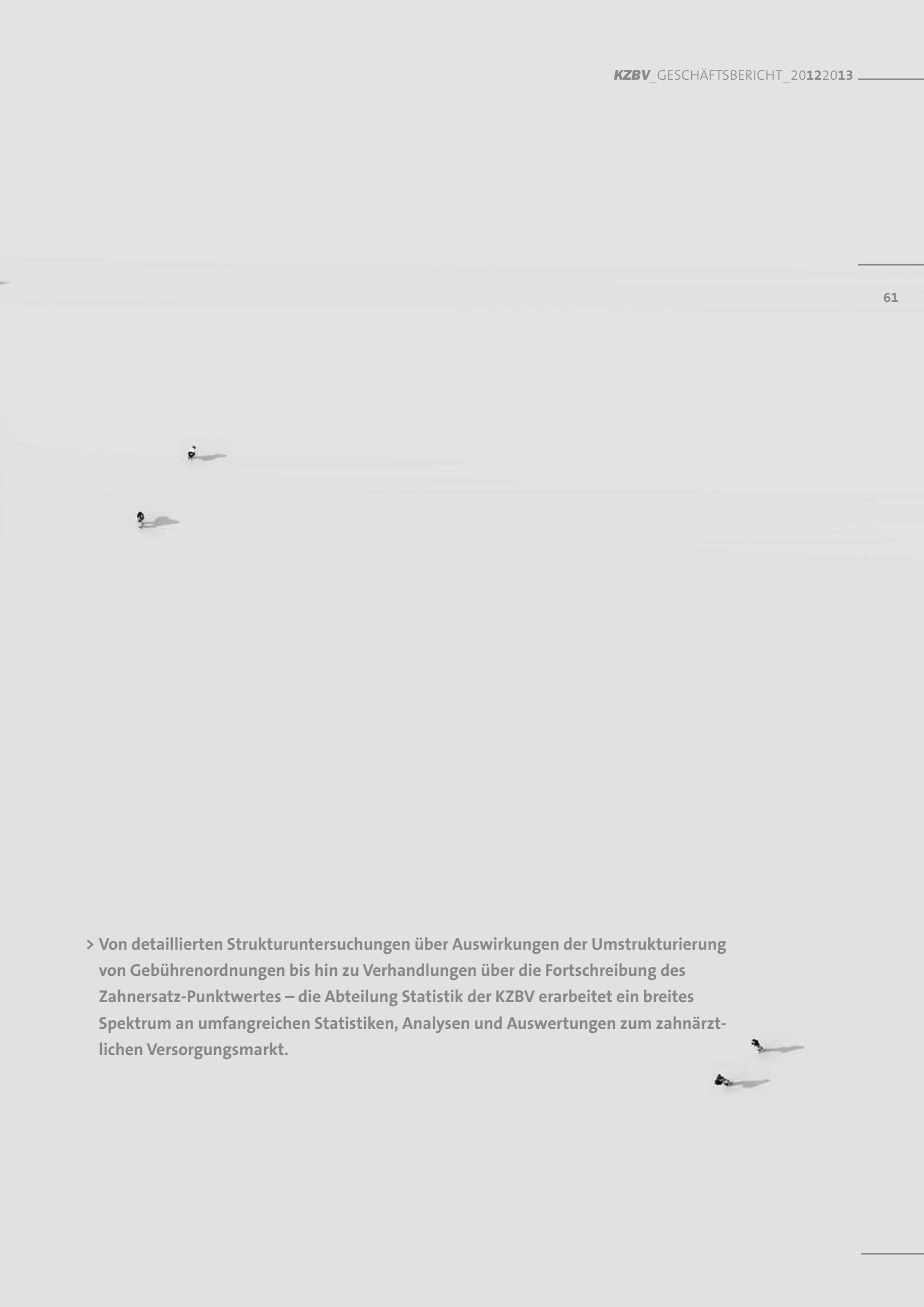
Die avisierten Mehrkosten haben vor allem folgende Gründe: Aufgrund von Neueinstellungen steigen die Personalkosten. Desweiteren wurde die Gremienarbeit weiter intensiviert, was mit einem Anstieg der Reise- und Tagungskosten einhergeht. Für Gutachten zur Morbiditätsentwicklung wurden erhebliche Mittel benötigt und schließlich benötigt eine so große angelegte epidemiologische Studie wie die DMS V eine entsprechende Anschubfinanzierung.

KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg	
- Freiburg	1.593
- Karlsruhe	1.931
- Stuttgart	2.721
- Tübingen	1.250
Bayerns	9.594
Berlin	3.472
Brandenburg	1.758
Bremen	480
Hamburg	1.606
Hessen	4.658
Mecklenburg-Vorpommern	1.270
Niedersachsen	5.881
Nordrhein	6.598
Rheinland-Pfalz	2.516
Saarland	593
Sachsen	3.418
Sachsen-Anhalt	1.731
Schleswig-Holstein	2.034
Thüringen	1.873
Westfalen-Lippe	5.380
	60.357

Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

60



- > Von detaillierten Strukturuntersuchungen über Auswirkungen der Umstrukturierung von Gebührenordnungen bis hin zu Verhandlungen über die Fortschreibung des Zahnersatz-Punktwertes – die Abteilung Statistik der KZBV erarbeitet ein breites Spektrum an umfangreichen Statistiken, Analysen und Auswertungen zum zahnärztlichen Versorgungsmarkt.
- 

Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

62

Statistische und ökonomische Daten sind eine zentrale Informationsgrundlage für die vertragspolitische Arbeit der KZBV. Gerade im Dialog mit der Politik und in Verhandlungen mit Kostenträgern bilden sie eine unverzichtbare Argumentationsbasis. Neben den umfangreichen Berechnungen ist die Abteilung Statistik in die konzeptionelle Weiterentwicklung von Vertragsstrukturen eingebunden. Darüber hinaus erhebt die Abteilung Statistik im Rahmen von Spezialstatistiken in koordinierender Funktion Strukturdaten der KZVen und führt als Dienstleistungsfunktion für die KZVen wichtige Sonderanalysen durch, wie beispielsweise im Zusammenhang mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

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

Ausgewählte Daten aus dem KZBV Jahrbuch stehen in Dateiform auf der Internetseite der KZBV unter www.kzbv.de 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 2012 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch gegenüber dem Vorjahr bundesweit um 1,1 % 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 2012 auf rd. 398 Mio. €, nach 402 Mio. € im Vorjahr. In den einzelnen Teilbereichen war die Entwicklung unterschiedlich. Der Anstieg bei den konservierenden Leistungen betrug 0,8 %, bei Parodontalbehandlungen 2,4 % und bei der Therapie von Kieferbrüchen/Kiefergelenkserkrankungen 5,4 %. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 0,6 % und machten 6,2 % am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen Bereich aus. Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich verzeichnete mit – 0,9 % einen leichten Rückgang. Die Zahl der Parodontalbehandlungen stieg um 0,1 %. Beim Rückgang der Fallzahlen im konservierend-chirurgischen Bereich könnte sich ein Ankündigungseffekt des Wegfalls der Praxisgebühr ab 2013 insofern niedergeschlagen haben, dass Versicherte (insbesondere im IV. Quartal 2012) Zahnarztbesuche in das Jahr 2013 aufgeschoben haben könnten. [Tabelle 1a]

› Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied im Jahr 2012 um 0,5 %, die Zahl der Fälle sank dagegen um 0,4 %. Damit setzte sich die in Deutschland in den letzten

Jahren festzustellende Aufwärtsentwicklung bei den Ausgaben im Bereich Kieferorthopädie in abgeschwächter Form 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. 5 % 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 im Jahr 2012 nicht weiter fort. So gingen im Jahr 2012 die Ausgaben je Mitglied gegenüber 2011 um 3,8 % und die Zahl der Fälle um 4,7 % zurück. Der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 0,9 %. Im Jahr 2012 nahm, wie schon in den Jahren 2006 bis 2011, der Anteil der Neuversorgungsfälle wieder zu, während der Anteil der Reparaturen weiter zurückging. Der Rückgang der Fallzahlen im konservierend-chirurgischen Bereich im Rahmen der Ankündigung des Wegfalls der Praxisgebühr könnte sich auch auf den Bereich Zahnersatz (insbesondere im IV. Quartal 2012) mit rückläufigen Fallzahlen und damit auch rückläufigen Kassenausgaben ausgewirkt haben. [Tabelle 1b]

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstrukturerhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2011 wurden rd. 33.000 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 2011 wieder an. 2011 lag der Einnahmen-Überschuss mit 129.746 € um 3,5 % über dem Vorjahreswert. Gegenüber 2004 ist damit der Einnahmen-Überschuss um 17,5 % (durchschnittlich jährlich um 2,3 %) gestiegen. Da sich aber in diesem Zeitraum der allgemeine Preisindex um 12,2 % erhöhte, ist der Einnahmen-Überschuss real, also unter Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung, nur um 4,7 % (durchschnittlich jährlich 0,7 %) angestiegen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses in 2011 gegenüber 2010 auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3,3 % bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um 3,2 %. [Tabelle 2a]

> Alte Bundesländer

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber 2011 gegenüber dem Vorjahr um 3,2 %. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 3,0 % an. Daraus resultierte ein Anstieg des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 3,6 % (real + 1,5 %) auf 135.425 €. Der im Jahr 2011 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss lag nominal um 33 % über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahre 1976, also vor 35 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 0,8 %. Allerdings hat in diesem Zeitraum eine Preissteigerung (Inflationsrate) von rd. 127 % den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf 59 %, also um fast die Hälfte gegenüber 1976 reduziert. [Grafik 1]

2011 blieben 56 % der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnittswert von 135.425 €, 44 % lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag 2011 bei 122.780 €. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 47,5 Std. pro Woche tätig, davon 34,8 Std. behandelnd. Durchschnittlich wurden 5,88 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

2012 2011 Deutschland

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

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen

[Tabelle 1a]

	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Kieferorthopädie	+ 0,2 %	+ 0,9 %	+ 0,5 %
Zahnersatz*	- 3,8 %	- 3,8 %	- 3,8 %

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 2011 gegenüber 2010 um 3,2 %. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 3,5 %, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 2,6 % (real + 0,5 %) auf 102.443 € resultiert. Insgesamt führten die Einkommensrückgänge in 2005 und 2006 und die Einkommensanstiege in 2007 bis 2011 zu einer Erhöhung des Einnahmen-Überschusses um 9,4 % im Jahr 2011 gegenüber 2004, was einer durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate von 1,3 % entspricht. Aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung, die zwischen 2004 und 2011 12,2 % betrug, ist der Einnahmen-Überschuss in diesem Zeitraum real um 2,5 % zurückgegangen.

Im Jahr 2011 blieben 58 % der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert von 102.443 € und 42 % erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2011 in den neuen Bundesländern bei 93.060 €.

Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,6 Stunden, davon entfielen 34,5 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,94 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	393.545	+ 4,2 %	268.137	+ 4,4 %	68,1 %	125.408	+ 3,7 %	111.980
2011	406.350	+ 3,3 %	276.604	+ 3,2 %	68,1 %	129.746	+ 3,5 %	115.840

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern

Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV (Jahr 2011: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 23.11.2012)

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	414.643	+ 4,2 %	283.861	+ 4,3 %	68,5 %	130.782	+ 4,1 %	118.220
2011	427.942	+ 3,2 %	292.517	+ 3,0 %	68,4 %	135.425	+ 3,6 %	122.780
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	293.250	+ 3,6 %	193.387	+ 4,8 %	65,9 %	99.863	+ 1,4 %	90.670
2011	302.550	+ 3,2 %	200.107	+ 3,5 %	66,1 %	102.443	+ 2,6 %	93.060

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 23.11.2012)

Zahl der Zahnärzte

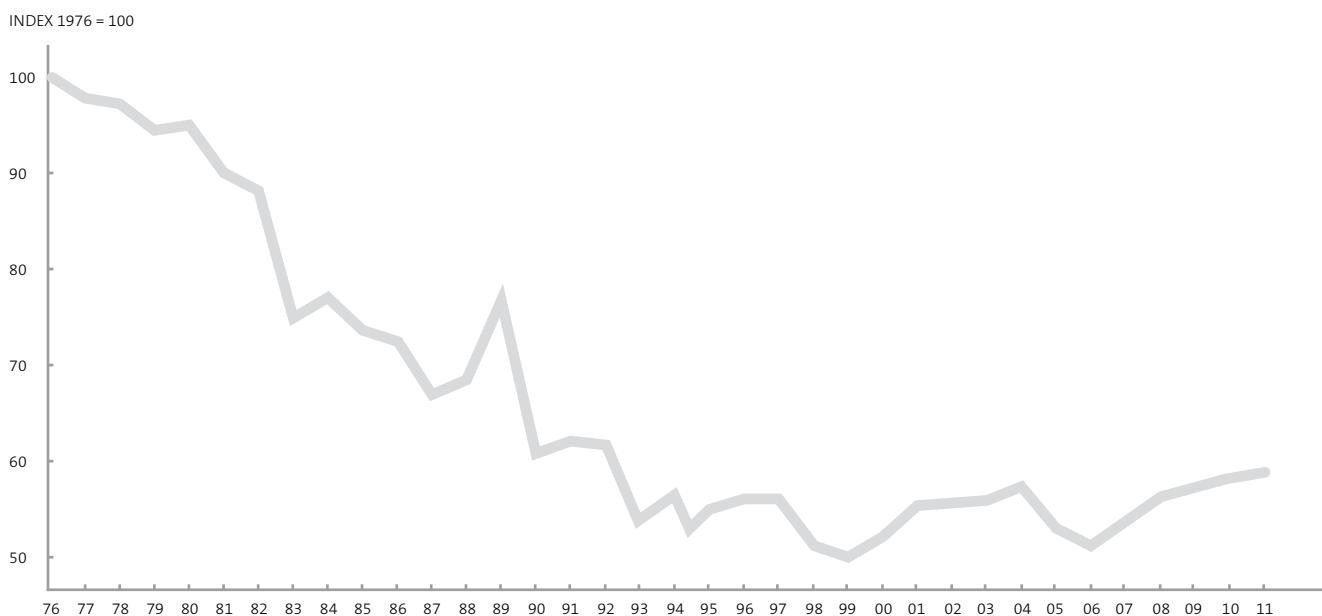
Das seit dem 01.01.2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde zum 01.07.2007 durch Änderungen der Bundesmantelverträge präzisiert. Damit sind neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen. Vertragszahnärzte können nun in erweitertem Umfang Zahnärzte anstellen,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

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) in Deutschland betrug Ende 2012 53.626 (alte Bundesländer inkl. Berlin 44.335, neue Bundesländer 9.291). Damit verringerte sich die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland gegenüber dem Vorjahr um 0,7 % (alte Bundesländer – 0,6 %, neue Bundesländer – 0,9 %). Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende 2012 auf 3.022 (alte Bundesländer und Berlin: 2.604, neue Bundesländer ohne Berlin: 418) und stieg damit gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 0,3 %.

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 2011 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 5.962, Ende des IV. Quartals 2012 auf 6.907. 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 2011 59.954 (+ 1,2 % gegenüber IV/2010) und am Ende des IV. Quartals 2012 60.533 (+ 1,0 % gegenüber IV/2011). 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]



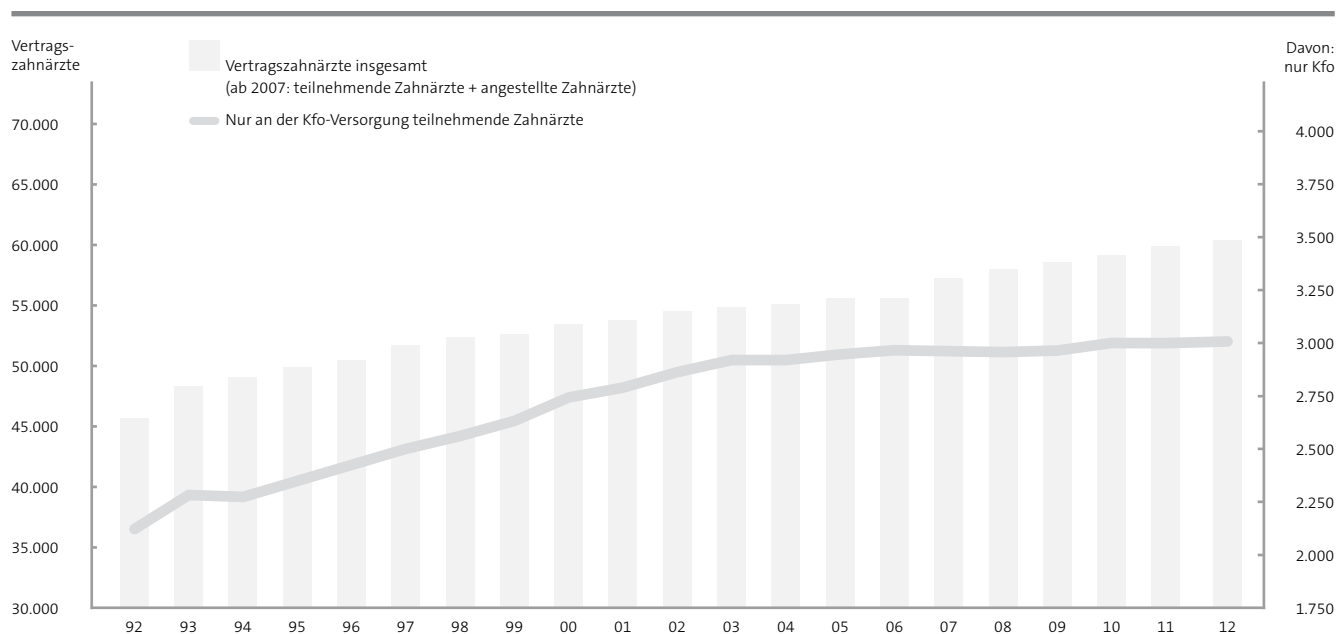
Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

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 2011 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kernergebnisse zum Liquidationsverhalten bei der Behandlung von Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,42 für persönliche Leistungen und bei 1,97 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 66,8 % der Leistungen zum 2,3-fachen liquidiert, 8,7 % wurden unter dem 2,3-fachen und 24,5 % 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, Christian Wehry, Andrea Kleu-Özcan

Layout atelier wieneritsch, beau bureau

Fotos Kai Mehnert/ZM, [iStockphoto.com/efenzi](https://www.iStockphoto.com/efenzi), [Darchinger/KZBV](https://www.iStockphoto.com/Darchinger/KZBV), [iStockphoto.com/Wiebe](https://www.iStockphoto.com/Wiebe), [Mardre – Fotolia.com](https://www.fotolia.com/Mardre), [iStockphoto.com/malerapaso](https://www.iStockphoto.com/malerapaso), [Darchinger/KZBV](https://www.iStockphoto.com/Darchinger/KZBV), [Denis Prykhodov – Fotolia.com](https://www.fotolia.com/DenisPrykhodov), [John Sigler/Getty Images](https://www.gettyimages.com/JohnSigler), [Dmytro Imaglov – Fotolia.com](https://www.fotolia.com/DmytroImaglov), [stevanzz – Fotolia.com](https://www.fotolia.com/stevanzz), [Tandem – Fotolia.com](https://www.fotolia.com/Tandem), [M. Schuppich – Fotolia.com](https://www.fotolia.com/M.Schuppich), [Ikon Images/F1online](https://www.fotolia.com/IkonImages/F1online)
