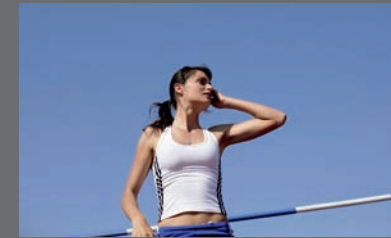


» Dranbleiben

KZBV GESCHÄFTSBERICHT 2008/2009



GESCHÄFTSBERICHT 2008/2009 » KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

KZBV



DER VORSTAND DER KZBV (V.L.N.R.):
DR. GÜNTHER E. BUCHHOLZ, STELV. VORSITZENDER
DR. JÜRGEN FEDDERWITZ, VORSITZENDER
DR. WOLFGANG EßER, STELV. VORSITZENDER



Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2008 bis Juni 2009.

Vorwort

2009 ist das Jahr der Bundestagswahl. Kein Wunder also, dass bis zum Herbst erst einmal sämtliche Reformen für das Gesundheitswesen in die Warteschleife verbannt wurden. Für die 55.000 Vertragszahnärzte in Deutschland bleibt damit nach wie vor die drängende Frage, wie das Versorgungssystem in Zukunft aussehen wird.

Die KZBV hat im zurückliegenden Geschäftsjahr intensiv an einem Reformkonzept gearbeitet, mit dem die vertragszahnärztliche Versorgung zukunftssicher gemacht werden kann. Das Konzept der „Perspektive Mundgesundheit“ formuliert Grund-

sätze sowie kurz- und langfristige Zielmarken für eine zahnärztliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die den medizinischen, demographischen und finanziellen Herausforderungen kommender Jahre gewachsen sein muss. Skeptikern wird aus heutiger Sicht vielleicht manches daran politisch nur schwer umsetzbar erscheinen. Ihnen sei die rechte Antwort mit Martin Heidegger gegeben: „Höher als die Gegenwart steht die Möglichkeit.“

Und die nächste Möglichkeit, die Zukunftsvorstellungen der Zahnärzteschaft in die

Politik zu tragen und zu verwirklichen, kommt. Wenn dieser Geschäftsbericht druckfrisch vor Ihnen liegt, liegt die Bundestagswahl bereits hinter uns.

Die Gesundheitspolitik läuft sich warm für die nächste Reformrunde. Es ist absehbar, mit wem wir die Interessen und Pläne der Zahnärzte diskutieren müssen. Und ganz unabhängig von der Regierungskonstellation oder Mehrheitsverhältnissen im Bundestag steht eines ohnehin fest: Wir werden dranbleiben.

Der Vorstand
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Inhaltsverzeichnis

 <p>Dranbleiben 8</p> <ul style="list-style-type: none"> > Zahnmedizinische Versorgung heute 8 > Grundsätze der KZBV 9 > Zielmarken 10 > Teamarbeit 17 	 <p>Gebührenlandschaft 20</p> <ul style="list-style-type: none"> > Basistarif 20 > Novellierung der privaten Gebührenordnung 22 	 <p>Forschung 34</p> <ul style="list-style-type: none"> > Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung 35 > Ökonomische Forschungsfragen 36 > Forschungsfragen zur zahnärztlichen Berufsausübung 38 	 <p>Interne Organisation 56</p> <ul style="list-style-type: none"> > Personalplanung und Standortentwicklung 56 > Haushalt 59
	 <p>Vertragsgeschäft 24</p> <ul style="list-style-type: none"> > Veränderungen in der Krankenkassenlandschaft 24 > Festzuschussystem für Zahnersatz 26 > Vergütungsverhandlungen mit anderen Trägern 27 	 <p>Qualität 42</p> <ul style="list-style-type: none"> > Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung 42 > Leitlinien 43 > Das Dental Vademekum 44 > Gutachterwesen 45 	 <p>Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen 62</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung 63 > Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen 65 > Zahl der Zahnärzte 66 > Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen 67
	 <p>Digitales Gesundheitswesen 28</p> <ul style="list-style-type: none"> > EDV für die Praxis 28 > Zahnärzte Online Deutschland (ZOD) 30 > Die elektronische Gesundheitskarte 31 	 <p>Kommunikation 48</p> <ul style="list-style-type: none"> > Presse- und Öffentlichkeitsarbeit 48 > Die zm 52 	

Dranbleiben

Zahnmedizinische Versorgung heute

Bei der Verbesserung der Mundgesundheit nimmt Deutschland einen internationalen Spitzenplatz ein. Die Karies ist weiter auf dem Rückzug. Bei Kindern und Jugendlichen hat sie allein in den letzten zehn Jahren um fast sechzig Prozent abgenommen. Beinahe die Hälfte aller Fünfzehnjährigen hat heute ein gesundes Gebiss ohne Füllungen. Die Erfolge der Prävention, die auf die Gruppen- und Individualprophylaxe sowie Aufklärungskampagnen und den Einsatz von Fluoriden zurückgehen, führen auch in den höheren Altersgruppen dazu, dass immer mehr Zähne erhalten bleiben. Im europäischen Vergleich verfügt Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung über einen umfassenden zahnmedizinischen Leistungskatalog und ein hohes Versorgungsniveau.

Zugleich ist die Zahnmedizin ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Rund 284.000 Menschen waren einschließlich der Praxisinhaber 2007 in deutschen Zahnarztpraxen beschäftigt, darunter etwa 31.000 Auszubildende. Weitere knapp 100.000 Arbeitsplätze unter anderem in Zahnlabors, Dentalhan-

del und -industrie hängen mittelbar von den Praxen ab.

Doch die positive Bilanz der letzten Jahre darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die zahnmedizinische Versorgung vor massiven Herausforderungen steht. Erstens rücken die Erfolge in der Prävention neue Versorgungsfragen in den Vordergrund. Zahnbetterkrankungen, deren Ursachen und Wirkfaktoren wesentlich komplexer als die der Karies sind, und die im Zusammenhang mit systemischen Erkrankungen wie Diabetes stehen, sind auf dem Vormarsch. Zweitens wird die Bevölkerung immer älter, und die Alterszahnheilkunde muss Antworten auf altersassoziierte Krankheitsbilder und die Probleme der Versorgung Pflegebedürftiger finden.

Doch die Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung werden immer schwieriger. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Zahnmedizin sind im langjährigen Trend rückläufig, die Finanzierung der GKV ist in einer strukturellen Schieflage. Die Einfüh-

rung des Gesundheitsfonds hat diesen Mangel keinesfalls behoben. Er zeigt sich im Zuge der Wirtschaftskrise, die im Herbst 2008 ausbrach, vielmehr schärfer denn je. Die Steuermittel, die als Zuschüsse in den Gesundheitsfonds gepumpt werden, erreichen zweistellige Milliardensummen.

Angesichts der medizinisch-demographischen Herausforderungen und der schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen der GKV ist die Zahnärzteschaft mehr denn je gefordert, Konzepte zu entwickeln, mit denen eine gute zahnmedizinische Versorgung auch in Zukunft möglich ist. Die KZBV hat ihre Vorstellungen für die zukünftige Gestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung nach intensiver Diskussion in ein Reformkonzept gegossen, das die Vertreterversammlung als höchstes demokratisches Entscheidungsorgan am 24. Juni 2009 in Köln beschlossen hat. Unter dem Titel „Perspektive Mundgesundheit“ beschreibt es die Grundsätze und Bausteine der KZBV für eine zukunftsweisende Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Grundsätze der KZBV

- Verbesserung der Mundgesundheit und Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Erhalt und Ausbau freiberuflicher Strukturen
- Freie Arztwahl der Patienten
- Förderung, Sicherung und Management von Qualität inklusive einer neutralen und fachlich kompetenten Patientenberatung als primäre Aufgabe des Berufsstandes
- Berücksichtigung der zahnmedizinischen Besonderheiten durch eigene gesetzliche Regelungen im Sozialgesetzbuch V - „Vertragszahnrecht“
- Festzuschussysteme als zukunftsweisender Weg in der zahnmedizinischen Versorgung
- Sofortiger finanzieller Ausgleich der strukturbedingten Budgetverwerfungen
- Abschaffung der Budgetierung und der strikten Grundlohnsummenanbindung
- Anhebung der Vergütung in den neuen Bundesländern und Berlin auf das Westniveau
- Abschaffung des degressiven Punktwertes
- Erleichterung der Kostenerstattung für den Versicherten und Abbau bürokratischer Hürden
- Erhalt kollektiver Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung
- Erhalt der regionalen Gestaltungs- und Vertragskompetenz bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landesebene
- Entwicklung einer praxisorientierten und sicheren Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen

	Beschäftigte	Umsatz (Mrd. €)
Zahnärzte	284.000	20
Apotheken	177.000	31
Facheinzelhandel mit Bekleidung	262.000	25
Holzgewerbe (ohne Möbelhersteller)	84.000	18
Textilgewerbe	83.000	13
Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	224.000	3

Zielmarken

> Freiberuflichkeit

Die Basis zahnärztlicher Tätigkeit ist das Grundrecht auf Berufs(ausübungs)freiheit. Die persönliche und eigenverantwortliche Dienstleistung des Mediziners als Freiberufler mit umfassender persönlicher Verantwortung gewährleistet den hohen Stand der medizinischen Versorgung. Diese Freiheit muss vor allem in ihrem Kernbereich, also bei Diagnose und Behandlung, gewährleistet sein. Es braucht also Rahmenbedingungen, die es dem Zahnarzt ermöglichen, Diagnose- und Therapieentscheidungen nach seinem zahnärztlichen Fachwissen und zum Wohl des Patienten zu treffen. Dazu gehört gleichermaßen die freie Zahnarztwahl und die Selbstbestimmung des Patienten.

Zunehmende staatliche Eingriffe in die zahnärztliche Berufsausübung und die Reglementierung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben die Freiberuflichkeit erheblich eingeschränkt. Medizinische Versorgungszentren sind für die vertragszahnärztliche Versorgung ohne Nutzen. Sie markieren eine grundsätzliche Abkehr vom bisherigen Modell der Versorgung durch freiberuflich tätige, niedergelassene Mediziner. Zu einer Industrialisierung und Kommerzialisierung der Patientenversorgung darf es nicht kommen. Die zukünftige Gestaltung der Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung muss sich am Leitbild der Freiberuflichkeit orientieren. In Zukunft wird es dabei mehr denn je darauf ankommen, auch für die zunehmende Zahl der angestellten Zahnärzte ein Umfeld zu schaffen, in dem sie auf der Basis ethischer Grundsätze und freier Diagnose- und

Therapieentscheidung, also in freiberuflicher Orientierung, arbeiten können.

In punkto Berufsausübungsfreiheit hat die Überzeugungsarbeit der Zahnärzteschaft an einem Punkt bereits Früchte getragen: Mit dem GKV-OrgWG wurde die Altersgrenze für Vertragszahnärzte rückwirkend zum 1. Oktober 2008 aufgehoben. Damit wurde eine langjährige Forderung der KZBV endlich erfüllt.

> Selbstverwaltung

In enger Verbindung zur Freiberuflichkeit steht die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen über Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie fungieren einerseits als Interessenvertretung der Mediziner und übernehmen andererseits die Verantwortung für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung. Über die Selbstverwaltung nimmt der zahnärztliche Berufsstand Aufgaben der Daseinsvorsorge und Ordnungsfunktionen unmittelbar, demokratisch legitimiert und eigenverantwortlich wahr – ein System, das sich bewährt hat.

Problematisch ist, dass der Gesetzgeber die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane durch fortgesetzte Reglementierung immer mehr eingeengt hat. Mit einem übermäßig ausdifferenzierten Normengeflecht, einer Vielzahl verschachtelter Institutionen mit unterschiedlichen Kompetenzen sowie der Ausdehnung der Eingriffsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene hat er die Grundprinzipien der Selbstverwaltung unterlaufen.

Die Selbstverwaltung braucht zukünftig wieder mehr Handlungsspielräume, um eine sozial ausgewogene, wohnortnahe und flächendeckende Versorgung zu sichern und die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung zu halten und weiterentwickeln zu können.

> Eigenständige Zahnmedizin

Bei der Ausgestaltung der Selbstverwaltung und im gesamten Prozess der Gesundheitsreform muss berücksichtigt werden, dass die zahnmedizinische Versorgung Besonderheiten aufweist: Es werden kaum sektorübergreifende Leistungen erbracht, die stationäre Behandlung ist von untergeordneter Bedeutung. Veranlasste Leistungen wie Arzneimittel oder Heil- und Hilfsmittel sind anders als im ärztlichen Bereich nebensächlich. Auch in den therapeutischen Möglichkeiten unterscheidet sich die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Für eine Befundsituation existieren meist mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die sich hinsichtlich Arbeitsaufwand, Ästhetik, Tragekomfort und Kosten erheblich unterscheiden können. Damit wird eine Unterscheidung zwischen „need dentistry“, also der Grundversorgung zur Erfüllung eines objektiven medizinischen Bedarfs, und „want dentistry“ im Sinne einer Erfüllung subjektiver Bedürfnisse des Patienten möglich und notwendig. Die über die Grundversorgung hinausgehenden Mehrkosten hat der gesetzlich Krankenversicherte selbst zu tragen. In einigen Leistungsbereichen (Prothetik, Parodontologie, Schienentherapie und Kieferorthopädie) ist der Beginn einer Behandlung von der Vorlage einer Therapieplanung, gegebenenfalls einer

gutachterlichen Prüfung und Genehmigung durch die Krankenkasse abhängig. Damit wird die Wirtschaftlichkeit der Behandlung schon vorab bestätigt.

Auch der im Gesundheitswesen oft geäußerte Vorwurf einer angebotsinduzierten Nachfrage trifft auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht zu. Der Gesetzgeber selbst hat dies konzediert, als er im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die Bedarfszulassung für Vertragszahnärzte aufgehoben hat.

Die Besonderheiten der Zahnmedizin und ihre Unterschiede zur ärztlichen Versorgung wurden aber bisher vom Gesetzgeber regelmäßig nur ungenügend berücksichtigt. Spezifisch zahnärztliche Belange sollten deshalb künftig in eigenen Bestimmungen beschrieben und geregelt werden. Die

Schaffung eines „Vertragszahnarztrecht“ im SGB V kann den Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung Rechnung tragen.

> Gleiche Honorare in Ost und West

Die Angleichung der Lebensverhältnisse in den neuen und alten Bundesländern ist seit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten ein parteiübergreifend anerkanntes gesellschaftspolitisches Ziel. Auch in der Gesundheitsversorgung wurden zahlreiche Schritte unternommen, diese Angleichung zu verwirklichen. Im ärztlichen Bereich ist sie weitgehend erreicht. Umso weniger ist nachvollziehbar, dass die Vergütung für zahnärztliche Leistungen im Osten nach wie vor nicht auf das Niveau im Westen Deutschlands angehoben wurde. Noch immer klafft zwischen den Punkt-

werten bzw. der Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen in den alten und neuen Bundesländern eine Differenz von 10,9 Prozent. Bei den Kosten, die in den Praxen anfallen, hat indes eine weitgehende Nivellierung stattgefunden. Entsprechend liegt der Praxisgewinn vor Steuern im Osten deutlich niedriger als im Westen.

Unter diesen Bedingungen ist für Zahnärzte wie für Praxispersonal eine Tätigkeit in den östlichen Bundesländern deutlich weniger attraktiv als in den westlichen. Es ist eine Abwanderung des qualifizierten Fachpersonals zu verzeichnen, obwohl im Osten aufgrund der höheren Morbidität teilweise zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht.



ABGRENZUNG VON „NEED- AND WANT-DENTISTRY“



In einer besonderen Lage ist das Bundesland Berlin. Hier existierten nach der Wiedervereinigung zunächst zwei Rechtskreise (Berlin-Ost und Berlin-West) mit jeweils unterschiedlichen Vergütungen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde diese Zweiteilung aufgehoben. Während man eine Angleichung der Einkommen beispielsweise im öffentlichen Dienst durch eine schrittweise Anhebung der Ost-Vergütungen auf West-Niveau erreichte, gab es bei den zahnärztlichen Honoraren lediglich eine Nivellierung über teilweise Anhebungen im Osten unter entsprechender Absenkung im Westen. Daher bleiben die Punktwerte und Gesamtvergütungen in Berlin noch immer 8,6 Prozent hinter dem Durchschnitt der alten Bundesländer zurück – ein inakzeptabler Zustand.

Die KZBV drängt seit geraumer Zeit darauf, die Vergütung für Zahnärzte in den neuen Bundesländern und Berlin endlich auf das Niveau im Westen anzuheben. Eine entsprechende Forderung im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-OrgWG blieb zunächst ungehört. Im Rahmen der Novellierung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (15. AMG-Novelle) ergab sich aber im Frühjahr

2009 eine erneute Möglichkeit, den überfälligen Reformschritt in den legislativen Prozess zu bringen. KZBV und KZVen forderten gemeinsam die Angleichung der Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen. Schließlich beantragten die Länder Sachsen, Thüringen und Berlin im Bundesrat eine Anhebung der Honorare, und der Bundesrat nahm die Forderung in seine Stellungnahme zur AMG-Novelle Anfang April 2009 auf. Er empfahl die Ergänzung eines Absatzes in § 85 SGB V, mit dem die zusätzliche Anhebung der Vergütungen in den neuen Bundesländern um insgesamt 10,9 Prozent und in Berlin um insgesamt 8,6 Prozent verfügt werden sollte. Spürbare Auswirkungen auf das Beitragsniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung wären damit nicht verbunden gewesen, da die einmalige Anhebung ein zusätzliches Finanzierungsvolumen von ca. 165 Mio. € für die GKV insgesamt erfordert hätte. Dies wäre einer Steigerung des Beitragssatzes um knapp 0,017 Prozentpunkte gleich gekommen.

Leider fiel aber die Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates abschlägig aus. Der Bundestag schloss sich dem Negativ-Votum der Regierung an. Die Politik hat damit eine

weitere Chance zur überfälligen Ost-West-Angleichung der vertragszahnärztlichen Vergütung vertan. Die KZBV wird dieses Problem in der neuen Legislaturperiode aber erneut auf die Agenda der Gesundheitspolitik bringen.

> Abschaffung der Budgets

Mit Ausnahme des Leistungsbereiches Zahnersatz unterliegt die vertragszahnärztliche Vergütung noch immer einer strikten Budgetierung, die sich an der Grundlohnsammenentwicklung orientiert. Im Jahr 2007 haben Zahnärzte für gesetzlich Versicherte Leistungen im Umfang von knapp 100 Mio. Euro erbracht, die von den Krankenkassen wegen Überschreitungen der Budgets nicht vergütet wurden. Im Jahr 2008 werden es vermutlich Leistungen in einer Größenordnung von knapp 135 Mio. Euro gewesen sein.

Zudem existieren leistungs- und versorgungsfeindliche Degressionsregelungen. Die Degression, also die stufenweise, umsatzabhängige Absenkung der Punktwerte für die Leistungen einer zahnärztlichen Praxis, ist ungerecht und verletzt den Gleichheitsgrundsatz. Sie verursacht einen hohen bürokratischen Aufwand, ist leistungs-

hemmend und kann gerade in ländlichen Gebieten zu Versorgungsengpässen führen.

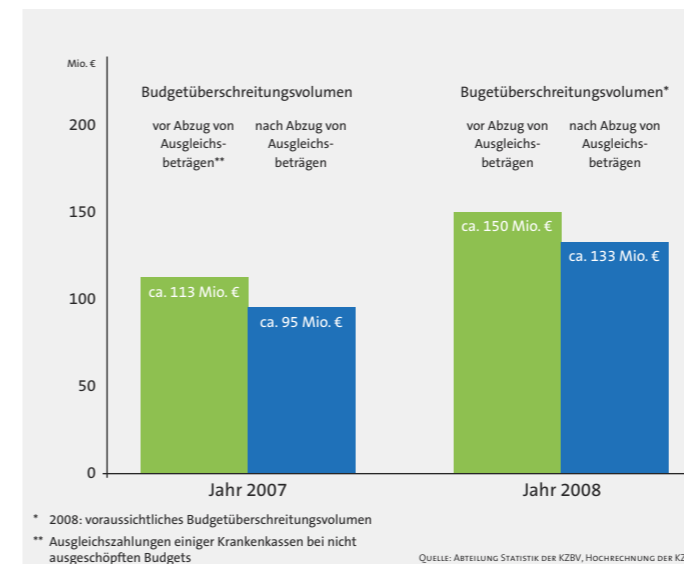
Die Budgetüberschreitungen sind im Wesentlichen auf die starren, seit 1997 unverändert geltenden Budgetregelungen zurückzuführen. Diese sehen lediglich eine Anpassung der Gesamtvergütungen anhand der Mitgliederzahl und der Grundlohnsammenveränderung je Mitglied vor. Nicht berücksichtigt werden dabei zwischenzeitlich eingetretene Wanderungsbewegungen der Versicherten, die zu Veränderungen in den Mitgliederstrukturen der Krankenkassen führen. Das betrifft vor allem Strukturveränderungen zwischen der Krankenversicherung der Rentner und der Allgemeinen Krankenversicherung. Veränderungen in der Altersstaffelung der Versicherten und bei der Anzahl der Fami-

lienangehörigen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Auch die Leistungsanspruchnahme der Versicherten unterliegt einem Wandel, der in den starren Budgets nicht abgebildet werden kann.

Für die niedergelassenen Ärzte hat der Gesetzgeber die strikte Budgetierung im Zuge der weiteren Einführung wettbewerblicher Strukturen im Gesundheitswesen aufgehoben. Auch für den stationären Bereich ist die Abschaffung der Grundlohnsammenanbindung zwischenzeitlich erfolgt. Es ist nun zwingend erforderlich, die Budgetierung der Gesamtvergütungen auch im vertragszahnärztlichen Bereich aufzuheben und andere Steuerungsmechanismen zu implementieren, die den Besonderheiten in der zahnmedizinischen Versorgung Rechnung tragen. Mit einer

bloßen Übertragung oder Modifikation des vertragsärztlichen Vergütungssystems ist das nicht möglich.

Bei der Aufhebung der Budgetierung für die vertragszahnärztliche Versorgung braucht es bereichsspezifische Regelungen. Im Bereich der Individualprophylaxe hat der Gesetzgeber schon vor Jahren einen ersten richtigen Schritt unternommen. Die Förderung der Individualprophylaxe ist gesetzlich als grundsätzliches gesundheitspolitisches Anliegen anerkannt. Das auf rund vier Prozent der Gesamtausgaben der GKV für Zahnmedizin beschränkte Ausgabenvolumen für die Individualprophylaxe wird deshalb schon lange gesondert außerhalb der Gesamtvergütung honoriert. Im Bereich Zahnersatz hat der Gesetzgeber mit der Einführung des Systems be-



AUSWIRKUNGEN DER BUDGETIERUNG IM ZAHNÄRZTLICHEN BEREICH



fundbezogener Festzuschüsse einen weiteren Schritt zu einer bereichsspezifischen Regelung unternommen. Diesen Weg gilt es fortzusetzen:

- Anstelle der bisherigen Mehrkostenvereinbarungen soll für die Bereiche der Füllungstherapie und der endodontischen Leistungen (Wurzelbehandlungen) ebenfalls ein befundbezogenes Festzuschussystem eingeführt werden. Wie beim Zahnersatz soll damit die Budgetierung aufgehoben werden.
- Die Behandlungsbereiche Parodontologie, Kieferorthopädie und Kieferbruch (Schienentherapie) sind genehmigungspflichtige Leistungen. Die Verfahren der Behandlungsplanung, -begutachtung und -genehmigung stellen Verfahren der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung dar und garantieren, dass jeweils nur zahnmedizinisch indizierte und dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entsprechende Leistungen erbracht werden. Eine Gefahr der zahnmedizinisch nicht indizierten Mengenausweitung besteht nicht. Diese Leistungsbereiche können und sollen aufgrund der Genehmigungspflicht aus der budgetierten Gesamtvergütung herausgenommen werden.
- Die Vertreterversammlung der KZBV hat den Vorstand beauftragt, das von einer Facharbeitsgruppe vorgelegte „Strukturierte PAR-Konzept mit Festzuschüssen“ für den Bereich der Parodontalerkrankungen weiterzuentwickeln und mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Bundeszahnärztekammer zu konsentieren.

Ergebnisse liegen im Herbst 2009 vor.

- Die verbleibenden konservierend-chirurgischen Leistungen (wie z. B. Extraktionen) sind durch den jeweiligen zahnmedizinischen Befund unmittelbar determiniert. Sie werden vom Patienten nicht ohne Behandlungsnotwendigkeit in Anspruch genommen. Es droht keine zahnmedizinisch nicht indizierte Mengenausweitung, so dass nicht mit Auswirkungen auf den Beitragssatz zu rechnen ist. Deshalb ist auch für diesen Versorgungsbereich die Budgetierung aufzuheben.
- Schon vor einer Abschaffung der Budgets ist es erforderlich, die Vergütungsverluste der Vertragszahnärzte auszugleichen, die aus Verschiebungen in der Mitgliederstruktur der Krankenkassen resultieren.
- Die leistungsfeindlichen Degressionsregelungen sollen ersatzlos gestrichen werden.
- Auch in diesem neugestalteten vertragszahnärztlichen Vergütungssystem sollen die regionale Gestaltungs- und Vertragskompetenz, das Verfahren zur Qualitätssicherung und die Durchführung der Abrechnungsverfahren bei den KZVen verbleiben. Sie stellen als Körperschaften des öffentlichen Rechts die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung sicher.

Es gibt, vor allem bei den Krankenkassen, die Furcht vor unkontrollierten Leistungsausweitungen und Ausgabenzuwächsen. Die sehr moderate Ausgabenentwicklung der vergangenen Jahre belegt aber, dass diese Furcht unbegründet ist. Die Ent-

wicklung der zahnärztlichen Ausgaben bleibt längerfristig deutlich hinter der Grundlohnsummenentwicklung zurück. Nach Einführung der Festzuschüsse und Aufhebung der Budgetierung bei Zahnersatz haben die Ausgaben der GKV in diesem Bereich nicht zu-, sondern abgenommen. Die Politik hat erkannt, dass die Festzuschüsse eine positive Steuerungswirkung auf die Ausgaben entfalten.

Die Grundlohnsummenentwicklung ist für die Veränderung der Vergütung kein geeigneter Parameter mehr. Statt der Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung sollen in der ambulanten ärztlichen und der stationären Versorgung zukünftig Morbiditäts- und Risikostrukturorientierung sowie reale Kostenentwicklungen wesentliche Komponenten bei der Fortentwicklung der Vergütungssysteme sein. Die Abkehr von der Grundlohnsummenanbindung, die der Gesetzgeber als richtig für diese Versorgungsbereiche anerkannt und umgesetzt hat, sollte auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gelten. Eine starre Budgetierung anhand der Grundlohnsummenentwicklung ist mit einer bedarfsgerechten Patientenversorgung nicht vereinbar. Sie führt zu Verwerfungen und ungleichen Ausgangsvoraussetzungen im Wettbewerb. Die starre Bindung der vertragszahnärztlichen Vergütung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ist kein zukunftsfähiger Weg. Zwischen dem medizinischen Versorgungsbedarf und der Lohn- und Gehaltsentwicklung gibt es keinen direkten Zusammenhang. Die einnahmeorientierte Kostendämpfungs- und Versorgungspolitik behindert Beschäftigung,

Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen und wirkt sich negativ auf die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung aus.

Die KZBV hat ihre Vorstellungen und Forderungen nach einer Berücksichtigung strukturbedingter Budgetverwerfungen bzw. der Abschaffung der Budgetierung in den Gesetzgebungsprozess zum GKV-OrgWG eingebracht. Eine Mehrheit haben diese Vorstellungen aber bisher nicht gefunden.

> Wettbewerb

Die Vertragszahnärzteschaft hat die Einführung von Wettbewerbselementen im Gesundheitssystem befürwortet. Sie stellt sich dem Wettbewerb um eine effiziente,

qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Ein reiner Preiswettbewerb ist allerdings mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung nicht zu vereinbaren. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen erfordert Wahlmöglichkeiten, Handlungsspielräume und Freiheitsgrade sowie weniger Bürokratie, Kontrolle und staatlich vorgegebene Detailsteuerung. Entscheidungen müssen von der staatlichen über die kollektivvertragliche Ebene hin in das direkte Arzt-Patienten-Verhältnis verlagert werden. Ziel einer Reform muss ein selbstverwaltetes, pluralistisches Gesundheitswesen sein, in dessen Mittelpunkt die Patienten stehen.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung darf nicht zum Spielball im Vertrags-

wettbewerb werden. Die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge sind von elementarem Wert. Sie sind nicht ohne weiteres mit den Interessen von Krankenkassen vereinbar, die miteinander im Wettbewerb stehen, unterschiedliche Ziele verfolgen, nicht flächendeckend aufgestellt sind oder eine Monopolstellung einnehmen. Deshalb spricht sich die KZBV für den Erhalt kollektiver Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Grundversorgung aus.

Trotz der Risiken für die Patientenversorgung hat der Gesetzgeber den Vertragswettbewerb sukzessive weiter ausgebaut. Den sogenannten „Einkaufsmodellen“,



PERSPEKTIVE MUNDGESUNDHEIT



wie sie mit den Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung Eingang in das SGB V gefunden haben, erteilt die KZBV eine eindeutige Absage. Sie führen zu einem Flickenteppich in der Versorgung, die flächendeckende, wohnortnahe Betreuung der Versicherten wird gefährdet, ihre freie Arztwahl zur Disposition gestellt. Die KZVen würden auf eine Mangelverwaltung reduziert werden, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Das ist der falsche Weg.

KZVen und KZBV eint das gemeinsame Ziel, die Interessen der Vertragszahnärzte zu stärken, ihre Erfahrungen zu bündeln und eine Aushöhlung der vertragsärztlichen Versorgung zu verhindern. Angesichts der Aktivitäten von Managementgesellschaften, Franchise-Ketten und fremdkapitalgesteuerten Investoren ist es unerlässlich, das System der zahnmedizinischen Versorgung durch die KZVen und die KZBV selbst weiterzuentwickeln. Die Kernaufgabe der KZVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ist die Sicherstellung der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung. Diese Funktion soll weiterhin beim KZV-System verbleiben.

Die Antwort der Zahnärzteschaft auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen sind Festzuschüsse. Sie sind die Alternative zum Vertragswettbewerb mit Einkaufsmodellen der Krankenkassen. Sie stärken auf Basis der freien Zahnarztwahl die direkte Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Das 2005 im Bereich Zahnersatz

eingeführte Festzuschussystem genießt nach anfänglichem Misstrauen bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz. Es ermöglicht die Teilhabe der gesetzlich Krankenversicherten am zahnmedizinischen Fortschritt. Auch innovative Behandlungsmethoden werden bezuschusst. Das Festzuschussystem garantiert ein hohes Versorgungsniveau in der Prothetik. Es ist sozial gerecht und transparent. Mit seiner Einführung wurde die Budgetierung für den Bereich der Prothetik aufgehoben. Dennoch haben die Ausgaben der GKV nicht zu-, sondern abgenommen. Auch die Patienten sind damit nicht überfordert, wie das Bundesgesundheitsministerium und die Patientenbeauftragte der Bundesregierung bestätigen. Die Erfahrung zeigt, dass die Festzuschüsse eine positive Steuerungswirkung auf die GKV-Ausgaben entfalten.

Von Beginn an wurde das Festzuschussystem als lernendes System konzipiert und implementiert. Die Auswirkungen der Systemumstellung werden laufend evaluiert. Auf dieser Grundlage hat die KZBV zusammen mit den Krankenkassen und Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss die Regeln des Systems sukzessive nachjustiert. Dies hat zu einer erfolgreichen Implementierung und hohen Akzeptanz des Systems beigetragen.

Das Festzuschussystem hat sich als Steuerungsinstrument in der prothetischen Versorgung bewährt und Modellcharakter für andere Bereiche der zahnmedizinischen Versorgung erhalten.

Festzuschüsse haben einen weiteren Vorteil. Sie öffnen dem Patienten den Weg zur Wahl der Kostenerstattung. Kostenerstattung gewährleistet Kostentransparenz, und diese Transparenz ist für die Patienten ein wichtiges Steuerungsinstrument. Leider ist die Wahl der Kostenerstattung derzeit mit vielen Restriktionen verbunden: Versicherte müssen sich für mindestens ein Jahr auf die Kostenerstattung festlegen. Die Satzungen der Krankenkassen müssen Abschlüsse vom Erstattungsbetrag wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung und für Verwaltungskosten vorsehen. Der Versicherte muss seine Krankenkasse über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis setzen. Der Versicherte muss schriftlich bestätigen, dass eine Beratung des Zahnarztes erfolgt ist. Die Restriktionen und bürokratischen Hürden führen dazu, dass die Versicherten von der Möglichkeit der Kostenerstattung nach wie vor nicht in erheblichem Umfang Gebrauch machen.

Die Wahl der Kostenerstattung muss durch den Abbau bürokratischer Hürden für den Versicherten erleichtert werden. Sie muss einfach, patientenfreundlich und unbürokratisch ausgestaltet werden. Der Versicherte muss die Möglichkeit haben, die Kostenerstattung zu wählen, ohne hohe bürokratische Hürden überwinden zu müssen. Gerade das Kostenerstattungsprinzip leistet einen wichtigen Beitrag zu mehr Transparenz sowie Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen und macht zudem das System der gesetzlichen Krankenversicherung europatauglich.

Teamarbeit

›Politik

Um die Interessen der Vertragszahnärzte zum Tragen zu bringen, pflegt die KZBV den kontinuierlichen Dialog mit der Politik. Das Berliner Büro war auch im vergangenen Jahr Dreh- und Angelpunkt für den Informationsaustausch und Diskussionen zwischen Politikern und zahnärztlichen Selbstverwaltungsgremien. Im Frühjahr 2009 ist die Präsenz am Regierungssitz erweitert worden, um im Spannungsfeld zwischen gesetzgebenden Körperschaften, Ministerien, Krankenkassen, Verbänden und Medien die Interessenswahrnehmung der Zahnärzteschaft weiter zu stärken.

Das Berliner Büro informiert im ständigen Austausch mit den Ministerien, den Abgeordneten, Fraktionen und dem Bundesrat über Entwicklungen und Entscheidungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Durch dauerhafte und intensive Kontakte lassen sich die Argumente und Anliegen der Vertragszahnärzte Deutschlands in Gesetzgebungsverfahren einbringen und

verankern, bisweilen auch schwerwiegende Probleme für den Berufsstand abwenden. Neben der Anpassung der zahnärztlichen Honorare im Osten und der Abschaffung der Budgets nahm im zurückliegenden Geschäftsjahr auch die Diskussion zum geplanten Präventionsgesetz erheblichen Raum in der politischen Arbeit der KZBV ein. In den Eckpunkten für das Gesetz war die Gruppenprophylaxe bei Zahnerkrankungen als Vorbild für die Organisationsstrukturen und die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger hervorgehoben worden. Die KZBV hat in einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Bundeszahnärztekammer die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung betont, sich aber zugleich gegen den Aufbau neuer bürokratischer Strukturen gewandt. Die Zahnärzteschaft hat mit ihren Erfolgen bei der Mundgesundheit bewiesen, dass es auch anders geht. Es ist zielführender, bereits vorhandene Einrichtungen, Strukturen und Kompetenzen auf Bundesebene, auf Ebene der Länder und Kommunen, bei den Sozial-

versicherungen und bei den Heilberufen sowie deren Kooperation für einzelne Präventionsbereiche zu fördern.

Zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes ist es nach wie vor nicht gekommen, da sich die Regierungsfractionen nicht auf einen gemeinsamen Gesetzentwurf verständigen konnten.

Der Pflege und dem Ausbau der politischen Kontakte dienen auch soziale Ereignisse. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer veranstaltet die KZBV jedes Jahr einen Neujahrsempfang und ein Frühjahrsfest. Ersteres findet unter Federführung der Kammer, letzteres unter der Ägide der KZBV statt. Das Frühjahrsfest, das am 12. Mai 2009 auf dem Dach des Reichstages ausgerichtet wurde, bot zahlreiche Gelegenheiten zum informellen Austausch. Das Event hat sich längst zu einer festen Institution im hauptstädtischen Veranstaltungskalender etabliert, und die Zahl der Anmeldungen übersteigt regelmäßig die Kapazitäten des Veranstaltungsortes.



► Networking

Für eine erfolgreiche Interessenvertretung in Politik und Selbstverwaltung braucht die KZBV demokratische Legitimation und einen starken Rückhalt innerhalb des zahnärztlichen Berufssandes. Entscheidende Fragen und Antworten zur Zukunft der Zahnärzteschaft wurden daher im Rahmen der Vertreterversammlungen diskutiert und mandatiert, die im Oktober 2008 im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages in Stuttgart und im Juni 2009 in Köln stattfanden.

Darüber hinaus gibt es eine engmaschige Kooperation und Abstimmung zwischen der KZBV als Dachorganisation und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) der Länder, die vorwiegend über Sitzungen des Beirates und Vorsitzendenrunden abläuft. Insgesamt acht Sitzungen verstetigten den Dialog zwischen beiden

Ebenen zwischen Juli 2008 und Juni 2009. Wesentliche Vorarbeiten für die gemeinsame politische Zielsetzung von KZBV und KZVen kommen aus Facharbeitsgruppen, die mit Vertretern beider Ebenen besetzt sind. Sie werden aufgabenbezogen eingerichtet und bearbeiteten im zurückliegenden Jahr entscheidende Fragen wie die möglichen Wege zur Abschaffung der Budgets in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Angesichts der Internationalisierung der Gesundheitsmärkte und der zunehmenden überstaatlichen Regulationsintensität in der Europäischen Union setzt die KZBV verstärkt auch auf den internationalen Austausch. In einem Ausschuss für internationale Zusammenarbeit konzertiert sie mit der Bundeszahnärztekammer und dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die internationalen Aktivitäten der deutschen Zahnärzteschaft.

Auf dem 96. Weltkongress der Fédération Dentaire Internationale (FDI), der vom 24. bis 27. September 2008 in Stockholm stattfand, wurde im Zuge einer Vereinfachung der Organisationsstruktur beschlossen, die Hauptgeschäftsstelle der FDI von Frankreich in die Schweiz zu verlegen. Zugleich votierten die Mitglieder für eine neue Beitragsberechnungsformel, die für große Mitgliedsstaaten wie Deutschland eine Senkung des Beitrages nach sich zieht. Unter intensiver deutscher Beteiligung hat der Kongress Stellungnahmen zu Empfehlungen für klinische Studien über Restaurationsmaterialien, Sportmundschutz sowie Zuckeraustauschstoffe und ihre Rolle bei der Kariesprophylaxe verabschiedet.

Die Vollversammlung der Europäischen Regionalen Organisation der FDI (ERO) fand am 17./18. April 2009 in Rom statt. In allen berufspolitisch wichtigen Arbeits-

gruppen sind die Mitglieder der deutschen Delegation aktiv eingebunden, d.h. in den AGs Zahnärztliches Team, Qualitätsmanagement und Freie Zahnärztliche Berufsausübung in Europa. Die Mitgliedsländer können auf die Unterstützung der ERO bei nationalen Problemen zählen. Aktuell ist das zum Beispiel für Spanien wichtig: Dort ist der nationale Zahnärzterverband gezwungen, gegen die behandelnde Tätigkeit von Zahn Technikern vorzugehen. Die im Rahmen der Vollversammlung veranstaltete Fachdiskussion, an der auch

viele italienische Zahnärzte teilnahmen, stand unter dem Thema „Fluoride in Europa – Implikationen, Vision und Realität im Bereich der Mundgesundheitsversorgung“.

Auf europäischer Ebene vertritt der Council of European Dentists (CED) die Interessen der Zahnärzteschaft. Vollversammlungen des CED fanden am 28. November 2008 in Brüssel und am 29./30. Mai 2009 in Prag statt. Dabei wurden eine Resolution zu Zahnbleichmitteln verabschiedet und der

Richtlinienentwurf über grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen und Patientensicherheit, das Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa, die wissenschaftlichen Gutachten der EU-Kommission zu Amalgam und die Themen der diversen Arbeitsgruppen, u.a. zu Medizinprodukten und Infektionskontrolle diskutiert. Des Weiteren verabschiedete der CED eine EntschlieÙung über die Kompetenzen des Zahnarztes der Zukunft.





Gebührenlandschaft

Basistarif

Seit Januar 2009 gibt es den Basistarif in der privaten Krankenversicherung. Die PKV-Unternehmen sind verpflichtet, bestimmte Personengruppen ohne Risikoprüfung in diesen Tarif aufzunehmen. Seine Leistungen müssen nach Inhalt und Umfang denjenigen der GKV vergleichbar sein. Die Beiträge im Basistarif dürfen den jeweiligen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Obwohl der Basistarif Bestandteil der privaten Krankenversicherung ist, wurde der gesetzliche Auftrag, die Versorgung der Basistarif-Versicherten zu garantieren, dem KZV-System übertragen.

Die KZBV hat sich vor der Einführung des Basistarifs intensiv darum bemüht, mit dem PKV-Verband unter Beteiligung der aufsichtsführenden Ministerien (Finanzen und Gesundheit) eine vertragliche Regelung zu finden. Ziel war es, sicherzustellen, dass

sowohl Leistungen als auch Vergütungen im Basistarif diejenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelfall nicht überschreiten. Dazu hat die KZBV ein Transformationsmodell vorgeschlagen, das die erforderlichen Elemente aus Leistungsbeschreibungen, Abrechnungsbestimmungen und Vergütungsstrukturen des BEMA sowie die leistungseinschränkende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die private Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) integriert. Eine Übertragung von Regulierungen aus dem Bereich der GKV, wie die verpflichtende Abrechnung über die KZV oder die Durchführung von Prüfungsverfahren, sollte danach aber nicht erfolgen. Trotz großer Anstrengungen kam aber eine Einigung mit dem PKV-Verband nicht zustande. Auch für den ärztlichen Bereich haben die privaten Krankenversicherer bis Mitte 2009 keine entsprechende Regelung vereinbart.

Die Vergütungen für Leistungen, die im Basistarif bzw. Standardtarif der PKV versichert sind, richten sich daher seit dem 1. Januar dieses Jahres ausschließlich nach der gesetzlichen Regelung in § 75 Abs. 3a SGB V. Danach kann höchstens der 2,0fache Einheitsatz der GOZ abgerechnet werden. Die Leistungen, auf die sich die Regelung erstreckt, hat der PKV-Verband im Januar 2009 in Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif ohne Abstimmung mit der KZBV unilateral festgelegt. Diese Versicherungsbedingungen enthalten allerdings kein abschließendes Leistungsverzeichnis, sondern beschränken sich im Regelfall auf allgemeine Umschreibungen der versicherten Leistungen. Die konkrete Abgrenzung von Basistarifleistungen muss daher im jeweiligen Behandlungsfall erfolgen. Für den Vertragszahnarzt ist das mit erheblichen Risiken verbunden, da er nicht immer absehen kann,

welche Leistungen von der PKV als erstattungsfähig bewertet werden und daher der gesetzlichen Honorarbegrenzung unterliegen. Die KZBV hat den Vertragszahnärzten bei nicht akut indizierten Behandlungen daher empfohlen, die Situation vorab mit dem jeweiligen PKV-Unternehmen über den Patienten unter Erstellung eines entsprechenden Behandlungsplans zu klären.

Der Vertragszahnarzt kann die Abgrenzungsproblematik nur dadurch umgehen, dass er mit dem Patienten eine Abdingungsvereinbarung schließt, in der eine bestimmte Vergütung vertraglich vereinbart wird. Da-

bei muss der Patient aber auf eventuelle zusätzliche finanzielle Belastungen hingewiesen werden, die sich ergeben können, wenn die PKV die Behandlungskosten nicht in vollem Umfang erstattet.

Erste Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung des Basistarifs zeigen, dass noch nicht alle PKVen flächendeckend besondere Ausweise für Versicherte im Basistarif ausgeben. Wenn der Vertragszahnarzt den Patienten aber nicht als Basis- oder Standardtarif-Versicherten erkennen kann, kann er auch die gesetzlichen Leistungs- und Vergütungseinschränkungen nicht berücksichtigen. Auch die KZVen können

dann ihren diesbezüglichen Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen. Die KZBV hat deshalb den PKV-Verband nochmals aufgefordert, eine entsprechende Ausgabe von Versicherungsausweisen sicherzustellen und die betroffenen Versicherten auf ihre Verpflichtung zur Offenlegung ihres Versichertenstatus ausdrücklich hinzuweisen.

Die Entwicklung des ersten Halbjahres 2009 zeigt außerdem, dass der im Vorfeld der Einführung befürchtete Run auf den Basistarif ausgeblieben ist. Nur wenige tausend Zugangsberechtigte sind bislang in den Basistarif gewechselt.

Novellierung der privaten Gebührenordnung

Nach langer Vorbereitung hat das Bundesgesundheitsministerium als Verordnungsgeber im Oktober 2008 einen Referentenentwurf für die Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgelegt, die seit 1988 in beinahe unveränderter Form gilt. Der Entwurf, der auch deshalb mit Spannung erwartet wurde, weil er als mögliche Blaupause für eine anschließende Novellierung der privaten Gebührenordnung für Ärzte (GÖA) galt, enthielt im Wesentlichen folgende Neuregelungen:

- Das Gebührenverzeichnis soll unter enger Anlehnung an dasjenige des Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung (BEMA-Z) neu gefasst werden. Dabei sind Leistungsbeschreibungen teilweise neu aufgenommen, teilweise umformuliert und veränderte Punktzahlen aufgenommen worden.
- Im Allgemeinen Teil ist in § 5 eine Anhebung des seit 21 Jahren unverändert gebliebenen Punktwertes von 5,6241 Cent um 0,46 Prozent auf 5,65 Cent vorgesehen. Dieser Punktwert läge weiterhin noch unter demjenigen, der in der GOÄ für ärztliche Leistungen seit dem Jahre 1996 gilt.
- In einer Neufassung des § 2 soll geregelt werden, dass von der GOZ abweichende Vereinbarungen zwischen Zahnarzt und Patient nur hinsichtlich der Höhe der Vergütungen, nicht aber durch Veränderungen der Punktwerte oder der Punktzahlen möglich sein soll. Die Vereinbarung muss danach vor Behandlungsbeginn unter Angabe der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, des Steigerungssatzes und des vereinbarten Betrages erfolgen.
- In einem neuen § 2a soll eine Öffnungsklausel für abweichende Regelungen in Verträgen von PKV-Unternehmen oder Beihilfeträgern mit Zahnärzten oder Gruppen von Zahnärzten eingefügt werden. Die in derartigen Verträgen festgelegte Vergütung soll im Einzelfall erst dann gelten, wenn der Zahlungspflichtige der Anwendung dieses Vertrages dem Zahnarzt gegenüber schriftlich zugestimmt hat. In diesem Fall soll der Zahlungspflichtige an diesen Vertrag mindestens ein Jahr lang gebunden bleiben.
- Ein neuer § 9 Abs. 2 sieht eine Verpflichtung des Zahnarztes vor, vor Behandlungsbeginn einen Kostenvorschlag über die voraussichtlichen zahntechnischen Leistungen zu erstellen, sofern die erwarteten Kosten den Betrag von € 150,- überschreiten. Der Kostenvorschlag soll Art, Umfang und Ausführung der

einzelnen Leistungen und deren Preise sowie direkt zurechenbare Materialien und deren Preise aufführen sowie die Berechnungsgrundlage und den Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen angeben.

Sowohl bei den zahnärztlichen als auch bei den ärztlichen Organisationen ist der Referentenentwurf auf massive Kritik gestoßen. Gemeinsam haben sie das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, den Referentenentwurf zurückzuziehen. KZBV und Bundeszahnärztekammer haben gefordert, dass eine ganze Reihe von Punkten in eine Neuberatung einbezogen wird:

- Die Öffnungsklausel im Referentenentwurf gefährdet die Behandlungsqualität durch ruinösen Preiswettbewerb und die flächendeckende zahnmedizinische Versorgung durch wirtschaftliche Konzen-

trationsprozesse. Die Klausel sollte gestrichen werden.

- Der Referentenentwurf erlaubt Versicherungen keine freiwillige Vereinbarung losgelöst von der Gebührenordnung und missachtet damit die Handlungsfreiheit der Patienten. Eine entsprechende Erlaubnis sollte in den Entwurf eingefügt werden.
- Die willkürliche Aufteilung von modernen Techniken für Zahnfüllungen in eine Füllungsposition und eine Zuschlagposition (für Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik) stellt einen rechtssystematischen Widerspruch dar. Diese Regelung sollte gestrichen werden.
- Der Entwurf gibt Zahnärzten durchgängig nicht genug Behandlungszeit für eine kostendeckende, qualitativ hoch-

wertige Behandlung der Patienten. Die Leistungsbewertung sollte deutlich an die Preissteigerung der letzten 20 Jahre angepasst werden.

Angesichts der massiven Kritik am Entwurf kristallisierte sich im Frühjahr 2009 sukzessive heraus, dass mit der Verabschiedung der neuen GOZ in der laufenden Legislaturperiode nicht mehr zu rechnen sein würde. Das Projekt wurde in der heißen Phase des Bundestagswahlkampfes zurückgestellt. Klar ist indes, dass die GOZ-Novelle nach der Bundestagswahl wieder auf die Tagesordnung der Gesundheitspolitik zurückkehren wird.

Vertragsgeschäft

Veränderungen in der Krankenkassenlandschaft

› Kassenartenübergreifende Fusionen

Als Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes können Krankenkassen auch über Kassenarten hinweg miteinander fusionieren. Das bedeutet, dass sich eine Ersatzkasse beispielsweise mit einer Betriebskrankenkasse vereinigen kann. Da die Krankenkassen von dieser Möglichkeit regen Gebrauch machen, stellt sich für KZVen und Krankenkassen als Gesamtvertragspartner auf Länderebene eine Reihe von völlig neuen Herausforderungen im Vertragsgeschäft dar. Wie kann man vertraglich absichern, dass die Wettbewerbsvorteile, die sich die Krankenkassen ggf. von der Fusion versprechen, nicht zu Lasten der vertragszahnärztlichen Versorgung generiert werden?

Diese Frage lässt sich nur beantworten, wenn man einerseits die zahnärztliche Seite in ihrer Gesamtheit betrachtet und andererseits die unterschiedlichen Ausgangslagen in den einzelnen KZVen berücksichtigt. Die KZBV hat von den KZVen im Beirat das Mandat erhalten, die Grundlagen von Fusionsverträgen in Gesprächen mit den Ersatzkassen zu sondieren. In recht-

licher Hinsicht ist zunächst festzustellen, dass die Konsequenzen einer kassenartenübergreifenden Fusion durch die an der Fusion beteiligten Krankenkassen im Verhältnis zum Gesamtvertragspartner nicht einseitig festgelegt werden können. Nach § 171a SGB V in Verbindung mit § 144 Abs. 4 SGB V entsteht eine neue Krankenkasse. Diese kann nicht für sich in Anspruch nehmen, zukünftig einen bestimmten Punktwert, z. B. den für die bisherigen Krankenkassen geltenden Punktwert, oder einen Mischpunktwert einseitig festzulegen. Diese Fusionsfolgen zu verhandeln, ist Aufgabe der Gesamtvertragspartner. Bis zu einem Ergebnis bestehen die mit den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge weiter. Naturgemäß wird der Schwerpunkt eines solchen Fusionsvertrages auf dem Aushandeln neuer Budgets liegen. Es bietet sich die Möglichkeit, im Vorfeld zu analysieren, ob die bisherigen Budgets noch stimmig sind, d. h., ob Mitgliederstruktur und Leistungsanspruchsverhalten der Versicherten noch zu den Budgetobergrenzen passen oder ob die Weiterentwicklung der Budgets allein auf Basis der Mitgliederzahl, wie sie § 85 Abs. 3c SGB V immer

noch vorschreibt, bereits zu Budgetüberschreitungen geführt hat.

Damit die neuen Gesamtverträge auf Basis einer ausreichenden Datengrundlage geschlossen werden können, hat die Statistikabteilung der KZBV einen Datenkranz erarbeitet. Er macht eine Datenlieferung von Mitgliederstrukturdaten seitens der Krankenkassen zur Grundvoraussetzung für Fusionsverträge. Die Forderung nach Mitgliederstrukturdaten wurde von den KZVen konsentiert und von der KZBV gegenüber den Ersatzkassen kommuniziert. Damit haben die KZVen ein einheitliches Vorgehen in den Vertragsverhandlungen gewährleistet und so vermieden, dass ein Vertragsabschluss Pilotcharakter für andere KZVen bekommt, obwohl dort möglicherweise völlig unterschiedliche Ausgangsbedingungen vorhanden sind. Gleichzeitig wurde die Frage der Datenlieferung zum Lackmustest für die Bereitschaft der Kassen, die Fusionen kostenneutral, also ohne Reduzierung der Mittel für die Patientenversorgung durchzuführen.

› Aufsplitterung des VdEK-Gesamtbudgets

Parallel zur Regelung kassenartenübergreifender Fusionen hat der Gesetzgeber den Ersatzkassen ermöglicht, von der Neufassung des § 82 Abs. 2 ff SGB V Gebrauch zu machen und Einzelverträge ohne Einschaltung der Verbände der Ersatzkassen zu schließen. Obwohl es sich hierbei aus Sicht der KZBV um eine freiwillige Option handelt, interpretieren die Ersatzkassen den Abschluss von Einzelverträgen als Verpflichtung und streben die damit notwendigerweise verbundene Aufsplitterung ihres bisherigen Gesamtbudgets an. Auch dies führt zu einer völligen Veränderung der Vertragsstrukturen auf Gesamtvertragsstufe. Die oberste Priorität, dass sich auch diese Veränderungen nicht zu Lasten der vertragszahnärztlichen Versorgung auswirken dürfen, gilt hier ebenso wie bei den Fusionsverträgen. Dass besondere Vorsicht geboten ist, wird offensichtlich, wenn man die Verhältnisse im Primärkassenbereich betrachtet, wo es durch Saldierungsverluste zu erheblichen Einbußen gekom-

men ist. Sie beruhen darauf, dass die Krankenkassen einerseits Budgetüberschreitungen nicht ausgleichen, andererseits bei Budgetunterschreitungen Mittel zurückhalten können.

Aus diesem Grunde soll die Chance genutzt werden, beim Abschluss neuer Verträge zukunftsorientierte Instrumente in die Gesamtverträge zu implementieren, die die Gefahr von Saldierungsverlusten vermeiden oder wenigstens minimieren. Auch hier rekurriert die KZBV auf die Forderung nach validen Strukturdaten, die bis in das Jahr 1997 zurückreichen, in dem die Budgets fixiert wurden. Die Analyse der Daten soll Aussagen ermöglichen, anhand welcher Parameter – jenseits der Mitgliederzahl – die Budgets fortentwickelt werden können, um adäquate Obergrenzen zu gewährleisten, solange es Budgets gibt. Die KZBV hat daher in den Gesprächen mit dem VdEK bzw. mit der Techniker Krankenkasse den Wunsch nach Strukturdaten im Auftrage der KZVen vorgetragen und hat diese teilweise auch erhalten.

Die Umsetzung der aus der vielfältigen Diskussion der KZBV mit den KZVen und den Verhandlungen mit den Ersatzkassen gewonnenen Erkenntnisse erfolgt selbstverständlich auf Gesamtvertragsstufe. Dies gilt gleichermaßen für die Regelung der Fusionsfolgen, als auch – falls die Ersatzkassen nicht noch dazu bewegt werden können, weiterhin das Gesamtbudget zu fahren – für die Einzelverträge mit den Ersatzkassen. Die „Vorarbeit“ der KZBV und die Geschlossenheit der KZVen haben die Vertragspartner auf Kassenseite nicht unbeeindruckt gelassen. Ein Beleg dafür ist die erstmalige Lieferung von Strukturdaten durch einen Teil der Ersatzkassen. Die gewonnenen Erkenntnisse bleiben daher nicht abstrakt, sondern erzielen ihre Wirkung in den Vertragsverhandlungen der KZVen.



Festzuschusssystem für Zahnersatz

Seit der Einführung des Festzuschusssystem für Zahnersatz Anfang 2005 gilt für die Höhe der Vergütungen der zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen ein bundeseinheitlicher Punktwert, den die KZBV gemäß § 57 Abs. 1 SGB V mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt. Für den Fall, dass die Vertragspartner keine Vereinbarung auf dem Verhandlungswege erzielen können, kann ein Verfahren vor dem Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung angestrengt werden. Im Geschäftsjahr hat die KZBV, fußend auf einer Empfehlung des Beirates, von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Es galt auszuloten, ob im Rahmen der geltenden Rechtslage überhaupt noch Möglichkeiten bestehen, eine Vergütung zu erreichen, die eine Abkoppelung der Zahnärzteschaft von der allgemeinen

wirtschaftlichen Entwicklung verhindert. Gefordert wurde konsequenterweise eine Punktwertanhebung, die oberhalb der Grundlohnsummensteigerung von 1,41 % lag. Die KZBV argumentierte schlüssig, dass eine Überschreitung der Grundlohnsumme gemäß § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V gerechtfertigt sei, da es in anderen Leistungsbereichen, nämlich den budgetierten Gesamtvergütungen, deutliche Einsparungen gegeben habe. Erwartungsgemäß wurde die Diskussion vor dem Bundesschiedsamt aber stark von den Stichworten „Beitragssatzstabilität“ und „Grundlohnsummenanbindung“ geprägt. Das Bundesschiedsamt folgte dem Antrag der KZBV nicht und stellte ausschließlich auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ab. Selbst Einsparungen der Krankenkassen in anderen Leistungsbereichen sollen damit

nicht als Parameter für die Anhebung des Punktwertes herangezogen werden, solange nicht auszuschließen ist, dass es im Einzelfall auf Gesamtvertragsebene zu beitragsrelevanter Ausgabensteigerungen kommen kann. Die KZBV hat kritisch angemerkt, dass damit der Anwendungsbereich des § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V im zahnärztlichen Bereich gegen Null geht. Das Bundesschiedsamt hat dies aber als unvermeidbar hingenommen. Es setzte den ZE-Punktwert für das gesamte Jahr 2009 entsprechend der Grundlohnsummensteigerung schließlich auf 0,7419 Euro fest. Die Regelung trat erst zum 01.04.2009 in Kraft, so dass der Punktwert für den Rest des Jahres kompensatorisch um 1,88 % auf 0,7454 Euro angehoben wurde.

Vergütungsverhandlungen mit anderen Trägern

› Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Die KZBV hat das Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung mit der Gesetzlichen Unfallversicherung mit Wirkung zum 31.12.2008 gekündigt. Die anschließenden Verhandlungen konnten im Dezember 2008 erfolgreich abgeschlossen werden. Hinsichtlich der Punktwerte konnte die KZBV eine Einigung für die Jahre 2009 und 2010 erzielen. Seit 1. Januar dieses Jahres beträgt der Punktwert 1,05 Euro, im Jahr 2010 wird er auf 1,07 Euro steigen. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass auch die kieferortho-

pädischen Leistungen vom Abkommen umfasst sind. Die Vergütung der kieferorthopädischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt auf Grundlage des BEMA-Z. Darüber hinausgehende erforderliche Leistungen sind nach dem Leistungskatalog der GOZ zu erbringen.

› Träger der Freien Heilfürsorge

Die KZBV und die für die Freie Heilfürsorge zuständigen Ministerien (Bundesministerium der Verteidigung, Bundesministerium des Innern, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) haben rück-

wirkend zum 1. April 2009 auf der Grundlage von § 75 Abs. 3 SGB V eine neue Vergütungsregelung für zahnärztliche Leistungen sowie für die Abgeltung des Sprechstundenbedarfs getroffen. Vom 1. April bis zum Jahresende 2009 gilt für die zahnärztlichen Leistungen, mit Ausnahme der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung, ein Punktwert von 0,9528 Euro. Für Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt seit April ein Punktwert von 0,8181 Euro. Für die Abgeltung des Sprechstundenbedarfs gilt, ebenfalls vom gleichen Zeitpunkt an, eine Pauschale von 1,5181 Euro.

Digitales Gesundheitswesen

EDV für die Praxis

Im Gesundheitswesen nimmt die Digitalisierung bzw. Softwareunterstützung von Arbeitsprozessen einen immer größeren Stellenwert ein. Entsprechend unterstützt die KZBV ihre Mitgliedsorganisationen und die Zahnarztpraxen vor Ort bei der Anwendung von speziellen Praxisverwaltungs- bzw. Abrechnungsprogrammen. Sie testet den abrechnungsrelevanten Teil der Programme und stellt ihre Eignung für die zahnärztliche Praxis fest.

Im Zuge der geplanten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) müssen die Abrechnungsprogramme neue technische Anforderungen erfüllen. Der Vorstand der KZBV hat im zurückliegenden Geschäftsjahr neue Kriterien für die Feststellung der Eignung von Programmen für die konservierend-chirurgische Abrech-

nung beschlossen. Die Geschäftsführung des Gemeinsamen Ausschusses (EDV), die in den Händen der Abteilung Vertragsinformatik liegt, hat daraufhin 49 Programmprüfungen durchgeführt und ebenso viele Eignungsfeststellungen ausgesprochen. Dazu kamen drei Abrechnungsprogramme nur für kieferorthopädische Leistungen. Für sie sind zwar keine speziellen Eignungsfeststellungskriterien festgelegt, sie müssen aber dennoch auf die neuen technischen Anforderungen hin getestet werden. Neun Programmen, die zum Jahresende 2008 eingestellt wurden, wurde die Eignungsfeststellung entzogen. Insgesamt werden von der Prüfstelle der KZBV 102 Programme verwaltet. Zwanzig davon durchlaufen zurzeit das neue Eignungsfeststellungsverfahren.

Die über das Intranet und die Internetseite der KZBV (Rubrik Infos für die Praxis/Praxissoftware) zugängliche Datenbank „EDV-Transparent“ bietet Interessierten eine Übersicht über die auf dem Markt angebotenen Praxisverwaltungssysteme für Zahnärzte. Änderungen und Ergänzungen der Datenbank stellt die KZBV ein, die inhaltliche Verantwortlichkeit für die Richtigkeit der Daten liegt bei den Software-Herstellern.

Elektronische Abrechnung

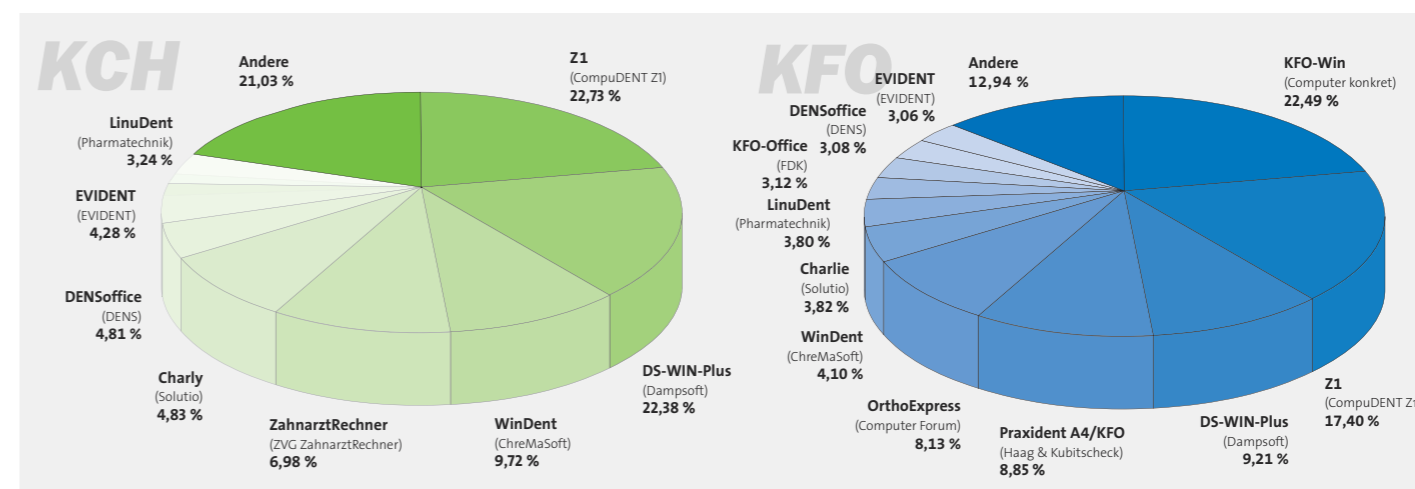
Die KZBV entwickelt die Programmmodule für die Übertragung der Abrechnungsdaten aus den Zahnarztpraxen an die KZVen. Sie müssen aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Änderungen im Leistungsgeschehen regelmäßig modifiziert werden. Die Softwarehäuser erhalten daher regelmäßige Updates zum Einpflegen in ihre Praxissoftware, die KZVen entsprechend angepasste Empfangsmodule.

Zwischen Mitte 2008 und Mitte 2009 wurden vier aktualisierte Versionen der Datenübertragungsmodule für den konservierend-chirurgischen Bereich, vier für den kieferorthopädischen und vier für den Zahnersatzbereich an die Software-Hersteller ausgeliefert.

Die elektronische Abrechnung hat sich im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung in den Praxen mittlerweile durchgängig etabliert. Ende 2008 machte sie durchschnittlich 98,2 Prozent aus und lag damit noch einmal 0,3 Prozent höher als im Vorjahreszeitraum. Unterschiede zwischen den einzelnen KZVen gibt es kaum. Anders sieht es trotz steigender Tendenz nach wie vor im Bereich der Kieferorthopädie aus. Hier erfolgen lediglich 54,1 Prozent aller Abrechnungen auf elektronischem Wege. Zudem gibt es erhebliche regionale Abweichungen in der Nutzung der digitalen Abrechnung.

Die Unterstützungsleistungen der KZBV beschränken sich nicht auf die elektronisch basierte Abrechnung zwischen Praxen und Kassenzahnärztlichen Verei-

nigungen. Sie betreut auch den nachgelagerten Datenträgeraustausch zwischen KZVen und Krankenkassen. Ebenso führt sie die quartalsweise von den KZVen gelieferten Daten für den Risikostrukturausgleich in der GKV zusammen. Als Dachorganisation pflegt sie ein Bundes einheitliches Kassenverzeichnis, das den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Kassen und den Praxen als Verzeichnis der gültigen Kassennummern der Kostenträger dient. Und nicht zuletzt unterhält sie ein Bundeszahnarztregister, in dem nach den Regeln der Zulassungsverordnung alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte erfasst sein müssen.



ANTEIL DER EDV-SYSTEME AN DER ABRECHNUNG PER DATENTRÄGERAUSTAUSCH

Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)

Im Zeitalter der elektronischen Kommunikation wird die Sicherheit übermittelter Daten immer wichtiger. „Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)“ bietet Zahnärzten eine sichere Infrastruktur zum Datenaustausch. Sie wird seit über fünf Jahren von der KZBV betrieben und basiert auf der Ausgabe von individuellen so genannten „ZOD-Karten“. Diese Signaturkarten schützen durch Verschlüsselung und elektronische Signatur die sensiblen, weil in der Regel personenbezogenen, Gesundheitsdaten vor dem Zugriff Unbefugter und gewährleisten bei Zugriff des Zahnarztes auf Online-Portale mit einer weit höheren Verlässlichkeit als die herkömmliche „Username und Passwort-Variante“, dass nur angemeldete und identifizierte Teilnehmer und keine unberechtigten Dritten Zugang zu ihren Daten haben.

› Betrieb der ZOD-Infrastruktur

Mehr als die Hälfte der KZVen haben inzwischen ihre Internet-Portale an ZOD angepasst und bieten damit ihren Zahnärzten die Möglichkeit einer sicheren

Authentisierung bei der Nutzung zugangsgeschützter Online-Anwendungen. Zwei KZVen haben darüber hinaus Beschlüsse zur flächendeckenden Einführung von ZOD gefasst. Die Verbreitung von ZOD wird dort wie auch in einigen anderen KZV-Bereichen erfolgreich durch finanzielle Anreize oder attraktive neue Portal-Funktionen unterstützt. Die ZOD-Teilnehmer profitieren dabei z. B. von Verwaltungskostennachlässen, wenn sie online abrechnen, oder von exklusiven, auf sie persönlich zugeschnittenen Informationen ihrer KZV. Die Teilnehmerzahl ist im Berichtszeitraum um weitere 30 % auf gut 4.600 (Stand: Juni 2009) gestiegen.

› Weiterentwicklung und Ausblick

Die aktuellen Entwicklungen für den Betrieb sicherer Kommunikations-Infrastrukturen werden verfolgt und soweit sinnvoll für ZOD umgesetzt. Kernpunkt der Weiterentwicklung von ZOD ist die Erweiterung der Karte um die Funktion der qualifizierten elektronischen Signatur als rechtlich verbindliche, der handschriftlichen Unter-

zeichnung gleichgestellten Unterschrift unter dem Stichwort „ZOD 2.0“.

Die Einführung der qualifizierten Signatur verlangt umfangreiche, im Vorjahr bereits begonnene konzeptionelle Arbeiten. Im Kontakt mit den für die Ausgabe der derzeitigen ZOD-Karten zugelassenen Anbietern wurden die erarbeiteten Konzepte weiter konkretisiert, um den hohen Standards der qualifizierten Signatur auch im Detail zu genügen. Da die Kartenhersteller bisher keine nach dem Signaturgesetz sicherheitszertifizierten, für ZOD einsetzbaren Chipkarten zur Verfügung stellen, konnten die beiden Basisdokumente „ZOD-Anforderungsprofil“ und „ZOD-Policy“, in denen die Anforderungen an potenzielle ZOD-Anbieter zusammengefasst sind, erst im April 2009 veröffentlicht werden.

Ein weiterer Meilenstein für die Realisierung der ZOD 2.0-Infrastruktur ist der Aufbau und Betrieb einer so genannten Wurzelinstanz zur Ausstellung von Zertifikaten für die ZOD-Anbieter. Diese Anbieter-Zertifikate stellen die Basis für die Ausstel-

lung der eigentlichen Nutzerzertifikate der ZOD-Karte dar und sind damit ein Kernelement der Sicherheitsinfrastruktur. Im Juli 2009 wurde in einem Vergabeverfahren der Betreiber der neuen Wurzelinstanz ermittelt. Mit der Auswahl des Anbieters wird der Betrieb der Wurzelinstanz in absehbarer Zeit beginnen können und damit auch die Zulassung geeigneter Anbieter ermöglichen, die ZOD 2.0-Karten an Zahnärzte ausgeben können. Interesse an einer solchen Zulassung haben bereits einige Zertifizierungsanbieter bekundet.

Die elektronische Gesundheitskarte

› Politische Begleitung des Projektes

Nach wie vor drängt das Bundesgesundheitsministerium aus politischen Gründen auf eine schnelle Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte. Das Initialprojekt „Basis-Rollout der eGK“ ist bei weitem noch nicht abgeschlossen. Es hat unter den wiederholten Ankündigungen völlig unrealistischer Zeitvorgaben massiv gelitten (siehe unten). Dennoch drängen Krankenkassen und BMG bereits zum nächsten Teilprojekt: der Online-Anbindung sämtlicher Arzt- und Zahnarztpraxen. Die gesetzlichen Krankensversicherer favorisieren eine möglichst schnelle Online-Anbindung der Praxen, weil sie sich davon Einsparungen erhoffen: Sind Angaben zum Versicherungsverhältnis oder zu den Stammdaten des Versicherten online möglich, wird ein Austausch seiner Karte in vielen Fällen vermeidbar.

Basis der ZOD 2.0-Karten ist die Spezifikation des elektronischen Heilberufsausschusses. Dadurch ist es möglich, Synergieeffekte für Zahnärzte und KZVen zu nutzen, da die ZOD 2.0-Karten auch im Umfeld der elektronischen Gesundheitskarte technisch einsetzbar wären. Als eine der Voraussetzungen für den tatsächlichen Einsatz werden derzeit die Eckpunkte für eine entsprechende Zulassung der ZOD 2.0-Karten durch die gematik geklärt. Durch die technische Möglichkeit, die ZOD-Karte perspektivisch im Umfeld der eGK ein-

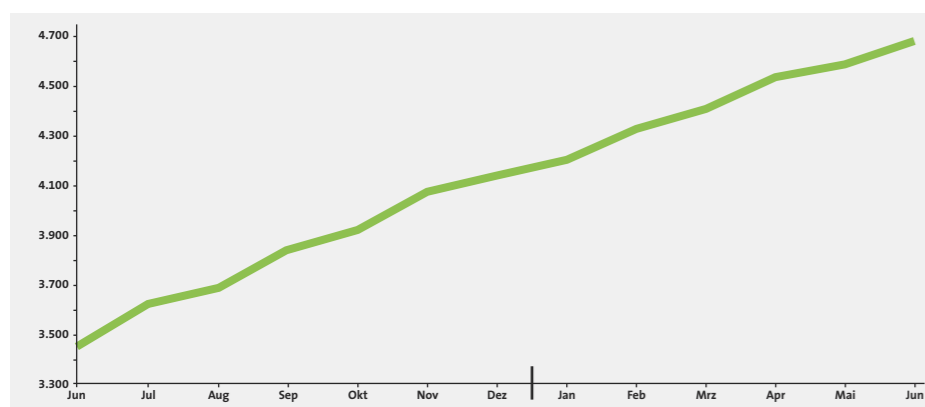
setzen zu können, wird die Nutzung der ZOD 2.0-Karten bis zum Ende ihrer Gültigkeit – unabhängig von den Planungen der gematik oder des Gesetzgebers – gewährleistet, und ein vorzeitiger Austausch der Karten vermieden. Für die Zahnärzte und KZVen, die ZOD heute bereits zur Absicherung ihrer elektronischen Kommunikation nutzen, bedeutet dies eine hohe Investitionssicherheit.

Die Gesellschafterversammlung der gematik hat den so genannten Online-Rollout im Dezember 2008 auf Weisung des BMG beschlossen (siehe unten). Eine geordnete Durchführung des Basis-Rollouts und die dringend erforderliche Evaluierung und Anpassung der Testmaßnahmen fallen nun den Aktivitäten zur Planung dieses neuen Projektes zum Opfer.

Wie notwendig eine Neukonzeption der Struktur der Testmaßnahmen und der zu erprobenden Anwendungen ist, zeigt der Zwischenbericht zu den Feldtests der Anwendungen „Elektronisches Rezept“ und „Notfalldaten“, den die gematik Anfang Dezember 2008 veröffentlichte. Er belegt die katastrophalen Ergebnisse der Tests. Den kompletten Abschlussbericht hat die gematik im Januar 2009 von ihrem Auftragnehmer erhalten. Bis Mitte 2009 hat sie ihn aber noch nicht an die Gesellschafter weitergegeben.

Die KZBV hat gegenüber der gematik stets die notwendigen Verbesserungen angefordert und für ein geordnetes Verfahren bis hin zur Neukonzeption der Anwendungen plädiert. Bereits Ende 2005 war verabschiedet worden, dass niedergelassene Zahnarztpraxen von der Teilnahme an den Testverfahren ausgenommen wurden. Die aufgrund des politischen Drucks parallel zu den laufenden Testmaßnahmen vorangetriebene Aufnahme des Wirkbetriebes im Basis- und im Online-Rollout löst jedoch zunehmend die klare Abgrenzung der Aktivitäten auf. Die KZBV hat die gematik auf die notwendige Trennung von Test- und Wirkbetrieb mehrfach hingewiesen.

Mitte Juni 2009 hat das BMG den Entwurf einer Fortschreibung der Rechtsverordnung für die Testmaßnahmen übersandt, in der unter anderem Test- und Wirkbetrieb weiter verwoben werden. Die KZBV hat dies in ihrer Stellungnahme kritisiert.



ZUNAHME DER ZOD-TEILNEHMER VON JUNI 2008 BIS JUNI 2009



Vor dem Hintergrund der laufenden Einlassungen der KZBV und anderer Leistungsträgerorganisationen, die von gematik und Gesetzgeber jedoch weitgehend ignoriert werden, hat die 11. Vertreterversammlung der KZBV am 24. Juni dann ihre Ablehnung des eGK-Projektes in der bisher vorgestellten Form bekräftigt. In der einstimmig beschlossenen Resolution heißt es: „Die in der Gesellschafterversammlung der gematik gefassten Beschlüsse zum sogenannten Basis-Rollout und dem Online-Rollout sind gegen die Stimme der KZBV gefasst worden. Die Forderungen der Ärzte- und Zahnärzteschaft nach einer Neukonzeption des Projektes unter Einbeziehung der Betroffenen sowie nach fundierten und ergebnisoffenen Tests und einem geordneten Einführungsverfahren sind angesichts der katastrophalen Testergebnisse dringend notwendig. Die Vertreterversammlung fordert daher den Gesetzgeber und die gematik auf, den Basis-Rollout so lange auszusetzen, bis die geplanten Anwendungen im Konsens mit allen Beteiligten überarbeitet oder – soweit erforderlich – neu konzipiert wurden.“

> Der „Basis-Rollout“ der eGK

Der Basis-Rollout – im Oktober 2007 von der Gesellschafterversammlung der gematik gegen das Votum der KZBV und anderer Leistungsträgerorganisationen beschlossen – sollte nach der Planung der gematik im dritten Quartal 2008 in der Region Nordrhein beginnen. Die Leistungs-

trägerorganisationen hatten diese Vorstellungen von Ministerium und gematik sofort nach Bekanntwerden Anfang 2008 als völlig unrealistisch bewertet. Wie richtig diese Einschätzung war, zeigt sich darin, dass die Ausstattung der nordrheinischen Ärzte auch Mitte 2009 erst schleppend angelaufen ist. Ursache für die von der Öffentlichkeit als erneute Verzögerung wahrgenommene zeitliche Verschiebung des Rollouts war in der Hauptsache die planerisch falsch eingeschätzte Verfügbarkeit sicherheitszertifizierter eGK-Kartenterminals. Die Marktverfügbarkeit einer ausreichenden Vielfalt an Kartenlesegeräten wiederum war Grundlage für die vertragliche Vereinbarung von Pauschalen, die die nordrheinischen Zahnärzte für die Anschaffung eines solchen Gerätes erhalten sollen. Die KZBV hat eine Festlegung von Pauschalen noch vor der Herausbildung von Marktpreisen geeigneter Geräte als nicht sachgerecht abgelehnt. Sobald Geräte verfügbar waren, wurden im April 2009 Vergütungspauschalen auf Bundesebene vereinbart. Wenn auf regionaler Ebene Vereinbarungen zur konkreten Finanzierungsabwicklung geschlossen sind, ist die Grundlage für die Ausstattung der nordrheinischen Zahnarztpraxen geschaffen.

Anfang Juni 2009 hat das Bundesministerium für Gesundheit angekündigt, dass die nordrheinischen Krankenkassen zum 1. Oktober des Jahres beginnen werden, in der Region Nordrhein elektronische Gesundheitskarten an die Versicherten auszugeben. Das Ministerium ließ verlauten, dass

sich der Einführungsprozess der eGK im Plan befände und derzeit schrittweise Lesegeräte in Arztpraxen und Krankenhäusern installiert würden. Tatsache ist jedoch, dass zur Jahresmitte erst wenige Arztpraxen ausgestattet waren.

Die KZBV hat im vergangenen Jahr permanent eine geordnete Vorgehensweise beim Basis-Rollout angemahnt. Mit dem GKV-Spitzenverband konnte vereinbart werden, dass die Ausgabe von eGKs erst nach bundesweit flächendeckender Ausstattung der Zahnarztpraxen beginnen soll. Damit sollte gewährleistet werden, dass die in Praxen vorgelegten eGKs auch verarbeitet werden können. Mit der auf Drängen des BMG erfolgten Verlautbarung der Kassen, nun ab Oktober Karten herauszugeben, wird diese Vereinbarung unterlaufen und ein geordnetes Verfahren verhindert.

> Online-Rollout

Die durch den Online-Rollout vorgesehene Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur soll dazu dienen, die Daten der eGK von der Arzt- oder Zahnarztpraxis aus zu aktualisieren und den Krankenkassen den Austausch der Karte in bestimmten Fällen zu ersparen. Darüber hinaus erhoffen sich die Kassen zusätzliche Einsparungen durch die Verhinderung von Missbrauch, da im Vorfeld einer Behandlung durch die betreffende Praxis festgestellt werden soll, ob für den Patienten tatsächlich noch ein Versicherungsverhältnis besteht.

Im Sommer 2008 hat das BMG die gematik angewiesen, in der Gesellschafterversammlung einen Beschluss zur Durchführung des Online-Rollouts herbeizuführen. Die KZBV wurde parallel aufgefordert, bis März 2009 die erforderlichen Finanzierungsvereinbarungen zu schließen. Auf Druck des Gesetzgebers wurde der Online-Rollout in der 21. Gesellschafterversammlung im Dezember 2008 mit den Gegenstimmen von Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und KZBV beschlossen. Die Gesellschafter hatten eine Reihe von Rahmenbedingungen festgelegt, mit denen ein geordnetes Verfahren, vernünftige Finanzierungsvereinbarungen im Vorfeld sowie die Freiwilligkeit der Online-Anbindung der Leistungsträger gewährleistet werden sollten. Eine weitere Forderung war die Planung und Umsetzung eines strukturierten Basis-Rollouts, der Priorität vor dem Projekt Online-Rollout haben sollte. Im Sommer 2009 hat sich jedoch der Eindruck verfestigt, dass die Planung des Online-Rollouts bei der gematik oberste Priorität hat und sämtliche übrigen Aufgaben an den Rand drängt.

Die in der Gesellschafterversammlung beschlossene Freiwilligkeit der Online-Anbindung wird von der Kostenträgerseite in Frage gestellt. Sie sieht eine freiwillige Teilnahme nur noch hinsichtlich eines begrenzten Start-Fensters. Nach Abschluss der Startphase soll die Anbindung verpflichtend sein. Die Leistungsträgerseite hält an der grundsätzlichen Freiwilligkeit fest. Ein weiterer Konflikt liegt bei der

Häufigkeit und Art der Überprüfung der Gültigkeit der eGK in der Praxis. Die Kostenträger fordern eine zentral gesteuerte, obligate Überprüfung, sobald eine eGK in der Praxis in ein Lesegerät gesteckt wird. Die Leistungserbringer favorisieren hingegen eine vom Primärsystem angestoßene, periodische Prüfung, deren Frequenz vertraglich zu verhandeln ist.

Der Beschluss zum Online-Rollout verpflichtet die KZBV zur Erfüllung bestimmter Aufgaben. Sie umfassen neben Vertragsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband und der Schaffung der Grundlagen für die Ausstattung der Zahnarztpraxen (Eignungsfeststellungsverfahren für die Praxis-EDV-Systeme etc.) insbesondere den Aufbau einer Ausgabeinfrastruktur für den elektronischen Praxisausweis. Er erlaubt zum einen den Zugriff auf die eGK (z. B. zum Auslesen zugriffsgeschützter Daten), im Fall der Online-Anbindung ist er zum anderen Zugangsvoraussetzung der Praxis zur Telematikinfrastruktur. Damit wird er von allen Zahnarztpraxen benötigt werden, auch von denen, die sich entscheiden, nicht an der Online-Anbindung teilzunehmen. Die KZBV hat daher begonnen, ein Konzept zur Ausgabe dieser Karten auszuarbeiten und mit den KZVen abzustimmen.

Die KZBV informiert die KZVen alle zwei Monate in einem Jour fixe „Telematik“ über den aktuellen Stand der Einführung der eGK sowie neue Aspekte zu ZOD. Unter Einbeziehung der Bundeszahnärztekammer wird dort auch der Sachstand zum

Heilberufsausweis diskutiert.

> Testmaßnahmen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse der Tests zu den Anwendungen „Elektronisches Rezept“ und „Notfalldaten“ sowie der Planungen zum vorzeitigen Online-Rollout plant die gematik die Neukonzeption der Testmaßnahmen. Eine Neustrukturierung der Testregionen soll dazu beitragen, dass mehr Geschäftsvorfälle (Einlösen von eRezepten) anfallen und damit aussagekräftigere Ergebnisse möglich sind.

Die Mitte 2009 vorliegenden Planungen der gematik zeigen allerdings zahlreiche Mängel. So sollen die Massentests (ca. 200 Ärzte und ca. 100.000 Versicherte), die nach Festlegung des BMG in den Regionen Bochum-Essen, Heilbronn und Ingolstadt durchgeführt werden sollen, und der Online-Rollout in Nordrhein parallel stattfinden. Die KZBV und andere Leistungsträgerorganisationen haben dies mit dem Hinweis auf die Erforderlichkeit der Auswertung der Testmaßnahmen und eventuell notwendiger Anpassungen abgelehnt. Die Diskussion um ein schlüssiges neues Konzept zu den Testmaßnahmen dauert an. Ein grundsätzliches Umdenken von Gesetzgeber und gematik ist aber trotz der negativen Erfahrungen mit den bisherigen Tests und der damit verbundenen fortschreitenden Demotivation der Testteilnehmer nicht zu erkennen.

Forschung

Die KZBV fördert und finanziert regelmäßig Forschungsvorhaben im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Valide Daten und belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse sind die entscheidende Basis für die Formulierung von berufspolitischen Forderungen und die Entwicklung von Versorgungskonzepten. Die KZBV ist gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer Träger des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Die organisatorisch verselbstständigte Einrichtung hat die Aufgabe, wissenschaftliche Politikberatung und analytische Grundlagenarbeiten zu betreiben. Ein gemeinsamer Vorstandsausschuss leitet die Aktivitäten des IDZ und legt die langfristige Aufgabenplanung in halbjährlichen Sitzungen fest. Der Vorsitz lag 2008 beim Präsidenten der Bundeszahnärztekammer und liegt im laufenden Jahr beim Vorsitzenden des Vorstandes der

KZBV. Die Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen der Oralepidemiologie, der Gesundheitsökonomie, der Systemforschung, der zahnärztlichen Berufsausübung und der Verhaltensmedizin.



Seit März 2009 ist das IDZ Mitglied im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) und nimmt dort an der AG Gesundheitsökonomie teil. Das DNVF hat es sich zum Ziel gesetzt, die an der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler zu vernetzen,

Wissenschaft und Versorgungsforschung zusammenzuführen sowie die Versorgungsforschung in Deutschland insgesamt zu fördern. Dem DNVF gehören über 40 renommierte Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen an. Das wichtige Thema der Versorgungsforschung muss auch für die zahnärztlichen Belange in Angriff genommen werden.

Das DNVF initiiert jährlich einen „Kongress für Versorgungsforschung“. In diesem Jahr findet er im Oktober in Heidelberg zu dem Thema „Qualität in Zeiten unsicherer Finanzierung“ statt. Bei diesem Kongress wird sich erstmals auch die Zahnmedizin geschlossen mit eigenen Beiträgen auf diesem Gebiet präsentieren.

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

› **Forschungskooperation „Weiterführende Analysen zu den DMS-Studien und Vergleichsbewertungen mit SHIP**“**

Mit den Ergebnissen der vier Mundgesundheitsstudien (DMS I – IV) liegt ein Pool repräsentativer Daten zur Mundgesundheit der Deutschen über einen nahezu 20-jährigen Zeitraum vor, der keineswegs voll erschlossen ist. Jetzt läuft eine Forschungskooperation des IDZ mit den Universitäten Greifswald und Dresden an, die weitergehende Analysen zu den Deutschen Mundgesundheitsstudien I–IV für die Kohorte der 35- bis 44-Jährigen unter besonderer Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Mundgesundheit umfassen soll. Sie sind gekoppelt mit einem Vergleich mit den SHIP-0- und SHIP-1-Querschnittsstudien*. Die aus den Auswertungen zu erwartenden Ergebnisse werden als Basis dienen für die Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs in Deutsch-

land, für die Strukturierung der parodontalen Therapie und deren Honorierung sowie die Versorgungsforschung. Ziel ist aber insbesondere die internationale Publikation der Ergebnisse zum zeitlichen Trend der Prävalenzen von Kronenkaries, Parodontalerkrankungen und Zahnverlust in wichtigen internationalen Fachjournalen. Dadurch würde ein wesentlicher Beitrag zur Internationalisierung der Deutschen Zahnheilkunde geleistet. Die Bearbeitung der Fragestellungen soll im Rahmen einer Promotion eines/einer Biomathematiker/in oder Biostatistiker/in an der Greifswalder Zahnklinik unter Supervision durch das IDZ erfolgen.

› **Publikationstätigkeit zur Vermarktung der DMS IV**

Die nationale und internationale Vermarktung der verschiedenen Ergebnisaspekte der DMS IV-Studie durch Mehrautoren-

teams sind ein zähes und langwieriges, aber für die Reichweite und die Resonanz in Öffentlichkeit und Gesundheitspolitik sehr wichtiges Unterfangen. Außerdem sind Spezial- und Nachauswertungen Rüst- und Handwerkszeug für die Öffentlichkeitsarbeit. Zu verweisen ist hier auf den internationalen Baseline-Artikel zur DMS IV in der Zeitschrift „Community Dental Health“, auf den wichtigen Grundsatzartikel zur Parodontitislast, der 2008 in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ) veröffentlicht wurde und einen Artikel zum „Sozialen Gradienten in der Mundgesundheit“ in der Zeitschrift „Prävention und Gesundheitsförderung“. In Zusammenarbeit mit der Zahnklinik Greifswald und der Zahnklinik Dresden ist derzeit eine internationale Veröffentlichung zu den PAR-Behandlungsbedarfen in Deutschland für das Journal of Clinical Periodontology geplant.

*SHIP – Study of Health in Pomerania



Ökonomische Forschungsfragen

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007

Das Institut der Deutschen Zahnärzte analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2007 sind folgende zentralen Ergebnisse hervorzuheben, die als Nr. 2/09 im IDZ-Informationsservice veröffentlicht wurden:

- Die Übernahme einer Einzelpraxis war im Jahr 2007 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 47 % und in den neuen Bundesländern 54 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählten im Jahr 2007 38 % der zahnärztlichen Existenzgründer die Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis). In den neuen Bundesländern wurde die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft

mit einem Anteil von 42 % erstmals vergleichsweise häufiger präferiert als in den alten Bundesländern.

- Während in den alten Bundesländern 59 % der Existenzgründungen von Männern und 41 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den neuen Bundesländern nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 43 % der Existenzgründungen von Männern und 57 % von Frauen vorgenommen.
- Im Jahr 2007 betrug das Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer westdeutschen Einzelpraxis 368.000 Euro und lag somit 16 % über dem Vorjahreswert. Die Zunahme beruht primär auf dem isolierten Anstieg der Investitionen für medizinisch-technische Geräte sowie die Praxiseinrichtung.
- Das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme stieg 2007 ebenfalls um 12 % auf 275.000 Euro. Der Zuwachs wird in erster Linie von dem gestiegenen

ideellen Wert („Goodwill“) getragen. Im Jahr 2007 betrug der Goodwill 99.000 Euro und lag damit um 30 % über dem Vorjahresniveau.

- Das zahnärztliche Investitionsvolumen für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde wie in den Vorjahren auch im Zeitraum 2006/2007 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen von keiner anderen medizinischen Facharztgruppe übertroffen.

Dentaltourismus und Auslandszahnersatz

Im Rahmen der Realisierung des europäischen Binnenmarktes sind die sogenannten grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass zum einen mehr und mehr Zahnersatz nach Deutschland importiert wird (Auslandszahnersatz), zum anderen die Patienten

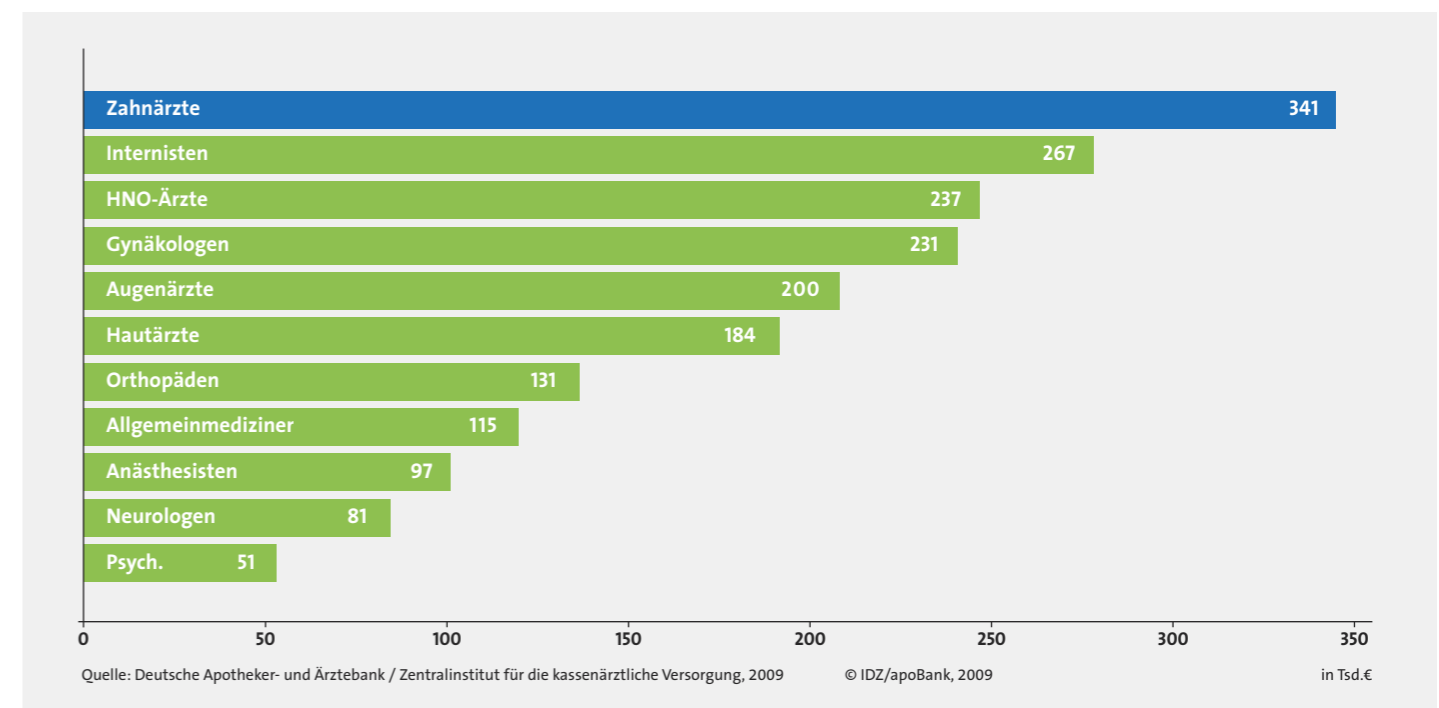
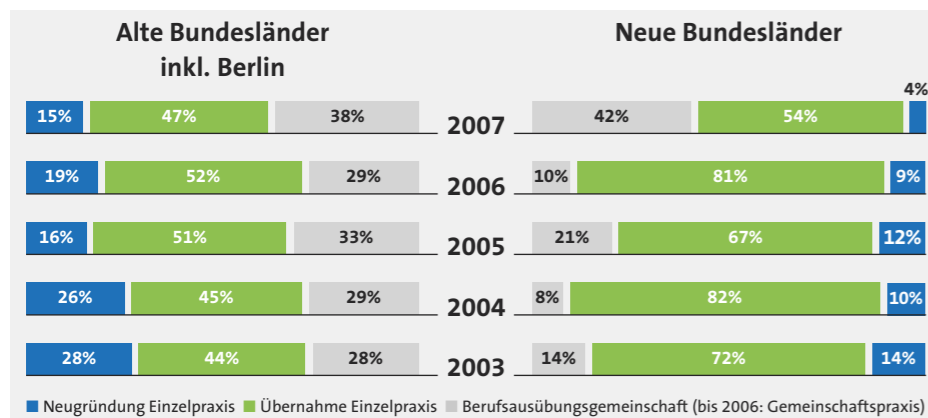
selbst mobiler werden und sich im Ausland mit Zahnersatz versorgen lassen (Dentaltourismus). Zweifellos hat das bestehende Preisgefälle zwischen In- und Ausland zur Herausbildung eines Marktes für Auslandszahnersatz und zur Entstehung des Phänomens „Dentaltourismus“ beigetragen. Für das IDZ lag die doppelte Herausforderung des Projektanliegens darin, erstens belastbare empirische Daten in einem Versorgungsbereich zu generieren, der als „Black Box“ weitgehend dem Blick der Öffentlichkeit verborgen ist, und zweitens die Möglichkeiten des gesundheitsökonomischen Instrumentariums der sogenannten Zahlungsbereitschaftsanalyse (Willingness-to-pay-Analysis) erstmals für

Deutschland in diesem Versorgungsbereich zu demonstrieren.

Im zurückliegenden Jahr standen die Auswertungsarbeiten und die Ergebnispublikation der in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit dem renommierten Institut für Empirische Gesundheitsökonomie unter Leitung von Prof. Dr. Reinhard Rychlik und dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführten Befragung an. Der im Juni 2009 erschienene IDZ-Materialienband 32 dokumentiert die Resultate dieser bundesweiten repräsentativen Bevölkerungsbefragung über die Einstellungsmuster und Nachfragemotive im Hinblick auf eine (hypothetische) Versorgung mit Auslandszahn-

ersatz. Die individuellen Präferenzen der Nachfrager nach Auslandszahnersatz sowie das jeweils angestrebte Kostensparpotential waren mit Hilfe eines fachspezifischen Fragebogens und der Methodik des „Bidding Game“ in fast 1.400 Interviews bei Personen aus allen Teilen Deutschlands im Alter von 30 – 75 Jahren empirisch ermittelt worden.

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass es sich bei dem Markt für Auslandszahnersatz um ein kleines, aber dynamisch wachsendes Marktsegment handelt. Bisher haben real insgesamt 2,3 % der Befragten schon einmal Auslandszahnersatz erhalten und 1,2 % eine Zahnersatzversorgung im Aus-





land in Anspruch genommen. Der Anteil der Personen, die mit ausländischem Zahnersatz versorgt werden, wird in den nächsten Jahren mutmaßlich ansteigen, wobei die Option „Versorgung im Inland mit ausländischem Zahnersatz“ aller Wahrscheinlichkeit nach überwiegen wird. Alles in allem verdeutlicht die Analyse, dass die Entscheidung für oder gegen ausländischen Zahnersatz an verschiedene Einflussfaktoren gebunden ist, von denen der „Preis“ letztlich nur ein Kriterium darstellt.

Beispielsweise sind die soziale Zahnarztbindung, skeptische Qualitätsvermutungen oder Unsicherheiten bezüglich der Gewährleistung eigenständige und wichtige Aspekte der Patientenentscheidung.

Die Untersuchung wurde mit einer kurzen Dokumentation der Ergebnisse aus einer begleitenden Online-Befragung von 300 Zahnärzten zum gleichen Thema abgerundet und spiegelt damit die Gesamtproblematik zusätzlich aus Zahnärztesicht. Die

Zahnärzte betonten in ihren Antworten sehr die Bedeutung der klinischen Qualität des Zahnersatzes.

Die Gesamtergebnisse wurden auch im Rahmen einer Pressekonferenz von BZÄK und KZBV zur Vorstellung der Studie am 9. Juli 2009 in Berlin präsentiert. Die Veranstaltung fand ein großes Echo und eine breite Resonanz in den Medien.

über all diese Fragestellungen und die Konsequenzen seitens der Zahnärzte Aufschluss gewonnen werden. Als externer zahnärztlicher Experte für dieses Projekt konnte Professor Dr. Elmar Reich/Biberach gewonnen werden.

In enger Zusammenarbeit mit Prof. Reich erfolgten die Entwicklung und der Pretest des Fragebogens, der sich in die vier Themenblöcke Bevölkerungsdemographie, Epide-

miologie, medizinische Kultur und eigene Arbeitsbedingungen gliederte. Im Februar 2009 wurde er an eine Gesamtstichprobe von fast 3.200 Adressen aus dem KZBV-Datenbestand der „Abrechnenden Vertragszahnärzte“ geschickt (aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgte der Versand durch die KZBV). Es gab zwei Recall-Stufen im März des Jahres. 1626 Fragebögen kamen ausgefüllt zurück, was einer sehr guten Nettoausschöpfung von 52 Prozent mit einer großen statistischen Reichweite des empirischen Datenmaterials entspricht. Nach der Datenerfassung fand am 18. Mai 2009 die erste Auswertungsbesprechung mit Prof. Reich statt. Derzeit erfolgt die gesamte Ergebnisauswertung und -interpretation. Die Resultate sollen zunächst den Vorständen von BZÄK und KZBV vorgestellt und der Abschlussbericht voraussichtlich Ende 2009 in der Reihe der IDZ-Informationen veröffentlicht werden.

In die Befragung integriert wurde auch ein Fragekomplex zum gegenwärtigen parodontologischen Behandlungsverhalten in zahnärztlichen Praxen Deutschlands, der die Disparitäten zwischen Abrechnungsdokumentation und therapeutischem Handeln mit berücksichtigt. Die Ergebnisse wurden für eine interne Berichterstattung vorausgewertet und dem Vorstand zur Meinungsbildung vorgelegt. Als Trend

wird erkennbar, dass bei vielen Zahnärzten parodontologische Behandlungen anscheinend zum festen Repertoire gehören.

> Prognose der Zahnärztezahl bis 2030

Prognosen zur Entwicklung der Zahnärztezahlen in Deutschland wurden vom IDZ in der Vergangenheit in Zusammenarbeit mit externen Projektpartnern wiederholt vorgelegt. Da Prognosen aufgrund zu treffender Annahmen naturgemäß mit Unsicherheiten behaftet sind, ist es forschungspolitisch geboten, die Prognoseergebnisse in Intervallen durch den Einbezug neuer Erkenntnisse zu aktualisieren.

Als IDZ-Information 1/09 wurde eine aktualisierte Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030 veröffentlicht, die in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Institut InForMed Ingolstadt/Dr. Josef Georg Brecht entwickelt worden ist. Insbesondere wurden dabei die neuen Approbationszahlen und die aktuellen Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt. Gleichzeitig ist die zahnmedizinische Bedarfsabschätzung einer Revision unterzogen worden, indem die neueren oralen Morbiditätstrends (beispielsweise zur parodontalen Erkrankung aus der DMS IV-Studie)

berücksichtigt wurden. Darüber hinaus besteht auch eine Reihe von neueren, soziologisch orientierten Einsichten zum Berufswahl- und Berufsausübungsverhalten von Zahnärzten, die Einfluss auf die angebotene Arbeitsleistung haben.

Bei PROG-30 sind – angepasst an eine entsprechende Entwicklung – niedrigere Approbationszahlen als in der vorangegangenen Untersuchung PROG-20 in Ansatz gebracht worden. Es wurden drei Prognosevarianten gerechnet, und zwar 2.100, 1.800 und 1.700 Approbationen pro Jahr. Bei einer eher konservativen Betrachtung der jährlichen Approbationszahlen nach dem unteren Szenario von 1.700 Approbationen pro Jahr und eher moderaten Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung liegt die für das Jahr 2030 prognostizierte Zahnärztdichte bei 1.260 Einwohnern je behandelnd tätigen Zahnarzt.

Selbstverständlich verändert sich dieses Ergebnisbild deutlich, wenn mit anderen Annahmevarianten zu den jährlichen Approbationszahlen prognostisch gerechnet wird. Die IDZ-Information stellt dementsprechend auch insgesamt drei Varianten (maximal/mittel/konservativ) gleichberechtigt nebeneinander. Der Erkenntniswert des Prognosemodells bis 2030 besteht in erster Linie darin, sowohl dem

Forschungsfragen zur zahnärztlichen Berufsausübung

> Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotenziale der zahnärztlichen Berufsausübung (ANFO-Z)

Die heute schon spürbaren demographischen und soziologischen Verschiebungen in Deutschland werden Veränderungen der Praxisführung und der Patientenversorgung bei den Zahnärzten sinnvoll und notwendig machen. Da auch die Erwartungen der Patienten in Bezug auf neue und bessere Ver-

sorgungen zunehmen und sich möglicherweise die Rahmenbedingungen allgemein verändern (Stichworte: Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung, Patientenemanzipation, Work-Life-Balance, Veränderungen im Morbiditätsspektrum), ist es angezeigt, nach Lösungsstrategien für die künftige zahnärztliche Versorgung zu suchen. Im Rahmen einer gemeinsamen Befragung von IDZ und ZZQ zu den Zukunftsperspektiven des zahnärztlichen Berufes sollte

Szenario	Kronen im Ausland herstellen lassen	Kronen im Ausland eingliedern lassen	Implantat im Ausland herstellen lassen	Implantat im Ausland einbringen lassen
	Auslandszahnersatz	Dentaltourismus	Auslandszahnersatz	Dentaltourismus
Festzuschuss	400,00 €	400,00 €	500,00 €	500,00 €
Zahlungsbereitschaft	157,48 €	77,13 €	684,53 €	405,06 €
„Preis“	557,48 €	477,13 €	1.184,53 €	905,06 €
Verhältnis zum Inlandspreis	69,7 %	59,6 %	65,8 %	50,3 %

DENTALTOURISMUS/AUSLANDSZAHNERSATZ: VERHÄLTNIS DER OFFENBARTEN ZAHLUNGSBEREITSCHAFTEN ZUM INLANDSPREIS

Jahr	behandelnd tätige Zahnärzte	Dichteziffer
2010	66.243	1.236
2020	64.798	1.236
2030	61.283	1.260

PROG-30 EINWOHNER JE BEHANDELND TÄTIGER ZAHNARZT NACH DEM UNTEREN SZENARIO VON 1.700 APPROBATIONEN



zahnärztlichen Berufsstand als auch der Gesundheitspolitik eine Orientierung zur zahnmedizinischen Infrastrukturplanung an die Hand zu geben.

> Hygiene in der Zahnarztpraxis

Im Jahr 2008 veröffentlichten Kramer et al. eine Multicenterstudie zu den Hygienemaßnahmen in Zahnarztpraxen. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass es wesentliche Defizite in der Praxishygiene gibt, und hat damit einiges Aufsehen erregt. Durchgeführt wurde die Befragung bereits 2002/2003 – also vor Veröffentlichung der Empfehlung „Infektionsprävention in der

Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ des Robert-Koch-Institutes, die im April 2006 in Kraft trat. Mit einer jetzt am IDZ geplanten Studie soll eine konsequente Prävalenzerhebung zum Hygienevorgehen sowie zum Vorhandensein entsprechender Gerätschaften im Kontext einer Zahnarztpraxis durchgeführt werden. Damit soll eine bundesweit repräsentative Datenbasis erreicht werden, um Antworten darauf zu finden, wie die Ergebnisse der Kramer-Studie im Einzelnen zu interpretieren sind und um die Reichweite der Kramer-Studie besser einordnen zu können. Dazu soll in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit TNS

Healthcare/München eine Online-Befragung bei niedergelassenen Zahnärzten mit rund 500 Teilnehmern aus allen Teilen Deutschlands durchgeführt werden. Als Experte im Sinne einer externen Fachberatung konnte der Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene der Universitätskliniken Dresden und Vorsitzende des BZÄK-Arbeitskreises Dentalinstrumente, Dr. Lutz Jatzwauk, gewonnen werden. Zurzeit wird am IDZ das Befragungsinstrumentarium konzipiert, im September/Oktober 2009 soll die Online-Befragung durchgeführt werden, und im November 2009 sollen erste Auswertungsergebnisse vorliegen.

> Weitere Forschungsvorhaben und Aktivitäten des IDZ

AVE-Z

Abschließende Spezialpublikation zur Erschließung des Längsschnitts über alle drei Befragungswellen des Projekts „Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen“ für die „Zeitschrift für Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement“ gemeinsam mit dem externen Projektpartner Privatdozent Dr. Becker/Universität Augsburg

Parodontalepidemiologische Vertiefungsanalysen aus der DMS IV

Nutzbarmachung der parodontalepidemiologischen Vertiefungsanalysen für die vertrapspolitische Positionierung der KZBV und Einbindung in die KZBV-Arbeitsgruppe „Strukturiertes PAR-Behandlungskonzept mit Festzuschüssen“

Prophylaxe

Unterstützung und Beratung zur Prophylaxethematik für die Gremienarbeit von KZBV und BZÄK

IQWiG

Analysen von Dokumenten und Berichten des IQWiG im Auftrag von KZBV und BZÄK

HTA

Beteiligung im Kuratorium HTA (Health Technology Assessment) für BZÄK und KZBV und Berücksichtigung der HTA-Berichte für den zahnmedizinischen Bereich. Seit 30.11.2008 stellvertretender Vorsitz im Vorstand des HTA-Kuratoriums

Beirat der IfK

Mitarbeit im Wissenschaftlichen Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, die sich vor allem für die Verbreitung der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz einsetzt

Gesundheitsberichterstattung

Unterstützung des Statistischen Bundesamtes im Rahmen des Informationssystems Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) mit Daten aus den nationalen Mundgesundheitsstudien des IDZ

GOZ-Liquidationsverhalten

Beratungs- und Unterstützungsfunktion für den „Zahnärztlichen Arbeitskreis GOZ-Analyse“ im Hinblick auf Stichprobenmodelle, Ausschöpfung und Panelpflege

Publikationen

Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (Hrsg.): Das Dental Vademecum, 10. Ausgabe (DDV 10). Deutscher Zahnärzte Verlag, 2009

Klingenberg, D., Kiencke, P., Köberlein, J., Liedmann, I., Rychlik, R.: Dentaltourismus und Zahnersatz. IDZ-Materialienreihe Band 32, Deutscher Zahnärzte Verlag, 2009

Kunkel, M., Hülsmann, M.: Leitlinie Wurzelspitzenresektion, ZZQ Köln, Februar 2009

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Szecsenyi, J.: "Evaluation von zahnmedizinischen Leitlinien durch Qualitätszirkel (ELL-QZ)", IDZ-Information Nr.4/08.

Brecht, J. G., Meyer, V. P., Micheelis, W.: „Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030 – Überprüfung und Erweiterung des Prognosemodells PROG20“, IDZ-Information Nr.1/09.

Klingenberg, D., Schwarte, A.: "Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007", IDZ-Information Nr. 2/09.

Klingenberg, D., Kiencke, P., Köberlein, J., Liedmann, I., Rychlik, R.: „Dentaltourismus und Zahnersatz“ (Information zum Band 32 der IDZ-Materialienreihe, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009), IDZ-Information Nr. 3/09.

Fachbeiträge

Klingenberg, D.: Health Economics in Dentistry. In: Kirch, W. (Ed.): Encyclopedia of Public Health. Springer-Verlag, 2008

Klingenberg, D.: Health System in Dentistry. In: Kirch, W. (Ed.): Encyclopedia of Public Health. Springer-Verlag, 2008

Tiemann, B.: Zwischen Sozialstaatsumbau und Wettbewerbsorientierung. Zahnärztl Mitt 98, 2008, 20, S. 72–82

Tiemann, B.: Der Rollenwandel der Freien Heilberufe zwischen Sozialstaatsumbau und Wettbewerbsorientierung. In: Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.): Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und Regulierung. Diskussionsdokumente 2 des Consiliums der Bundeszahnärztekammer. Quintessenz Verlag, 2008, S. 23–57

Micheelis, W.: Rezension des Buches von Berth, H., Balck, F. und Brähler, E. (Hrsg.) "Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z". Zahnärztl Mitt 99, 2009, 1, S. 44

Schiffner, U., Hoffmann, T., Kerschbaum, T., Micheelis, W.: Oral health in German children, adolescents, adults and senior citizens in 2005. Comm Dent Health 26, 2009, 1, S. 18-22

Mehrstedt, M., Tönnies, S., Micheelis, W., John, M. T.: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität und Zahnbehandlungsängste. Dtsch Zahnärztl Z 64, 2009, 4, S. 234-240

Tiemann, B.: Selbstständigkeit und soziale Dienstleistung in Europa. In: Maier, H., Klüser, A. (Hrsg.): Selbstständige in der Sozialen Arbeit. Nomos Verlag, 2009, S. 11–43

Micheelis, W.: Forschungsschwerpunkte im Spiegel einer internationalen Fachzeitschrift. Dtsch Zahnärztl Z 64, 2009, 5, S. 273

Micheelis, W.: Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit. Befunde aus 1997 und 2005. Präz Gesundheitsf 4, 2009, S. 113–117

Qualität

Die Qualität medizinischer Leistungen ist Gegenstand intensiver gesellschaftlicher Diskussion. Förderung, Sicherung und Management von Qualität sind zu bestimmenden Faktoren im Gesundheitswesen geworden. Auch für den zahnärztlichen Bereich gibt es ein gewachsenes Regelwerk, das auf Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität in den Praxen abzielt. Dazu zählen die allgemeinen und speziellen Richtlinien zur zahnärztlichen Versorgung, wissenschaftliche Stellungnahmen zu Themen der Berufsausübung, Hygienerichtlinien, die Über-

prüfung von Röntgeneinrichtungen, Gutachterwesen und Gutachterverfahren in Streitfällen oder die Bestimmungen zur zahnärztlichen Fortbildung.

Durch Änderungen am Fünften Sozialgesetzbuch, die einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Maßnahmen zum Qualitätsmanagement (QM) und zur Qualitätssicherung (QS) zur Pflicht machen, hat der Gesetzgeber dem Thema Versorgungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung eine neue Dimension gegeben.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Nach Inkrafttreten der Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für Zahnarztpraxen Anfang 2007 haben KZVen und Zahnärztekammern Konzepte zur Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements entwickelt und den Praxen angeboten. Die Konzepte variieren stark, bieten damit aber die Möglichkeit, dass jede Praxis ein individuelles, auf die jeweilige Situation zugeschnittenes QM-System aufbauen kann.

Die ZZQ beobachtet und sammelt die Informationen über die verschiedenen QM-Systeme, die in Zahnarztpraxen eingesetzt werden. Bis Ende 2010 muss jeder Vertragszahnarzt die Einführung eines solchen QM-Systems dokumentieren. Derzeit gibt es noch keine verlässlichen Informationen darüber, wie das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement von den Praxen akzeptiert wird und welche Qualitätsmanagementsysteme präferiert werden. Die ZZQ plant daher für 2010 eine bundesweite,

repräsentative Bestandsaufnahme in Zahnarztpraxen. Dabei können möglicherweise auch Daten zur Nutzen-Einschätzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erhoben werden.

Die Strukturierung der Qualitätssicherung spielt eine entscheidende Rolle auf der Agenda des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Über den Unterausschuss Qualitätssicherung arbeitet die KZBV intensiv an der Konzeption der vom Gesetzgeber geforderten sektorenübergreifenden Richtlinie zur Qualitätssicherung (nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) mit. Diese Richtlinie regelt die Rahmenbestimmungen, den Datenfluss, die Organisation, die Finanzierung und die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ziel ist die nachhaltige Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten im Zusammenspiel zwischen Krankenhaus und Arztpraxis. Der G-BA wählt dafür Themen aus, die für die Patientinnen und

Doch für die Zahnärzteschaft sind Sicherung und Management von Qualität auch eine ureigene Aufgabe und Verantwortung des Berufsstandes selbst. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer unterhält die KZBV die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ). Sie ist als Stabsstelle im IDZ untergebracht und bearbeitet Fragen zur Qualität in der Zahnmedizin, leistet Zuarbeit für die Trägerorganisationen und deren Ausschüsse bei Aufgaben der Qualitätsförderung, des QM und der QS in der zahnärztlichen Berufsausübung.

Patienten von hoher Relevanz sind sich für datengestützte Verfahren eignen.

In der Zahnmedizin gibt es solche Themen kaum. Dennoch sind die Zahnärzte von allen grundsätzlichen Regelungen, Definitionen und Datenschutz-Bestimmungen mitbetroffen. In den Ländern werden neue Strukturen entstehen (Landesarbeitsgemeinschaften, Kassenzahnärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft, gesetzlichen Krankenkassen und Patientenvertretern), in denen die KZVen Sitz und Stimme haben werden. Die sektorübergreifende Richtlinie wird Ende 2009 fertig werden und 2010 in Kraft treten.

Die zahnmedizinische Versorgung erfolgt im Wesentlichen sektorbezogen. Es gibt nur kleine Schnittmengen mit dem ärztlichen oder dem Krankenhaussektor. Sektorübergreifende datengestützte QS-Verfahren gibt es bislang nicht. Ihre Entwicklung

hat zurzeit im G-BA auch keine Priorität. Allerdings gibt es den Gesetzesauftrag, eine sektorbezogene Richtlinie zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung zu entwickeln. Die Vorarbeiten für diese Richtlinie waren Mitte 2008 in Verhandlungen zwischen KZBV und GKV bereits weit fortgeschritten. Z. B. waren die vielfältigen Regelungen, die für Vertragszahnärzte gel-

Leitlinien

Medizinische Leitlinien bieten dem Behandler einen Orientierungsrahmen für die Therapie von Erkrankungen. Die ZZQ setzt sich intensiv für die Entwicklung von Leitlinien ein. Die Leitlinie zur Wurzelspitzenresektion, die in den Jahren 2007/08 konsentiert und zur Diskussion gestellt wurde, wurde im Februar 2009 in einer Kurzfassung für Zahnärzte und als Patienteninformation online veröffentlicht. Auf die Produktion einer Printfassung wird, wie bei Leitlinien mittlerweile üblich, in Zukunft ganz verzichtet werden.

Zu einer neuen Leitlinie zur „Früherkennung von präkanzerösen Mundschleimhautveränderungen“ wurden im Oktober 2008 und April 2009 Konsensusverfahren unter Beteiligung aller von den Inhalten betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden durchgeführt. Nach einem Delphi-Verfahren (einer interaktiven Umfrage- und Konsensbildungsmethode, bei der eine ausgesuchte Gruppe von Experten gebeten wird, zu einem Thema wiederholt Stellung zu nehmen) soll diese Leitlinie im Herbst 2009 im Internet zur Diskussion gestellt

werden, und die es in der Medizin so nicht gibt, in die Beratungen eingeflossen. Allerdings erfolgte dann die im Rahmen der letzten Gesundheitsreform beschlossene Umstellung des G-BA auf eine neue Struktur.

Unter der Regie des neuen G-BA wird die Arbeit an dieser zahnärztlichen Richtlinie nach Abschluss der Richtlinie Nr. 13, vermutlich also ab Anfang 2010, wieder aufgenommen.

werden. Zudem wurden die 2006 veröffentlichten Leitlinien zu Fissurenversiegelung und Fluoridierungsmaßnahmen im vergangenen Jahr zur Aktualisierung bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaft-



lichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) angemeldet. Nach Literaturrecherche und -bewertung wurden aktualisierte Leitlinienversionen im Mai 2009 im strukturierten Konsensusverfahren abgestimmt. Allerdings ist die Bewertung der Studienlage zur Tablettenfluoridierung und zu fluoridierten Zahnpasten für Kleinkinder zwischen Zahnärzten und Kinderärzten immer noch umstritten. Deshalb soll eine kleine Arbeitsgruppe unter Federführung der ZZQ die unterschiedlichen Bewertungen klären, um die Leitlinie Fluor-

men. Damit wird Neuland beschriftet. Die erforderlichen Regelungen müssen sinnvoll, unbürokratisch und datensparsam sein. Bei der Entwicklung von geeigneten Verfahren und Qualitätsindikatoren helfen die ZZQ und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Der G-BA kann aber auch das unabhängige Institut nach § 137a SGB V mit der Entwicklung von Verfahren und Qualitätsindikatoren beauftragen.

ridierungsmaßnahmen dann erneut einem Konsensusverfahren zuzuführen.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) haben in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Leitlinienvorhaben auf den Weg gebracht. Sie betreffen unter anderem folgende Themen: Schnittbilddiagnostik, Volumentomographie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Therapie des dentalen Traumas im bleibenden Gebiss, festsitzender Zahnersatz für zahnbegrenzte Lücken, Gesichtsbogenübertragung im Rahmen der Herstellung von Zahnersatz, rechtfertigende Indikation bei Röntgenaufnahmen in der Kinderzahnheilkunde, zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz. Angesichts der Fülle an Projekten wurde beschlossen, dass die Mitarbeit der ZZQ an Leitlinien auf drei Ebenen erfolgen soll:

- Bei Leitlinienprojekten, die aus der Medizin kommen, aber (auch) die Zahnmedizin



betreffen, oder bei Projekten, die von einzelnen Fachgesellschaften initiiert werden, sollen Informationen gesammelt und weitergegeben werden, damit eine Beteiligung von KZBV und Bundeszahnärztekammer organisiert werden kann, sofern sie vom Thema betroffen sind. Dieses Verfahren gilt zum Beispiel für Leitlinien zur Implantatversorgung zur oralen Rehabilitation im Zusammenhang mit einer Kopf-Hals-Bestrahlung.

Das Dental Vademekum

Bei der enormen Vielfalt an Dentalprodukten, mit denen eine Zahnarztpraxis heute in Kontakt kommt, ist ein entsprechendes Nachschlagewerk unerlässlich. Aus diesem Grund überarbeiten und veröffentlichen KZBV und Bundeszahnärztekammer in regelmäßigen Abständen „Das Dental Vademekum“ (DDV). Die zehnte Ausgabe des Standardwerkes, dessen Bearbeitung und Redaktion dem Institut der Deutschen Zahnärzte obliegt, wurde auf der Internationalen Dentalschau (IDS) in Köln Ende März 2009 der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

• Bei Themen, die zunächst von Autoren/Autorengruppen selbstständig bearbeitet werden, aber große Bedeutung für den Berufsstand haben, kann die ZZQ den Konsentierungsprozess organisieren und für die Verbreitung und Implementierung der Leitlinie sorgen. Ein solches Vorgehen wurde beispielsweise bei den Leitlinien zur Wurzelspitzenresektion und zur Früherkennung von präkanzerösen Mundschleimhautveränderungen gewählt.

Die aktuelle Ausgabe beschreibt systematisch und neutral über 8.000 Produkte von 308 Firmen. In übersichtlicher Tabellenform und klar gegliedert bietet das DDV eine Entscheidungshilfe für die Auswahl und den indikationsgerechten Einsatz zahnärztlicher Materialien. Mitglieder einer renommierten wissenschaftlichen Kommission, die für die einzelnen Fachkapitel zuständig sind, geben in Ergänzung zu den Produkttabellen kurze praxisrelevante Anwendungshinweise für den Zahnarzt. Damit leistet das Werk auch einen Beitrag zum Qualitätsmanagement in den Praxen. Zudem kann „Das Dental Vademekum“ die

• Themen, bei denen der Berufsstand durch eine fachliche Stellungnahme in einer aktuellen und/oder kontroversen Frage unterstützt werden kann, sollen in einem Priorisierungsverfahren bewertet werden. Für prioritäre Themen kann die ZZQ nach einem Beschluss im IDZ-Vorstandsausschuss eine Leitlinie in Auftrag geben.

Entscheidungsgrundlage bei klinischen Problemfällen (z. B. bei Materialunverträglichkeiten) im Praxisalltag verbessern.

Alle Angaben im DDV werden direkt und aktuell bei der Dentalindustrie erhoben und vor der Veröffentlichung von der wissenschaftlichen Kommission auf Plausibilität geprüft. Enthalten sind Produkte für die Prophylaxe und Mundhygiene, die Füllungstherapie, die Parodontologie, die Implantologie, die Prothetik, die Endodontie und die Praxishygiene. Für zukünftige Ausgaben wird erwogen, die Printausgabe um eine EDV-gestützte Version zu ergänzen.

Gutachterwesen

In Deutschland gibt es, anders als in den meisten Industriestaaten, ein Gutachterwesen für die zahnmedizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Je nach Situation können Krankenkasse oder Zahnarzt einen Gutachter einschalten, der beurteilt, ob eine geplante Therapie angemessen bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist, oder ob eine durchgeführte Behandlung unter Umständen Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient damit der Überprüfung der Behandlungsqualität und deren Förderung.

Im Bereich Zahnersatz wurden 2008 insgesamt 152.779 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme von 2,8 % gegenüber dem Vorjahr. In 135.946 Planungsgutachten wurden 56,9 % der Planungen befürwortet (Vorjahr 57,5 %), 18,6 % wurden nicht befürwortet (Vorjahr 19,1 %). 24,5 % der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 23,4 %). Bei 10,4 Millionen prothetischen Behandlungsfällen

wurden lediglich 16.833 Mängelgutachten angefordert. Das entspricht einer Zunahme von 1,0 % gegenüber 2007. Dabei wurden in 65,0 % der Fälle tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und kann als Indikator für eine qualitativ insgesamt gute Zahnersatzversorgung der Bevölkerung dienen.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten 2008 um 16,8 % auf 22.917, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 2,8 % auf 918,2 Tsd. (geschätzt) gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag damit bei 2,5 % aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (3,1 %) rückläufig. 46,4 % der PAR-Statens wurden ganz, 35 % teilweise und 18,6 % nicht durch die Gutachter befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste in 2008 nur 12-mal

durchgeführt werden. In sechs Fällen wurden dabei geplante Behandlungen abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde 2008 in 62.010 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer Abnahme von 7,6 %. In 52,3 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 28,9 % teilweise und in 18,8 % nicht zugestimmt. Bei 169 (+ 12,7 %) durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 108 Fällen (63,9 %) der Behandlungsplanung des Zahnarztes/Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm gegenüber 2007 um 3,9 % auf 2.430 Fälle ab. In 52,9 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 6,3 % teilweise und in 40,9 % nicht zugestimmt. 17 Obergutachten wurden durchgeführt. Dabei wurde in 5 Fällen die geplante Behandlung abgelehnt.



PAR	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2007	2008	prozentuale Veränderung	2007	2008	prozentuale Veränderung	2007	2008	prozentuale Veränderung
Behandlungsfälle	550.700	571.200	+ 3,7	342.500	347.000	+ 1,3	893.200	918.200	+ 2,8
Gutachten	19.987	17.718	- 11,4	7.553	5.199	- 31,2	27.540	22.917	- 16,8
Obergutachtenanträge	23	20	- 13,0	10	13	+ 30,0	33	33	0,0
Vom Zahnarzt beantragt	19	18	- 5,3	9	11	+ 22,2	28	29	+ 3,6
Von der Krankenkasse beantragt	4	2	- 50,0	1	2	+ 100,0	5	4	- 20,0
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	8	11	+ 37,5	8	10	+ 25,0	16	21	+ 31,3
Durchgeführte OG-Verfahren	15	9	- 40,0	2	3	+ 50,0	17	12	- 29,4
Behandlungsplanung abgelehnt	8	5		1	1		9	6	
Behandlungsplanung zugestimmt	4	3		1	1		5	4	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	3	1		0	1		3	2	

PARODONTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2007 UND 2008

IMP	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2007	2008	prozentuale Veränderung	2007	2008	prozentuale Veränderung	2007	2008	prozentuale Veränderung
Gutachten	1.550	1.508	- 2,7	979	922	- 5,8	2.529	2.430	- 3,9
Durchgeführte Obergutachten	2	8	+ 300,0	15	9	- 40,0	17	17	0,0
Vom Zahnarzt beantragt	0	7		9	4	- 55,6	9	11	+ 22,2
Von der Krankenkasse beantragt	2	1	- 50,0	6	5	- 16,7	8	6	- 25,0
Behandlungsplanung abgelehnt	2	3		6	2		8	5	
Behandlungsplanung zugestimmt	0	5		7	7		7	12	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	0	0		2	0		2	0	

IMPLANTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2007 UND 2008

KFO	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2007	2008	prozentuale Veränderung	2007	2008	prozentuale Veränderung	2007	2008	prozentuale Veränderung
Gutachten	47.796	42.297	- 11,5	19.284	19.713	+ 2,2	67.080	62.010	- 7,6
Obergutachtenanträge	180	166	- 7,8	73	79	+ 8,8	253	245	- 3,2
Vom Zahnarzt beantragt	149	151	+ 1,3	68	68	0,0	217	219	+ 0,9
Von der Krankenkasse beantragt	31	15	- 51,6	5	11	+ 120,0	36	26	- 27,8
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	66	45	- 31,8	37	31	- 16,2	103	76	- 26,2
Durchgeführte OG-Verfahren	114	121	+ 6,1	36	48	+ 33,3	150	169	+ 12,7
Behandlungsplanung abgelehnt	68	77		24	31		92	108	
Behandlungsplanung zugestimmt	39	37		12	14		51	51	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	7	7		0	3		7	10	

KIEFERORTHOPÄDIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2007 UND 2008

Kommunikation

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

„Zeitungen“, so hat Arthur Schopenhauer einmal gesagt, „sind die Sekundenzeiger der Geschichte“. Stammt seine philosophische Sicht des Medienbetriebes auch aus dem neunzehnten Jahrhundert, ist sie doch im Kern heute noch immer richtig. Medien prägen das Bild dessen, was eine Gesellschaft als wichtig empfindet, sie schaffen öffentliche Wahrnehmung und politischen Handlungsdruck. Entscheidend ist dies gerade für Organisationen wie die KZBV, die von „ideellen Produkten“ leben. Sie können nur wahrgenommen werden, wenn sie der Fach- und Laienöffentlichkeit klare Konzepte und politische Positionen anzubieten haben. Und ihre Konzepte und Positionen gewinnen erst dadurch praktische Relevanz, dass sie entsprechend kommuniziert und von Stakeholdern realisiert werden. Deshalb werden sämtliche für die KZBV wichtigen Projekte durch eine planvolle interne und externe Kommunikation mit den jeweiligen Zielgruppen begleitet.

›Pressearbeit und öffentliches Image

Wer sich in die gesundheitspolitische Debatte einbringen will, muss wissen, wie deren Agenda aussieht. Deswegen führt die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ein umfangreiches Medienmonitoring zu gesundheitspolitischen und zahnmedizinischen Themen durch, dessen Ergebnisse sie täglich als Informationsdienstleistung zur Verfügung stellt: Agenturmeldungen werden gesichtet, ein elektronischer Pressespiegel der Printmedien wird erstellt, Veröffentlichungen im Internet werden durch ein Online-Screening erfasst, und die Programme der audiovisuellen Medien werden danach durchforstet, ob die Ausstrahlung von Beiträgen zu Themen mit zahnärztlichem Bezug bevorsteht. Zugleich pflegt die KZBV von ihrem Berliner Standort aus ein Netzwerk aus Kontakten zu Hauptstadtkorrespondenten und Fachjournalisten.

Die Konjunktur zahnmedizinischer Themen wird vor allem durch die Reformzyklen im Gesundheitswesen bestimmt. Gleichwohl kann und muss die Zahnärzteschaft ihre berufspolitischen Anliegen proaktiv in die Diskussion bringen. Entsprechend war das zahnärztliche Reformkonzept „Perspektive Mundgesundheit“ bereits wenige Tage, nachdem die Vertreterversammlung der KZBV es im Juni 2009 beschlossen hatte, in einer vierstelligen Druckauflage produziert und an Journalisten und politische Entscheider distribuiert. Unterstützend wurden die vertragszahnärztlichen Reformoptionen in zahlreichen Gesprächen mit Journalisten erörtert.

Die Pressearbeit der KZBV zielt zudem darauf ab, besonders solche Themen zu besetzen, die im originär zahnärztlichen Kompetenzbereich liegen und erhebliche Bedeutung für den Patienten bzw. Konsumenten haben. Entsprechend wurde Anfang Juli 2009 gemeinsam mit der Bun-

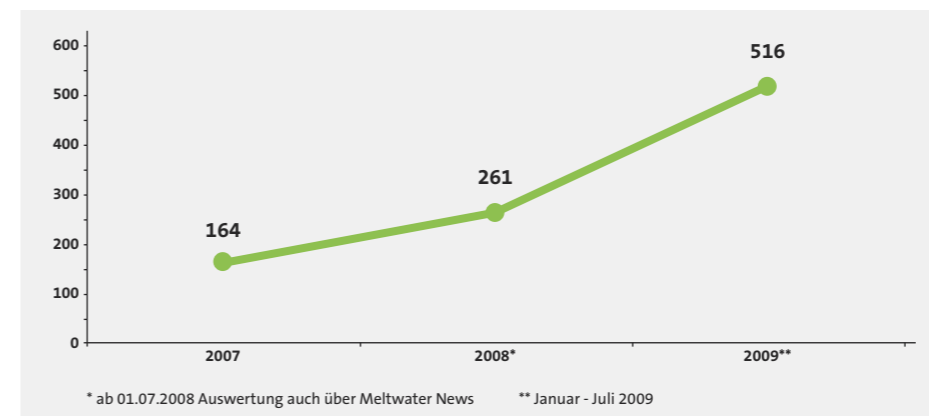
deszahnärztekammer die aktuelle Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte zu „Dentaltourismus und Auslandszahnersatz“ im Rahmen einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt, die ein enormes Echo bei Fernsehen, Print- und Online-Medien erzeugte.

Darüber hinaus hat sich die KZBV auch bei Themen von übergeordneter Bedeutung in die Meinungsbildung eingeschaltet. In manchen Fällen gelang dies vor allem über die Wahl des richtigen Zeitpunktes und ausgesuchter Kanäle. So hat die KZBV sowohl in der Berichterstattung um das Für und Wider der Praxisgebühr als auch bei der emotionalen Debatte um Sinn und Unsinn von internetbasierten Arztbewertungsportalen im Frühjahr 2009 einen exponierten Platz einnehmen können, ohne zu diesen Themen die Standardinstrumente

einer Pressemitteilung oder -veranstaltung aktiviert zu haben. In anderen Fällen resultierte das mediale „Play“ der KZBV vor allem daraus, dass eine schnelle und pointierte Reaktion auf singuläre, aktuelle Ereignisse erfolgte – so zum Beispiel bei der Einschätzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Klage der PKV gegen das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Andere Themen, vornehmlich die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, erforderten als „Dauerbrenner“ vielmehr eine kontinuierliche, kritische Begleitung durch die Pressearbeit. Das umstrittene Telematik-Projekt wurde ganz gezielt auch als Thema des Zweiten Deutschen Zahnärztesymposiums gewählt, das die KZBV in Kooperation mit der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer am 18. und 19. November 2008 in Berlin durchführte.

Erstmalig hat die KZBV hier eine Veranstaltung mit einer Video-Produktion verbunden, die über www.kzbv.de abrufbar ist.

Eine transparente und engagierte Pressearbeit wirft ihre Früchte langfristig ab. Im Jahr 2008 und in der ersten Jahreshälfte 2009 konnte die KZBV ihre Medienpräsenz deutlich steigern. Als Vertretung des zahnärztlichen Berufsstandes hat sie sich sukzessive das Image eines seriösen Akteurs in der gesundheitspolitischen Berichterstattung erarbeitet. Flankiert wird das Image eines modernen Dienstleisters durch die kontinuierliche Weiterentwicklung des Corporate Design der Organisation. So gab es im vergangenen Jahr weitere Nachsteuerungen am Layout von Statistischem Jahrbuch und Geschäftsbericht, den wichtigsten Publikationen der KZBV.



MEDIENPRÄSENZ DER KZBV: ZAHL DER VERÖFFENTLICHUNGEN IN PRINT/ONLINE/TV/HÖRFUNK



› **Interne Kommunikation**

Treten neue gesetzliche Regeln in Kraft, oder gibt es Änderungen bei den Leistungssystemen der GKV, betrifft dies in letzter Konsequenz immer die Zahnarztpraxen. Es ist Teil der Dienstleistungsfunktion der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, den Praxen die Implementierung von Neuerungen zu erleichtern. Deshalb stellt sie kontinuierlich aktualisierte Materialien zur Verfügung, um beispielsweise die Anwendung des ständig in Weiterentwicklung befindlichen Festzuschussystems für Zahnersatz zu erleichtern. So wurde zum Jahreswechsel 2008/2009 ein Update für die Digitale Planungshilfe (DPF) veröffentlicht, die individuelle Befunde und Therapien für Zahnersatz visualisieren und die anzusetzenden Festzuschüsse per Mausclick ermittelt. Des Weiteren wurde im Frühjahr eine aktualisierte Abrechnungshilfe für Festzuschüsse produziert und über die KZVen an sämtliche Vertragszahnärzte in Deutschland ausgeliefert. Zudem

sucht die KZBV auch den direkten Kontakt zu Zahnärzten und Praxisteamen, wenn sich die Möglichkeit bietet. Deshalb war sie im März 2009 auf der Internationalen Dentalchau (IDS) in Köln zusammen mit anderen Zahnärzteorganisationen an einem Messestand vertreten.

Doch die interne Kommunikation erschöpft sich nicht in Dienstleistungen der KZBV für Zahnarztpraxen. Vielmehr geht es auch darum, dass der zahnärztliche Berufsstand seine Interessen konzertiert kommuniziert und sich vorausschauend mit Themen befasst, deren Bedeutung absehbar zunimmt. In halbjährlichen Koordinierungskonferenzen, die jeweils alternierend von KZBV und Bundeszahnärztekammer ausgerichtet werden, koordinieren sich die für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Verantwortlichen der Zahnärztekammern und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die jüngste Koordinierungskonferenz unter der Ägide der KZBV, die im März 2009 in Kiel stattfand, stand unter der pro-

vokanten Überschrift: „Vorwärts immer – rückwärts nimmer: die Debatte um Qualität in der zahnärztlichen Versorgung“. Mithilfe interner und externer Referenten wurden die wachsenden Anforderungen der Öffentlichkeit und des Gesetzgebers im Hinblick auf Transparenz und Sicherung von Qualität bei der zahnmedizinischen Versorgung der Patienten diskutiert und Konsequenzen für die zukünftige Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Zahnärzteorganisationen erörtert.

Darüber hinaus arbeiten Bundes- und Landesebene auch bei der Erarbeitung konkreter Informationsmaterialien für die Praxen zusammen. So hat die „Task Force eGK“ der Länderpressereferenten im April 2009 eine aktualisierte Version von Informationsmaterialien zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Zahnarztpraxen vorgelegt, die sie im Jahr zuvor erstmals erarbeitet hatte.

› **Den Patienten begleiten**

Die KZBV möchte den Vertragszahnarzt nicht nur bei der Implementierung gesetzlicher Vorgaben unterstützen. Vielmehr soll auch die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient gestärkt werden. Der größte Teil der zahnmedizinischen Beratung der Patienten findet naturgemäß in der Zahnarztpraxis statt. Das Verhältnis zwischen Behandler und Patient hat sich in den letzten Jahren aber deutlich gewandelt. Begriffe wie „partizipative Entscheidungsfindung“ und „Patientensouveränität“ markieren eine Entwicklung, in deren Zentrum eine stärker partnerschaftlich ausgerichtete Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt steht. Diese partnerschaftliche Ausrichtung, in der medizinische Notwendigkeiten einerseits und Erwartungshaltungen des Patienten andererseits die Therapieentscheidung prägen, ist angesichts der Vielfalt der Behandlungsalternativen und der finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten wichtiger denn je. Gleich-

wohl muss sie anerkennen, dass zwischen Patient und Zahnarzt grundsätzlich eine asymmetrische Informationslage besteht. Je größer die Möglichkeiten des Versicherten sind, in einem mittlerweile stark von marketingorientierten Angeboten geprägten Versorgungsmarkt auch neutrale und fachlich fundierte Informationen über Erkrankungen und Therapien zu erhalten, desto eher kommt eine partnerschaftliche Entscheidung zustande.

Aus diesem Grunde beantwortet die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit nicht nur täglich individuell Patientenanfragen, sondern baut auch eine modular strukturierte Reihe von Patienteninformationsbroschüren auf. Als Teil dieser Reihe wurde zum Frühjahr 2009 die Information „Parodontitis – Erkrankungen des Zahnhalteapparates vermeiden, erkennen, behandeln“ erarbeitet. Zeitgleich wurden die auf www.kzbv.de veröffentlichten Patientenseiten zu Parodontalerkrankungen auf den neuesten wissenschaftlichen Stand gebracht und

auch die Informationen über zahnärztlich-chirurgische Eingriffe aktualisiert. Darüber hinaus werden via Internet auch Patientenkurzinfos zu aktuellen Fragen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung in spezifischen Behandlungssituationen bereitgestellt, so zum Beispiel in der zweiten Jahreshälfte 2008 zu der Frage, wann die Krankenkasse die Kosten einer Vollnarkose beim Zahnarzt übernimmt. Darüber hinaus pflegt und bewirbt die KZBV weiterhin das Infoportal der Vertragszahnärzte zum Zweitmeinungsmodell, das mittlerweile in der Mehrzahl der KZVen angeboten wird. Unter der Adresse www.zahnarzt-zweitmeinung.de gibt es neutrale Informationen zu Zahnersatz und Zugang zu den Beratungsinstanzen, bei denen Versicherte eine unparteiische und fachlich fundierte zweite Meinung zu ihrer geplanten Zahnersatztherapie einholen können.

PATIENTENINFORMATION: NEUE BROSCHÜRE ZUM PARODONTITIS

Die zm

Für die Zahnärztlichen Mitteilungen war das Geschäftsjahr 2008/2009 neben der redaktionellen Arbeit für das Print- und Online-Angebot durch zwei größere technisch-organisatorische Maßnahmen geprägt, deren Umsetzung außergewöhnlichen Zusatzaufwand erforderte: Zum einen wurde in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteverlag ein neues internetgestütztes Redaktionssystem aufgebaut, mit dem der gesamte organisatorische Ablauf der zm-Produktion technisch neu strukturiert wurde. Zum anderen haben die zm im Berichtsjahr die Vorbereitungen für die von KZBV und Bundeszahnärztekammer beschlossene Verlegung des Redaktionssitzes nach Berlin umgesetzt.

Nach umfangreicher Beobachtung und Prüfung der auf dem Markt aktuell angebotenen Systeme haben sich die zm dazu entschieden, gemeinsam mit dem für das Anzeigenwesen, den Druck und den Vertrieb der zm zuständigen Deutschen Ärzteverlag das Redaktionssystem auf Internetbasis einzusetzen. Die Umstellung der Produktion auf das Software-Produkt Tango Media ermöglicht eine den technischen

Erfordernissen modernen Redaktionsmanagements entsprechende Koordination der gesamten Erstellung der Inhalte von der Idee bis zum Druck der Zeitschrift.

Weitestgehend unbemerkt seitens der Leserschaft blieb auch der im Rahmen des Umzugs nach Berlin erforderliche logistische und organisatorische Aufwand, die Zahnärztlichen Mitteilungen am neuen Standort arbeitsfähig zu machen. Der „leise“ Übergang zum neuen Produktionsstandort Berlin war erfolgreich, die zu Teilen notwendige Neubesetzung der Mitarbeiterstellen erfolgte ohne redaktionelle Defizite.

Auf dieser Basis werden die zm in den kommenden Geschäftsjahren die Anpassungen vornehmen können, die für eine weiterhin professionelle Ausrichtung und wettbewerbsgerechte Positionierung im modernen Media-Markt notwendig sind.

> Berufspolitik

Die zm haben ihre angestammte Aufgabe, die berufspolitische Arbeit ihrer Heraus-

geber gegenüber Deutschlands Zahnärzteschaft darzustellen, auch im Geschäftsjahr 2008/2009 konsequent erfüllen können. Bestimmt wurde die berufspolitische Ausrichtung durch die weitere Entwicklung der großkoalitionären Gesundheitsreform, speziell der Diskussionen um die Vorbereitung und Umsetzung des Gesundheitsfonds (zm-Titel in Ausgabe 12, 15 und 24/08 sowie weitere Artikel in zm 19, 20, 23, 24/08 und zm 5, 6 und 11/09) sowie grundlegender Ausarbeitungen zur Gesundheitsreform (zm 10, 13 und 14/08). Ausführungen zu aktuellen Themen auf Ebene der EU-Gesundheitspolitik (zm 10, 18 und 19/08 sowie die Ausgaben 5 und 7/09) sowie zu den Vertragsverhandlungen und politischen Auseinandersetzungen um die Honorarsteigerungen bei den Ärzten (zm 18, 19 und 20/08 sowie 4 und 7/09) wurden ebenso medial begleitet wie die programmatischen Vorstellungen der Gesundheitspolitik im Vorfeld zur Bundestagswahl (zm 20/08 sowie die Ausgaben 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10 und 11/09).

Zentrales Augenmerk erhielten der gesamte Themenbereich rund um die

GOZ-Reform (zm 16, 22, 23 und 24/08 sowie die Ausgaben 2, 4 und 6/09) und die grundsätzliche berufspolitische Ausrichtung der zm-Herausgeber im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages (zm 14, 18, 20 sowie 22/08). Die zm informierten über die Umsetzung des Basistarifs sowie über die Entwicklung der privaten Krankenversicherung nach der Gesundheitsreform (zm 10 und 13/08). Über die Auseinandersetzungen zur elektronischen Gesundheitskarte berichteten die Ausgaben zm 13, 14, 18 und 19/08 sowie 3 und 12/09. In den Heften 9 und 11/09 wurden die Hintergründe zur Honoraranpassung der östlichen Bundesländer auf Westniveau dargestellt. Schon diese beispielhaft für die Themenstruktur aufgeführten Beiträge zeigen, dass das offizielle Organ von BZÄK und KZBV großen Wert auf die möglichst flächendeckende Berichterstattung des gesamten gesundheitspolitischen Umfeldes legt.

> Zahnmedizin/Medizin/Wissenschaft

Die Zahnärztlichen Mitteilungen gehören zu den führenden Fortbildungszeitschriften

der deutschen Zahnärzte. Die interaktive Fortbildung der zm wird weiterhin stark genutzt. Für die Leserschaft ist der technische Umgang mit den Fortbildungsangeboten via Print und Online inzwischen Routine. Mit insgesamt 86 zahnmedizinischen und 37 medizinischen Fachbeiträgen bietet die Zeitschrift aktuelles Wissen aus Forschung, Technik, Praxis und Klinik sowie angrenzenden und übergreifenden Fachbereichen. Besonderes Augenmerk wird nach wie vor auf Themen gelegt, die den niedergelassenen Kollegen in der Beurteilung schwieriger Fälle in seinem Praxisalltag unterstützen.

Die Medizin mit all ihren Disziplinen ist für die zm ein ständiges Themenfeld, der Zahnarzt erweitert via zm sein Wissen um aktuelle medizinische Erkenntnisse. Rubriken wie das „Repetitorium“ sowie der „Aktuelle Klinische Fall“ bilden für die Zahnärztlichen Mitteilungen eine feste Größe. Darüber hinaus liefern Berichterstattungen über große Fachtagungen dem Leser eine regelmäßige Dokumentation aktueller Fachthemen.

> Ökonomie: Praxismanagement, Finanzen, Recht

Wie kann eine effektive Wirtschaftsberichterstattung für die zm-Leserschaft aussehen? Was hilft ihnen in der täglichen Arbeit? Welche Informationen sind dafür nützlich, auf welche kann man getrost verzichten, um im täglichen Medienüberangebot nicht den Überblick zu verlieren? Derartige Fragen beherrschen die Themenplanung des Ressorts Wirtschaft/Ökonomie, in dem die Rubriken „Finanzen“, „Praxismanagement“ und „Recht“ gebündelt sind.

In den zm erörtern neben dem Redaktionsteam auch Fremdautoren aktuelle Themen. Ausgewiesene Experten wie Fachjournalisten, Rechtsanwälte, Steuerberater oder Betriebs- und Volkswirte berichten über die jeweiligen Spezialgebiete, immer in enger Abstimmung mit der Redaktion und unter der Verantwortung des zuständigen Redakteurs, der seine Autoren journalistisch professionell betreut. Anhand der Entwicklung der Berichterstattung – unter anderem in der Rubrik „Finanzen“ – ist



12/2008



13/2008



15/2008



17/2008



19/2008



21/2008



22/2008



23/2008



belegbar, wie realitätsnah sich die zm präsentiert. Ging es noch Anfang des Jahres 2008, als sich die globale und nationale Wirtschaftskrise erst vorsichtig andeutete, um die Gefahren der Geldentwertung (zm 01/08), so standen im weiteren Verlauf der Berichterstattung finanzsichernde Themen im Vordergrund (Einlagen sichern in der Krise, zm 01/09), Anlegerrechte (zm 02/08), die Kündigung von Lebensversicherungen (zm 19/08) sowie eine Darstellung der möglichen Folgen der Krise (zm 10/09).

Die Rubrik „Recht“ umfasst die aktuelle Rechtsprechung, juristische Tendenzen und Urteile, die für den Zahnarzt in seiner täglichen Berufsausübung als Mediziner und als Arbeitgeber interessant und wichtig sind. Ob es um Honoraransprüche bei Nachbesserungen von zahnprothetischen Behandlungen (zm 08/09) oder um wettbewerbsrechtliche Richtlinien bei der

Gestaltung von Internetseiten (zm 07/08) geht, auch hier wurde der Praxis des Zahnarztes Rechnung getragen.

>zm-Leserservice

Der zm-Leserservice wird intensiv genutzt. Die Abfrage von ergänzenden Unterlagen, Downloads oder Literaturlisten erfreut sich großer Beliebtheit. Das Nutzungsverhalten der Leser hat sich allerdings verlagert. Während sie ihre Nachfragen in der Vergangenheit eher zu Printunterlagen (bestellt über den Leserservice-Kupon am Ende des Heftes und verschickt per Post oder Fax) stellten, spielt dieser Weg mittlerweile eine untergeordnete Rolle. Stattdessen werden Service-Informationen elektronisch von zm-online aus dem Internet bezogen. So betrug die Anzahl der Downloads von Mai 2008 bis Mai 2009 rund 43.000 (Vergleich Vorjahr: 27.650). Der Vorteil der Downloads liegt auch

darin, dass Material über einen langen Zeitraum hinweg im Netz verfügbar ist und dem Leser zugänglich bleibt. Dem geänderten Nutzungsverhalten Folge tragend stellt die Redaktion die Materialien verstärkt elektronisch zur Verfügung.

Was die Themenauswahl betrifft, greift die Leserschaft vorrangig auf zahnärztlich-fachliche Informationen oder auf sie zugeschnittenen Lifestyle-Themen zurück. Danach folgen Themen, die die Praxisführung betreffen, wie zum Beispiel das Umfeld der Berufsausübung, Fortbildung, Ratgeber-Infos, Stellungnahmen und Hintergründe zu politischen Diskussionen, Literaturlisten, Juristisches, Broschüren und Prophylaxe-Materialien. Grundsätzlich gilt: Je konkreter der Nutzen für den Zahnarzt, desto mehr wird nachgefragt.

Zum Angebot der zm gehört auch der Veranstaltungsservice, bei dem sich Leser

per Kupon im Veranstaltungsteil direkt zu den Fortbildungsveranstaltungen von Kammern und KZVen sowie bei freien Anbietern anmelden können. Er dürfte bundesweit wohl der umfassendste sein und ist im zurückliegenden Geschäftsjahr erneut umfangreicher und gefragter geworden.

> Weitere Rubriken

Die Rubrik „Historisches“ hat sich in den letzten Jahren äußerst lebendig entwickelt. Marschrichtung ist, dass geschichtliche und kulturhistorische Themen rund um die Zahnmedizin zwar magazinesk-unterhaltend, aber mit fundiert recherchiertem Background aufbereitet werden, was bei den Lesern mit zunehmendem Interesse zur Kenntnis genommen wird. Die Rubrik „EDV und Technik“ berichtet über neue Entwicklungen rund um Computer und Web. Dabei stellen die zm nicht nur

allgemeine Trends vor, sondern informieren insbesondere über praxisrelevante Aspekte für den Zahnarzt und sein Umfeld – wie beispielsweise über die GEZ-Gebühren für Internet-PCs, den Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte oder die Bedrohung des Arztgeheimnisses via BKA-Gesetz.

> „zm-online.de“

Im Berichtszeitraum 2008/2009 konnte das Internetportal zm-online.de weiterhin einen stetig wachsenden Zuspruch seitens der Leser verzeichnen und die Zugriffe stark ausbauen. Rein rechnerisch wird mittlerweile jede Sekunde von der Online-Site der zm eine Information abgerufen.

Das Online-Archiv, das aktuelle Heft, die interaktive Fortbildung, Datenbanken zu Repetitorien, der Veranstaltungskalender sowie der elektronische Bestell- und Leserservice sind nur einige Angebote der zm

an die Nutzer. Aktionen wie Bildergalerien von Praxen und ihrer Einrichtung, die wöchentliche Kolumne und Online-Tests bieten neben profunden Informationen auch journalistisch-meinungsbildende Unterhaltung.

Der zm-Newsletter mit Nachrichten aus Gesundheitswesen, -politik, Medizin und Zahnmedizin wird dreimal wöchentlich an mehr als 3.600 Abonnenten verschickt. Der Dienst wurde auch in diesem Jahr weiter ausgebaut, um dem Nutzer möglichst zeitnah einen Überblick über die gesundheits- und berufspolitische Lage und die damit verbundenen Diskussionen zu geben.

Der Jahresband für das Jahr 2008 wurde bereits als volltextfähige CD-Rom erstellt – inklusive der zm-Serviceleistungen und relevanten Hyperlinks.



24/2008



02/2009



04/2009



05/2009



07/2009



09/2009



11/2009

Interne Organisation

Personalplanung und Standortentwicklung

Für eine Dienstleistungsorganisation wie die KZBV ist kompetentes und motiviertes Personal mit Spezialkenntnissen das größte Kapital. Entsprechend sind eine vorausschauende Personalplanung und ein gutes Personalmanagement ein Schlüssel zur erfolgreichen Arbeit der Organisation. Die KZBV muss sich einer zunehmenden Fülle

unterschiedlicher Aufgaben stellen und dafür Vorsorge treffen. Nach der Schaffung neuer Abteilungen für Gesundheitsökonomie und die Koordination der Aktivitäten im Gemeinsamen Bundesausschuss in den Jahren 2007 und 2008 ist nun begonnen worden, die Personaldecke innerhalb der bestehenden Struktur zu verstärken, um

einerseits der wachsenden Arbeitslast Herr zu werden und andererseits sicherzustellen, dass durch das etwaige Ausscheiden gerade leitender Mitarbeiter mit hochspezialisiertem Wissen in Schlüsselbereichen keine Fähigkeitslücken entstehen. Entsprechend wird neben der Verstärkung des Teams durch neue Sekretariatskräfte jetzt vor

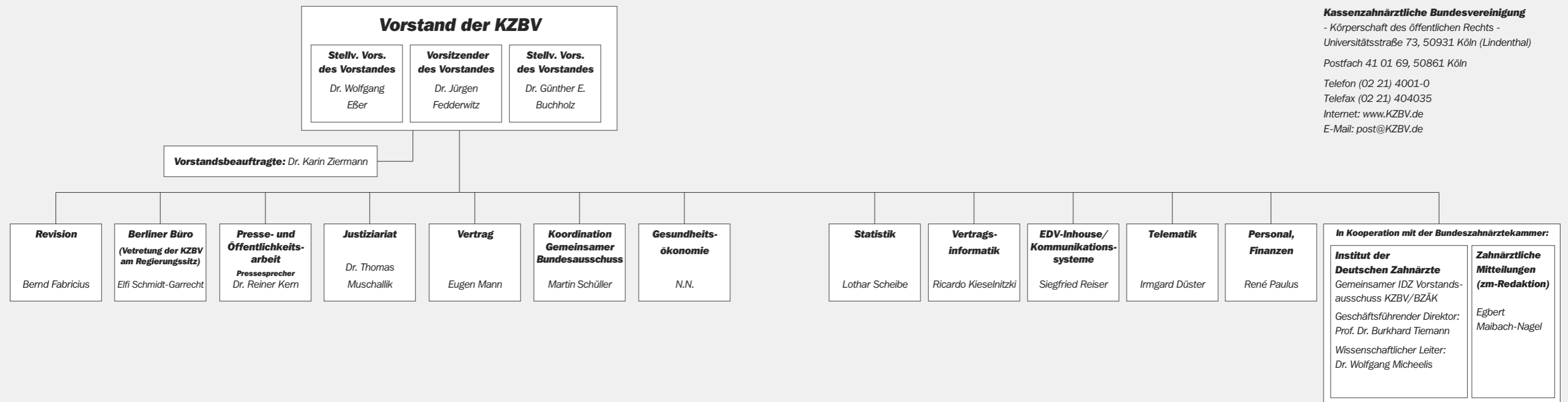
allem auf die Auswahl und Einarbeitung von Stellvertretern für eine Reihe von Abteilungsleitern gesetzt, um langfristige Nachfolgeregelungen zu ermöglichen.

Zwischen Anfang 2008 und Mitte 2009 hat die KZBV insgesamt 23 Mitarbeiter eingestellt, um neue Positionen und durch das

Ausscheiden von Mitarbeitern entstandene Vakanzen zu besetzen. Im Zuge der Ausschreibungen und Auswahlverfahren wurden mehr als 8.600 Bewerbungen gesichtet und durch das EDV-gestützte Recruiting-Management-System erfasst. Das Team der KZBV besteht nun aus insgesamt 91 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Ein Teil der Personalfluktuaton im letzten Geschäftsjahr steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Standortentwicklung der KZBV. Im Frühjahr 2009 ist wie geplant der neu angemietete Standort im „Humboldt-Carrée“ in Berlin Mitte bezogen worden. Er bietet Raum für gut zwanzig Mitarbeiter sowie Kapazitäten für Gremien-

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Universitätsstraße 73, 50931 Köln (Lindenthal)
Postfach 41 01 69, 50861 Köln
Telefon (02 21) 4001-0
Telefax (02 21) 404035
Internet: www.KZBV.de
E-Mail: post@KZBV.de



sitzungen. Ende März wechselten zunächst die Abteilungen „Vertretung der KZBV am Regierungssitz“ und „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ aus ihren bisherigen Büros in der Reinhardtstraße in die neue Liegenschaft in der Behrenstraße 42. Zum 1. Mai erfolgte der Umzug der Redaktion der zsm von Köln nach Berlin. Dank des Engagements aller Beteiligten verlief der Standortwechsel schnell und ohne Reibungsverluste oder Einschränkungen im Dienstleistungsbetrieb.

Die Kosten des Wechsels an die Spree beliefen sich auf gut 520.000 Euro. Doch schon binnen kürzester Zeit hat sich gezeigt, dass diese Investition eine gute Dividende abwirft. Mit der Hauptstadtvertretung, der Kommunikationsabteilung und der Zeitschriftenredaktion sind nun drei Einheiten, für deren Arbeit die Nähe zu Hauptstadt-politik und -medien von entscheidender Bedeutung ist, an zentraler Stelle unter einem Dach angesiedelt und können im

täglichen Miteinander erhebliche Synergien entfalten.

Mit dem Umzug wurde am Berliner Standort eine neue IT-Infrastruktur aufgebaut, die mit den IT- und Telekommunikationssystemen in Köln eng verzahnt ist. Damit verfügt die KZBV nun über eine störsichere und redundant ausgelegte IT-Gesamtinfrastuktur, die eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den Standorten gewährleistet.

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 2008 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 14,90 Euro zuzüglich 0,60 Euro Rücklage für Sozialkosten, die im Zusammenhang mit dem Umzug nach Berlin stehen.

› Haushaltsabschluss 2008

Ursprünglich war für das Wirtschaftsjahr 2008 geplant, einen Betrag von 389.839 Euro aus dem Vermögen der KZBV zu entnehmen, um die Differenz zwischen Einnahmen und projektierten Ausgaben zu decken. Der Jahresabschluss wies dann aber Minderausgaben von 821.803 Euro und damit einen Vermögenszuwachs in Höhe von 431.964 Euro aus. Das in der Bilanz Ende 2008 ausgewiesene Gesamt-

vermögen der KZBV ist damit abermals auf nunmehr 7.862.160 Euro angewachsen. Die notwendige Liquiditätsreserve entsprechend den Richtlinien der KZBV ist damit mehr als gewährleistet. Der Jahresabschluss 2008 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft W+ST Publica Revisionsgesellschaft mbH geprüft und mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen.

Die KZBV hat lange Jahre eine eindimensionale und starre Finanzanlagepolitik betrieben. Konsequenz waren eine große Abhängigkeit von der Entwicklung der Festgeldzinsen und geringe Zinsgewinne, die teilweise unterhalb der Inflationsrate lagen. Der Vorstand hat sich deshalb seit längerem intensiv für eine modernere Anlagestrategie eingesetzt, die Sicherheit mit Renditeorientierung und Flexibilität in sich verändernden Märkten verbindet.

In einem sehr langwierigen Prozess ist es unter Einbeziehung von Kassenprüfungs- und Haushaltsausschuss gelungen, eine stringente Anlagerichtlinie zu erarbeiten, die einerseits auf die Sicherheit des angelegten Kapitals, andererseits aber auf flexible Anlageformen und damit höhere Renditen setzt.

Im Jahr 2007 hat die KZBV ihre Finanzmittel erstmals nach dieser Richtlinie angelegt, und die Ergebnisse bestätigen das Konzept: Während viele Anleger 2008 infolge der Banken- und Finanzmarktkrise negative Anlageergebnisse hinnehmen mussten, konnte die KZBV eine stabile Rendite von 3,3% aus ihren Anlagen erwirtschaften. Mit ihrer neuen Anlagestrategie stellt die KZBV sicher, dass sie die Finanzkrise ohne Blessuren überstehen kann.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
Beiträge	10.591.212	Aufwandsentschädigungen, Beiträge	229.608
Zinsen	517.447	Öffentlichkeitsarbeit	209.409
Sonstige	730.489	Externe Dienste	743.690
		Reise- und Tagungskosten	1.432.311
		Personalkosten	7.496.841
		sonstiger Verwaltungsaufwand	1.295.324
		Vermögenszunahme	431.965
	11.839.148		11.839.148

HAUSHALTABRECHNUNG 2008



KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg	
- Freiburg	1.509
- Karlsruhe	1.795
- Stuttgart	2.488
- Tübingen	1.168
Bayern	8.755
Berlin	3.260
Brandenburg	1.703
Bremen	445
Hamburg	1.469
Hessen	4.359
Mecklenburg-Vorpommern	1.295
Niedersachsen	5.464
Nordrhein	6.204
Rheinland-Pfalz	
- Koblenz-Trier	1.107
- Pfalz	799
- Rheinhessen	433
Saarland	588
Sachsen	3.344
Sachsen-Anhalt	1.792
Schleswig-Holstein	1.940
Thüringen	1.892
Westfalen-Lippe	5.133
	56.942

› Haushaltsplanung 2009

Die Finanzbuchhaltung der KZBV wurde im Jahr 2009 komplett reorganisiert. Sämtliche Belege und Finanzunterlagen werden nun in einem Dokumentenmanagementsystem digital und revisionssicher abgelegt. In einem zweiten Schritt wird 2010 die Etatplanung umgestellt werden. Die Etatbewirtschaftung wird dann dezentral erfolgen, die Abteilungen werden zu jedem Zeitpunkt den vollen Überblick darüber haben, welche Kosten abgerechnet, welche Verbindlichkeiten offen und welche Beträge noch zur Verfügung sind. Zu einem erheblichen Teil wird der Haushalt der KZBV von Fixkosten bestimmt.

Natürlich entscheiden aber auch strategische und operative Entscheidungen über das Volumen des Etats. Haushalterische Auswirkungen entstehen im Jahr 2009 vor allem durch den Ausbau des Standortes Berlin und Maßnahmen der Personalentwicklung.

Zugleich muss die KZBV Vorsorge treffen für eine mögliche Verlagerung des gesamten Geschäftsbetriebes von Köln nach Berlin, den die Vertreterversammlung bereits 2006 im Grundsatz beschlossen, aber nicht terminiert hat. Entsprechend diesem Beschluss sind Rücklagen für Sozialkosten in Höhe von 2 Mio. Euro zu bilden, die im Kontext des Umzuges zu er-

warten sind. Seit 2007 fließen daher für die Dauer von fünf Jahren jährlich rund 400.000 Euro in die Rücklage, um den Gesamtbetrag bis 2011 zu erreichen.

Für 2009 weist der Haushaltsplan (ohne Berücksichtigung der Vermögenszunahme) Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 12.882.761 Euro aus. Das entspricht einer Zunahme von 14,47 Prozent gegenüber dem Ansatz des Vorjahres. Der Monatsbeitrag, den die KZVen für jeden ihrer Vertragszahnärzte an die KZBV entrichten, hat sich gegenüber dem Vorjahr um 1,70 Euro erhöht.

Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

Die KZBV erhebt umfangreiche Statistiken zum zahnärztlichen Versorgungsmarkt in Deutschland. Das von der Abteilung Statistik bearbeitete Spektrum statistischer und ökonomischer Fragestellungen bildet eine zentrale Informationsgrundlage für die vertragspolitische Arbeit der KZBV. Die Analysen und Auswertungen (u. a. Strukturuntersuchungen, Auswirkungen der Umstrukturierung von Gebührenordnungen, Verhandlungen über die Fortschreibung des Zahnersatz-Punktwertes, Budgetproblematik) sind unverzichtbare Daten- und Argumentationsgrundlagen für die zahnärztliche Berufspolitik und dienen insbesondere der Vorbereitung von Gesprächen mit der Politik und Verhandlungen mit den Kostenträgern auf Bundesebene. Bei der Weiterentwicklung von Vertragsstrukturen fließen neben Berechnungen insbesondere auch konzeptionelle Unterstützungen durch die Abteilung Statistik ein. Darüber hinaus erhebt die Abteilung Statistik im Rahmen von Spezialstatistiken in koordinierender Funktion Strukturdaten der KZVen und führt als Dienstleistungsfunktion für die KZVen Sonderanalysen durch. So hat die KZBV den KZVen angeboten, dass die Abteilung Statistik im berufspolitisch wichtigen Themenfeld der Kassenfusionen in koordinierender Funktion die Auswirkungen von Strukturkomponenten empirisch ermittelt und im Rahmen von Sonderanalysen KZV-spezifische Auswertungen vornimmt. Diese Sonderauswertungen sollen den KZVen insbesondere als Grundlagen bei Neufestsetzungen von Budgets dienen und Unterstützung bei entsprechenden Vertragsgestaltungen geben.

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 (Rubrik Zahnärzte/Statistiken) zur Verfügung. Einzel Exemplare des Jahrbuchs können über die Service-Rubrik der Internetseite bestellt werden.

2007/2008	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Konserv. Leistungen	+ 1,4 %	+ 0,3 %	+ 1,0 %
Parodontologie	+ 3,7 %	+ 0,3 %	+ 2,4 %
Kieferbruch	+ 7,2 %	+ 4,1 %	+ 5,9 %
Kons., Par. und Kfbr.	+ 1,6 %	+ 0,5 %	+ 1,2 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen je Mitglied

2007/2008	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Kieferorthopädie	+ 6,1 %	+ 4,4 %	+ 5,5 %
Zahnersatz*	+ 4,1 %	+ 3,6 %	+ 3,9 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen
*inkl. Direktabrechnungsfälle (andersartige Versicherungen) je Mitglied

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KONS., PAR. UND KIEFERBRUCH

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KIEFERORTHOPÄDIE UND ZAHNERSATZ

Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

› **Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen**

Im Jahr 2008 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch gegenüber dem Vorjahr bundesweit um 1,7 % je Kassenmitglied. Bei dieser Ausgabenentwicklung ist die Wirkung der Zahlung der Versicherten nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) zu berücksichtigen. Die gezahlte Praxisgebühr summierte sich 2008 auf rd. 403 Mio. €, nach 399 Mio. € im Vorjahr. In den einzelnen Teilbereichen war die Entwicklung unterschiedlich. Während der Anstieg bei den konservierenden Leistungen 1,0 % betrug, lag er bei Parodontalbehandlungen bei 2,4 % und bei der Therapie von Kieferbrüchen bei 5,9 %. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 1,4 % und machten 6,1 % am Honorarvolumen im konservie-

rend-chirurgischen Bereich aus. Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich blieb bei einem Anstieg um 0,4 % in etwa auf dem Niveau von 2004. Die Zahl der Parodontalbehandlungen nahm um 2,1 % zu.

› **Zahnersatz und Kieferorthopädie**

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied um 5,5 %, die Zahl der Fälle stieg um 3,0 %.

Die Entwicklung beim Zahnersatz muss vor dem Hintergrund der Einführung des Festzuschussystems im Januar 2005 gesehen werden. Seit diesem Zeitpunkt werden die andersartigen Versicherungen (ca. 6 % aller Fälle) nicht mehr über die KZVen, sondern direkt zwischen Patient und Zahnarzt abgerechnet. Um Vergleichbarkeit mit Abrechnungsdaten vor 2005 herzustellen, müssen die auf diese Versicherungen 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 im Bereich von Zahnersatz zu beobachten. Da diese oft kostenintensiv sind, erklärt dies zum Teil den Rückgang der Ausgaben im Jahr 2005. Die seit dem Jahr 2006 festzustellende Normalisierung setzte sich auch im Jahr 2008 weiter fort. So stiegen im Jahr 2008 die Ausgaben (inkl. andersartiger Versicherungen) je Mitglied gegenüber 2006 um 3,9 %, die Zahl der Fälle erhöhte sich um 0,1 %, und der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 3,8 %. Der Fallwert für Neuversorgungen lag mit + 0,8 % leicht über dem Niveau des Jahres 2004. Dies belegt, dass die Höhe der Festzuschüsse richtig bemessen wurde.

Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsausgaben)	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen-Überschuss)	Veränderung	Median des Einnahmen-Überschusses bei	
DEUTSCHLAND	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	347.671	+ 3,1 %	237.360	+ 1,7 %	68,3 %	110.311	+ 6,2 %	97.230

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern - Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV - (Jahr 2007: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 10.10.2008)

STEUERLICHE EINNAHMEN-ÜBERSCHUSSRECHNUNG JE PRAXISINHABER DEUTSCHLAND



Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsausgaben)	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen-Überschuss)	Veränderung	Median des Einnahmen-Überschusses bei
ALTE BUNDESLÄNDER	1976	218.986		116.472		53,2 %	102.514	bis 1982 Median nicht ermittelt
	1980	293.513	Ø + 7,6 %	179.910	Ø + 11,5 %	61,3 %	113.603	Ø + 2,6 %
	1985	314.667	Ø + 1,4 %	207.639	Ø + 2,9 %	66,0 %	107.028	Ø - 1,2 %
	1990	292.876	Ø - 1,4 %	199.074	Ø - 0,8 %	68,0 %	93.802	Ø - 2,6 %
	1991	322.304	+ 10,0 %	221.834	+ 11,4 %	68,8 %	100.470	+ 7,1 %
	1992	355.312	+ 10,2 %	251.000	+ 13,1 %	70,6 %	104.312	+ 3,8 %
	1993	328.338	- 7,6 %	235.901	- 6,0 %	71,8 %	92.437	- 11,4 %
	1994	350.482	+ 6,7 %	249.498	+ 5,8 %	71,2 %	100.984	+ 9,2 %
	1995 ¹⁾	356.029	+ 2,6 %	258.174	+ 4,5 %	72,5 %	97.855	- 2,1 %
	1996	372.509	+ 4,6 %	270.716	+ 4,9 %	72,7 %	101.793	+ 4,0 %
	1997	383.884	+ 3,1 %	280.320	+ 3,5 %	73,0 %	103.564	+ 1,7 %
	1998	338.623	- 11,8 %	243.289	- 13,2 %	71,8 %	95.334	- 7,9 %
	1999	335.572	- 0,9 %	242.140	- 0,5 %	72,2 %	93.432	- 2,0 %
	2000	355.185	+ 5,8 %	255.514	+ 5,5 %	71,9 %	99.671	+ 6,7 %
	2001	361.522	+ 1,8 %	254.291	- 0,5 %	70,3 %	107.231	+ 7,6 %
	2002	365.746	+ 1,2 %	256.853	+ 1,0 %	70,2 %	108.893	+ 1,5 %
	2003	373.972	+ 2,2 %	263.677	+ 2,7 %	70,5 %	110.295	+ 1,3 %
2004	376.435	+ 0,7 %	262.368	- 0,5 %	69,7 %	114.067	+ 3,4 %	
2005	347.929	- 7,6 %	238.074	- 9,3 %	68,4 %	109.855	- 3,7 %	
2006	355.033	+ 2,0 %	246.938	+ 3,7 %	69,6 %	108.095	- 1,6 %	
2007	365.874	+ 3,1 %	251.407	+ 1,8 %	68,7 %	114.467	+ 5,9 %	
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 %
	1994	257.478	+ 7,7 %	180.884	+ 8,0 %	70,3 %	76.594	+ 6,9 %
	1995 ¹⁾	261.903	+ 0,3 %	185.955	+ 1,6 %	71,0 %	75.948	- 2,7 %
	1996	271.378	+ 3,6 %	187.498	+ 0,8 %	69,1 %	83.880	+ 10,4 %
	1997	283.644	+ 4,5 %	193.128	+ 3,0 %	68,1 %	90.516	+ 7,9 %
	1998	246.168	- 13,2 %	164.813	- 14,7 %	67,0 %	81.355	- 10,1 %
	1999	237.469	- 3,5 %	161.004	- 2,3 %	67,8 %	76.465	- 6,0 %
	2000	254.634	+ 7,2 %	171.463	+ 6,5 %	67,3 %	83.171	+ 8,8 %
	2001	259.393	+ 1,9 %	170.324	- 0,7 %	65,7 %	89.069	+ 7,1 %
	2002	259.993	+ 0,2 %	171.531	+ 0,7 %	66,0 %	88.462	- 0,7 %
	2003	268.495	+ 3,3 %	177.978	+ 3,8 %	66,3 %	90.517	+ 2,3 %
	2004	271.395	+ 1,1 %	177.716	- 0,1 %	65,5 %	93.679	+ 3,5 %
	2005	247.021	- 9,0 %	161.382	- 9,2 %	65,3 %	85.639	- 8,6 %
2006	253.316	+ 2,5 %	169.147	+ 4,8 %	66,8 %	84.169	- 1,7 %	
2007	261.798	+ 3,3 %	171.095	+ 1,2 %	65,4 %	90.703	+ 7,8 %	

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 Kostenstrukturhebungen der KZBV (Jahr 2007; Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 10.10.2008)

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstrukturhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2007 wurden rd. 30.000 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 Praxisinhaber im Jahre 2005 und dem weiteren Rückgang des Einnahmen-Überschusses um 1,6 % in 2006 stieg der Einnahmen-Überschuss in 2007 um 6,2 % auf 110.311 €. Damit erreichte er nominal wieder das Niveau des Jahres 2004 (110.452 €). Real, also unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, ist

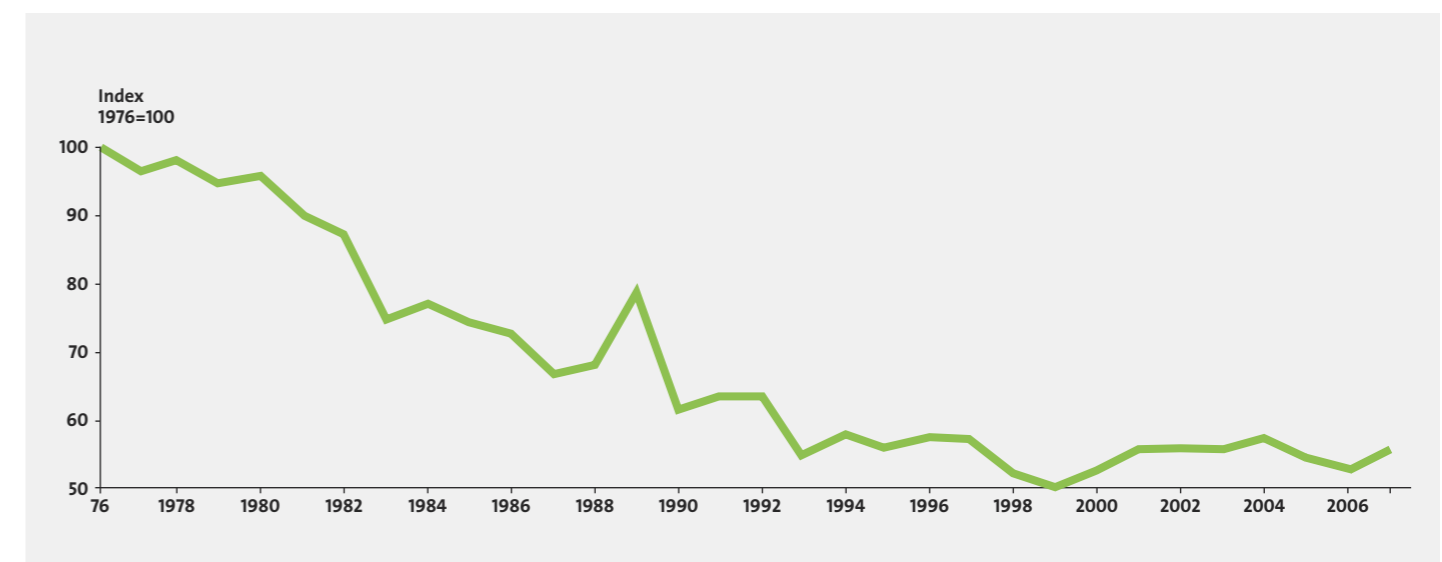
der Einnahmen-Überschuss 2007 gegenüber 2004 hingegen um 5,3 % zurückgegangen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses in 2007 gegenüber 2006 auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3,1 % bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um 1,7 %.

> Alte Bundesländer

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber 2007 gegenüber dem Vorjahr um 3,1 %. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 1,8 %. Daraus resultierte ein Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 5,9 % (real + 3,5 %). Der im Jahr 2007 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss in Höhe von

114.067 € lag nominal nur um knapp 13 % über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahre 1976, also vor 31 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Allerdings hat in diesen 30 Jahren eine Preissteigerung (Inflationsrate) von 113 % den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf rd. die Hälfte reduziert.

2007 blieben 58 % der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnittswert von 114.167 €, 42 % lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag 2007 bei 101.960 €. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 48,0 Std. pro Woche tätig, davon 35,2 Std. behandelnd. Durchschnittlich wurden 5,43 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.





> **Neue Bundesländer**

In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber 2007 gegenüber 2006 um 3,3 %. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 1,2 %, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 7,8 % (real + 5,4 %) auf 90.703 € resultiert. Trotz dieses Einkommensanstiegs lag der Einnahmen-Überschuss in 2007 aufgrund der Rückgänge in 2005

(- 8,6 %) und 2006 (- 1,7 %) noch um 3,2 % unter dem Wert des Jahres 2004. Gegenüber dem Einkommen in 1997, also vor 10 Jahren, war der Wert 2007 nominal nahezu unverändert. Real ist der Einnahmen-Überschuss 2007 gegenüber 1997 hingegen um rd. 15 % gesunken.

Im Jahr 2007 blieben 59 % der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert

von 90.703 € und 41 % erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag bei 81.190 €.

Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 47,8 Stunden, davon entfielen 35,3 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,70 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte stieg von 57.209 (Ende des IV. Quartals 2007) auf 57.867 (Ende des IV. Quartals 2008), also um 1,2 %. Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV).

Die Abteilung Statistik der KZBV hat sich die für die Erstellung des Berichts erforderlichen detaillierten Bedarfsplanungsdaten bei den einzelnen KZVen beschafft.

Die Analyse der Bedarfsplanungsdaten der KZVen lieferte folgende Kernergebnisse: Trotz des Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte ist aufgrund der deutlich gestiegenen Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV) sogar gestiegen. Die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung gemessen am Versorgungsgrad hat sich sowohl in den alten Bundesländern als auch in den neuen Bundesländern verbessert. In der allgemein-zahnärztlichen Versorgung sind seit mehreren

Jahren keine unterversorgten Gebiete mehr zu verzeichnen. Die strukturellen Analysen zeigen, dass eine flächendeckende allgemein-zahnärztliche Versorgung gegeben ist. Darüber hinaus ist in den nächsten Jahren keine Gefährdung der allgemein-zahnärztlichen Versorgung zu erwarten.

Hinsichtlich der kieferorthopädischen Versorgung wurde ebenfalls eine Verbesserung der Versorgungssituation festgestellt. Die Auswirkungen der am 01.10.2008 in Kraft getretenen Bedarfsplanungsänderungen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung (Umstellung der Verhältniszahl auf 1:4.000 bezogen auf die Bevölkerungsgruppe der 0-18-Jährigen) hinsichtlich der Höhe der Versorgungsgrade bleibt abzuwarten.

Zahl der Zahnärzte

Ende 2008 betrug die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland 54.780 (Alte Bundesländer und Berlin: 45.093, Neue Bundesländer: 9.687). Damit ging die Zahl der Vertragszahnärzte gegenüber Ende 2007 um 0,8 % zurück. Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende 2008 auf 2.982 (Alte Bundeslän-

der und Berlin: 2.542, Neue Bundesländer ohne Berlin: 440) und blieb damit gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal nahezu konstant.

Dieser Rückgang stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern er muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Ver-

tragsarztrechtsänderungsgesetzes (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 2007 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 1.986, Ende des IV. Quartals 2008 auf 3.087.

> **Zulassungs- und Versorgungssituation**

Im Rahmen einer Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit hat die KZBV einen Bericht über die Zulassungs- und Versorgungssituation in der vertragszahnärztlichen Versorgung erstellt. Zentraler Inhalt war die Entwicklung der bedarfsplanungsrechtlichen Versorgungsgrade sowie die Entwicklung der vertragszahnärztlichen Zulassungen und Abgänge je Planungs-

Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

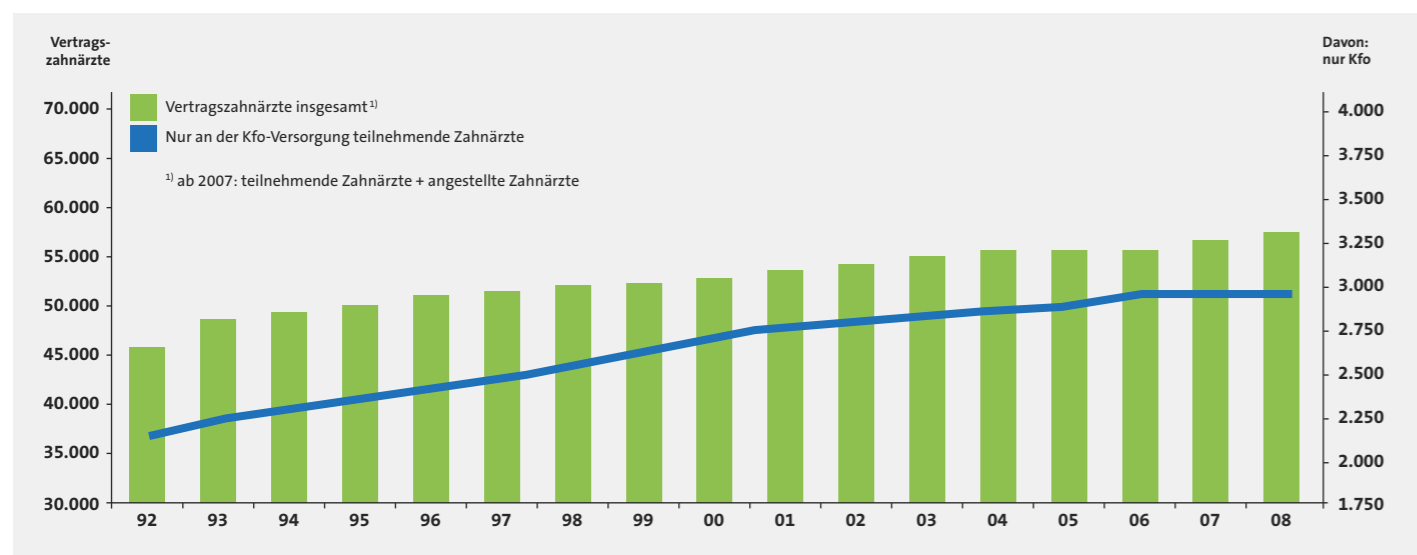
Das Abrechnungsverhalten von Zahnärzten bei privaten Leistungen wird regelmäßig überprüft. Dazu dient die jährlich durchgeführte, langfristig angelegte GOZ-Analyse, die gemeinsam von KZBV und Bundeszahnärztekammer unter Beteiligung des Instituts der Deutschen Zahnärzte durchgeführt wird.

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 2007 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kernergebnisse zum Liquidationsverhalten bei der Behandlung von

Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,49 für persönliche Leistungen und bei 1,90 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 69,5 % der Leistungen zum 2,3-fachen liquidiert. 7,6 % wurden unter dem 2,3-fachen und 22,9 % über dem 2,3-fachen GOZ-Faktor abgerechnet.



AN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ZAHNÄRZTE DEUTSCHLAND (1992 - 2008)



> Impressum

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

Redaktion: KZBV
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Dr. Reiner Kern, Andrea Kleu-Özcan, Eva-Marie von Loë

Layout: beau bureau, Stephan Wieneritsch

Fotos: KZBV/Heller; KZBV/Lopata; KZBV/modusphoto; Stock4B/F1 online