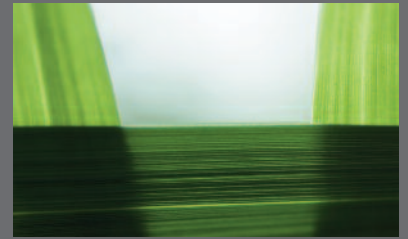
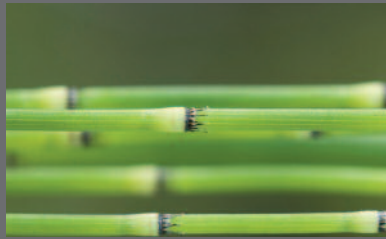
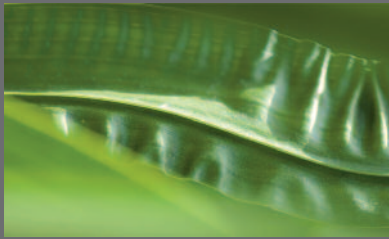


» Strukturen



GESCHÄFTSBERICHT 2009/2010 » KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



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

04 KZBV GESCHÄFTSBERICHT 2009/2010

Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum
von Juli 2009 bis Juni 2010.



Vorwort

Bei genauerer Betrachtung ist alles eine Frage passender Strukturen. Nun, sagen wir fast alles. Die Natur hat das schon immer verstanden. Sie ist erfinderisch und wandelbar, wenn es darum geht, sich widrigen Umweltbedingungen strukturell anzupassen. Ob es Schilf oder Bambus sind, die durch ihren besonderen Wuchs fest und flexibel zugleich den Elementen trotzen, ob es das menschliche Gebiss ist, das – gehalten nur durch einen filigranen Apparat – jahrzehntelang seinen aufreibenden Dienst verrichten kann: Immer hängt es am stimmigen Gefüge, der klugen Anordnung richtiger Details.

Was lyrische Naturbetrachtungen mit dem Gesundheitswesen zu tun haben? Auch hier geht es darum, die richtigen Strukturen zu installieren, damit eine gute medizinische Versorgung unter widriger werdenden Bedingungen gewährleistet werden kann. Wir müssen planvoll tätig sein, das Gefüge

der Gesetzlichen Krankenversicherung verändern und, wo nötig, um neue Details ergänzen. Nur so können wir den demografischen und medizinischen Herausforderungen der Zukunft begegnen.





Für die zahnmedizinische Versorgung gilt das in besonderem Maße. Sie findet heute in einem veränderten, wettbewerbsorientierten Umfeld statt und ist mit epidemiologischen und versorgungspolitischen Konsequenzen einer älter werdenden Gesellschaft konfrontiert. Die angestammten Strukturen reichen zur Bewältigung dieser neuen Aufgaben nicht mehr aus. Ein Beispiel ist die Budgetierung zahnärztlicher Leistungen. Sie ist mit der Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen völlig inkompatibel. Ein anderes Beispiel ist das GKV-Prinzip, das gesamte zahnmedizinische Leistungsspektrum darauf abzustimmen, dass alle Menschen zur persönlichen Mundhygiene und zum

Gang in eine Praxis fähig sind. Es wird der wachsenden Zahl von immobilen, pflegebedürftigen Menschen in der Gesellschaft nicht gerecht.

Wir brauchen Lösungen für diese Probleme. Der Vorstand der KZBV verfolgt eine langfristige Strategie zur Modernisierung der vertragszahnärztlichen Versorgung, die auch den sukzessiven Umbau der Organisation zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen umfasst. Diese Strategie ist getragen von der Vision, eine patientennahe, hochwertige Versorgung dauerhaft zu sichern und die Mundgesundheit in Deutschland weiter zu verbessern. An der Verwirklichung dieser Vision haben wir auch im zurückliegenden Jahr mit Konzepten und Vorschlägen gearbeitet – für ein stimmiges Gefüge, die kluge Anordnung richtiger Details, die passenden Strukturen.

Der Vorstand
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Inhaltsverzeichnis

	Strukturen	8
	> Für bedarfsgerechte Versorgung	9
	> Für angemessene Vergütung	11
	> Für fairen Wettbewerb	14
	Gestalten	16
	> Dialog mit der Politik	16
	> Innerzahnärztliche Kooperation	18
	Kommunizieren	20
	> Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	20
	> Die zm	24
	Vertragsgeschäft	28
	> Festzuschuss-System für Zahnersatz	28
	> Vereinbarungen für Angehörige von Bundeswehr und Polizei	28
	> Zusammenführung der Bundesmantelverträge	29
	> Elektronischer Datenaustausch	29



Qualität	30
> Förderung und Management von Qualität	30
> Qualitätssicherung	31
> Leitlinien	32
> Gutachterwesen	33



Digitales Gesundheitswesen	36
> EDV für die Praxis	36
> Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)	38
> Die elektronische Gesundheitskarte	39



Forschung	42
> Epidemiologische und sozial-medizinische Forschung	43
> Ökonomische Forschung	44
> Forschung zur zahnärztlichen Berufsausübung	46



Interne Organisation	50
> Personalplanung	50
> Haushalt	52



Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen	54
> Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung	55
> Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen	57
> Zahl der Zahnärzte	58
> Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen	59

Strukturen

Deutschland hat sich bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich in den letzten zwanzig Jahren sukzessive einen Spitzenplatz erobert. Die Karies ist auf dem Rückzug. Im europäischen Kontext weist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland einen vergleichsweise umfassenden Leistungskatalog auf. Die langfristige Strategie der Prävention von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen hat in vielen Bereichen Wirkung gezeigt. Zugleich ist der zahnmedizinische Sektor mit rund 290.000 Beschäftigten in den Praxen und weiteren ca. 100.000 von ihm abhängigen Arbeitsplätzen in Zahnlabors, Dentalhandel und -industrie ein wichtiger Beschäftigungszweig und Wirtschaftsfaktor.

Diese positive Entwicklung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die zahnmedizinische Versorgung in der GKV mit erheblichen Verwerfungen konfrontiert ist: Die Erfolge in der Prävention und die demografischen Veränderungen in der Gesellschaft rücken neue Versorgungsfragen in den Vordergrund, für die die tradierte Leistungsstruktur der GKV keine Antworten bereithält. Das überkommene Vergütungssystem für Vertragszahnärzte ist mit den veränderten Gegebenheiten am Versorgungsmarkt an vielen Punkten nicht mehr kompatibel und deshalb erneuerungsbedürftig. Und die einseitige Fokussierung der letzten Jahre auf bestimmte Wettbewerbsstrukturen und

-parameter birgt beileibe nicht nur Chancen, sondern auch Risiken für die qualitativ hochwertige, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung.

Deshalb ging es für die KZBV im zurückliegenden Geschäftsjahr um zweierlei: um die Etablierung neuer Strukturen, wo sie dringend benötigt werden, und den Erhalt bewährter Strukturen, die eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung der Patienten garantieren können.

	Beschäftigte	Umsatz (Mrd. €)
Zahnärzte	290.000	20
Apotheken	193.000	33
Facheinzelhandel mit Bekleidung	305.000	29
Holzgewerbe (ohne Möbelhersteller)	85.000	18
Textilgewerbe	79.000	13
Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	261.000	49

Für bedarfsgerechte Versorgung

> Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen

Die zahnmedizinische Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist grundsätzlich recht gut. Aber sie geht von ganz bestimmten Voraussetzungen aus: Davon, dass jeder volljährige Versicherte selbstständig seine Zähne pflegen und Mundhygiene betreiben kann. Davon, dass er zur Behandlung eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren kann. Der Leistungskatalog basiert also auf der Annahme, dass Versicherte weitgehend selbst die Verantwortung für ihre Mundgesundheit tragen können. Deswegen übernehmen die Krankenkassen bei Erwachsenen keine Präventionsleistungen. Deswegen ist die aufsuchende Zahnmedizin, bei der der Zahnarzt zum Patienten kommt und nicht umgekehrt, schwach ausgeprägt und nicht institutionalisiert.

Doch dieser Ansatz wird einer wachsenden Zahl von Menschen nicht gerecht, deren Mundhygienefähigkeit, Mobilität und/oder Kooperationsfähigkeit eingeschränkt sind. Die Zahngesundheit von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen ist deutlich schlechter als die anderer Bevölkerungsgruppen. Es gibt in Deutschland schätzungsweise 600.000 Menschen, die eine für die zahnmedizinische Betreuung relevante Behinderung haben. Und schon heute gibt es mehr als zwei Millionen Pflegebedürftige. Für viele von ihnen ist eine selbstbestimmte Mundhygiene oder der Gang in eine Zahnarztpraxis nicht mehr möglich. Aus zahnmedizinischer

Sicht ist die Morbidität in diesen Gruppen überdurchschnittlich hoch. Die darauf abgestimmte zahnmedizinische Betreuung erfordert einen hohen personellen, zeitlichen und apparativen Aufwand, der unter den derzeitigen politischen Rahmenbedingungen und im Katalog der regelhaften BEMA-Leistungen nicht ausreichend abgedeckt wird. Sie wird vor allem über ehrenamtliches Engagement und regionale karitative Initiativen bestritten, die die Versorgungslast aber nicht flächendeckend tragen können. Hier gibt es eine Versorgungslücke, die durch die demografische Entwicklung noch größer zu werden droht.

Bei Senioren ist die Zahngesundheit in den letzten Jahrzehnten zwar immer besser geworden, sie behalten immer länger immer mehr eigene Zähne und haben immer mehr hochwertige Zahnersatzversorgungen. Aber die langjährigen, erfolgreichen Bemühungen zur Zahnerhaltung werden schnell zunichte gemacht, wenn alte Menschen pflegebedürftig werden. In kurzer Zeit verschlechtert sich dann ihre Mundgesundheit und damit ihre ohnehin bereits eingeschränkte Lebensqualität. Die Zunahme geriatrischer und pflegebedürftiger Patienten stellt die zahnmedizinische Versorgung vor große Herausforderungen. Darauf verweist auch das Gutachten über „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 vorgelegt hat. Auch für die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen gibt es eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, nicht zuletzt,

da Deutschland im März 2009 die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifiziert hat. Sie verlangt den Vertragsstaaten ab, die präventiven und therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, „die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.“

Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, müssen auch die Defizite in der zahnmedizinischen GKV-Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen angegangen werden. Die KZBV hat daher gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) ein Versorgungskonzept erarbeitet, das Präventionsleistungen bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit vorsieht und durch entsprechende Anreize die Entwicklung einer strukturierten und flächendeckenden aufsuchenden Betreuung fördert. Das Konzept ist im Sommer 2010 von der Vertreterversammlung der KZBV verabschiedet und unter dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Es ist als Vorschlag für eine mögliche Ausgestaltung der Leistungen gedacht und geht davon aus, dass zunächst der Gesetzgeber das Recht der Betroffenen auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Sozialgesetzbuch V verbriefen muss. Auf Basis dieser Anspruchsgrundlage kann der Gemeinsame Bundesausschuss dann die Details in Richtlinien festlegen.



Die ersten Reaktionen der Politik auf das Konzept, das in zahlreichen Gesprächen mit Verantwortlichen aus Parlament und Regierung erörtert worden ist, sind positiv und vielversprechend.

> Parodontalerkrankungen

Die zahnmedizinische Versorgung ist mit einem weiteren epidemiologischen Problem konfrontiert, das ebenfalls überwiegend altersassoziiert auftritt und eine immer größere Bedeutung für die Versorgung erhält: die Verbreitung von Parodontalerkrankungen. Diese chronische Entzündung des Zahnhalteapparates zerstört in einem schubweise verlaufenden Prozess Gewebe und Knochen, die für die Verankerung der Zähne im Kiefer verantwortlich sind. Am Ende des meist langsam über Jahre oder Jahrzehnte verlaufenden Prozesses steht ohne adäquate Behandlung die Lockerung bzw. der Verlust von Zähnen – auch solchen, die frei von Karies oder Füllungen waren. Da das Risiko, an Parodontitis zu erkranken, mit zunehmendem Alter wächst und die Menschen immer älter werden, ist die Verbreitung der Erkrankung nicht überraschend. Ein weiterer Grund für die negative Entwicklung ist der an sich positive Umstand, dass bei Erwachsenen heute immer weniger Zähne durch Karies

verloren gehen, die erhaltenen Zähne aber mit zunehmendem Lebensalter ein steigendes Risiko für Parodontalerkrankungen bedeuten. In der Gruppe der 35 – 44-Jährigen sind heute ca. 20 Prozent, in der Gruppe der 65 – 74-Jährigen ca. 40 Prozent von einer schwereren, behandlungsbedürftigen Form der Erkrankung an mindestens einem Zahn betroffen. Gerade im Alter wird der Erhalt oraler Strukturen damit zu einem entscheidenden Faktor für Lebensqualität.

Parodontitis verläuft als ein komplexer, nicht durch eine Schnelltherapie zu „heilender“ Prozess, der eine systematische, dauerhafte zahnmedizinische Betreuung erfordert. Daraus resultieren therapeutische und versorgungspolitische Herausforderungen, die sich von denen im Bereich der Kariesbekämpfung erheblich unterscheiden. Die Forschung zu Ursachen und Therapie der Parodontitis haben in den letzten Jahren glücklicherweise gute Fortschritte gemacht. Die Leistungen der GKV sind aber deshalb schon lange nicht mehr „State of the Art“, eine systematische, nachhaltige Behandlung der Erkrankung gibt es hier nicht. Es droht eine Unterversorgung.

Die KZBV hat diese Herausforderung angenommen. Gemeinsam mit Wissenschaftlern der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund-

und Kieferheilkunde und der Bundeszahnärztekammer hat sie eine zeitgemäße, wissenschaftlich fundierte Behandlungsstrecke erarbeitet und konsentiert. Sie reicht von der Vorsorge bzw. Vorbehandlung über die non-invasive und invasive Therapie bis zur Nachsorge, die eine erneute Verschlechterung des Parodontalstatus vermeiden soll. Eine umfassende und nachhaltige Vorsorge und Therapie wird gerade angesichts der Zahl der Betroffenen erhebliche Kosten verursachen. Es steht zu befürchten, dass die gesetzliche Krankenversicherung sie nicht zur Gänze tragen können. Die KZBV hat daher zunächst das IGES-Institut beauftragt, den Einfluss der Einführung einer strukturierten Parodontalbehandlung auf die Ausgaben der GKV zu untersuchen. Es ist davon auszugehen, dass der Patient an den Kosten beteiligt werden muss. Seine Eigenbeteiligung ist aber auch aus anderen Erwägungen sinnvoll: Eine Parodontitistherapie hat nur dann Aussicht auf dauerhaften Erfolg, wenn der Patient mitarbeitet und eine intensive Mundhygiene betreibt. Seine finanzielle Mitverantwortung fördert die Compliance.

Für angemessene Vergütung

> Honorare in den neuen Bundesländern

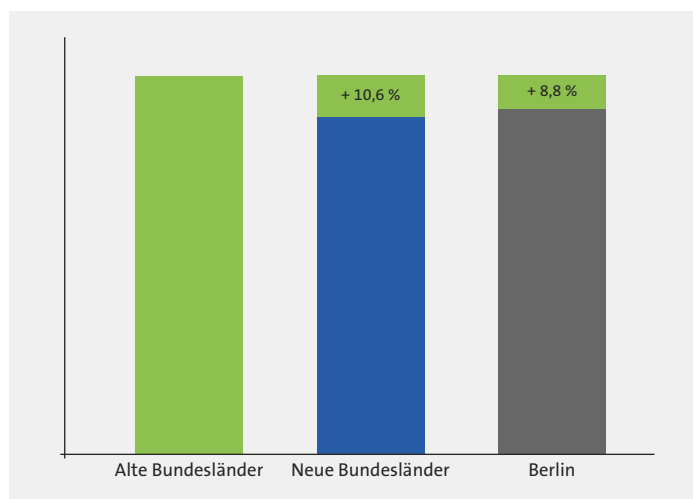
Seit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten ist es ein parteiübergreifend anerkanntes, gesamtgesellschaftliches Ziel, die Lebensverhältnisse in den neuen und den alten Bundesländern anzugleichen. In vielen Bereichen ist dies längst gelungen. Auch in der Gesundheitsversorgung wurden zahlreiche Schritte dazu unternommen. Entsprechend ist im ambulanten ärztlichen sowie im stationären Sektor die Angleichung der GKV-Vergütung weitgehend verwirklicht. Im vertragszahnärztlichen Bereich klafft zwischen Ost und West indes noch immer eine Differenz. Die Punktwerte bzw. Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern müssten um 10,6 Prozent angehoben werden, um das durchschnittliche Westniveau zu erreichen. Auch in Berlin wäre eine Anhebung um 8,8 Prozent notwendig. Bei den Kosten, die in den

Praxen anfallen, hat allerdings längst eine weitgehende Nivellierung stattgefunden. Entsprechend liegt das Einkommen vor Steuern im Osten deutlich niedriger als im Westen. Die Einkommensschere ist ein wesentlicher Grund dafür, dass für Zahnärzte wie Praxisteam eine Tätigkeit in den östlichen Bundesländern weniger attraktiv ist als in den westlichen. Eine Abwanderung qualifizierter Praxismitarbeiter droht. Zugleich gibt es aber aufgrund der höheren Morbidität zusätzlichen Behandlungsbedarf. Damit besteht ein strukturelles Defizit im zahnärztlichen Vergütungssystem.

Um dieses Defizit zu beheben, die vertragszahnärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern und Berlin zu fördern und langfristig zu sichern, drängt die KZBV seit Jahren darauf, dass die Honorare im Osten an das durchschnittliche Niveau der alten

Bundesländer herangeführt werden. Ein Konzept zur Umsetzung liegt vor. Dabei soll am bisherigen System der regionalen Vergütungsvereinbarungen festgehalten werden. Zur Finanzierung dieses überfälligen Schrittes sind ca. 167 Mio. Euro notwendig.

Nach den Wahlen im Herbst 2009 hat die neue Bundesregierung die Forderung der Zahnärzteschaft im Koalitionsvertrag erstmals grundsätzlich anerkannt. Im Sommer 2010 hat die KZBV regierungsseitig schließlich die Zusage erhalten, dass die Anpassung der Ost-Honorare nun zeitnah implementiert werden soll. Die Zahnärzteschaft erwartet jetzt die baldige und vollständige Umsetzung dieser Zusage. Damit wäre für die KZBV ein zentrales Element der notwendigen Reform der vertragszahnärztlichen Vergütung endlich verwirklicht.



ANPASSUNGSBEDARF DER PUNKTWERTE/GESAMTVERGÜTUNGEN



> Budgets

Die vertragszahnärztliche Versorgung unterliegt – mit Ausnahme des Bereichs Prothetik – noch immer einer strikten Budgetierung, die sich an der jährlichen Entwicklung der Grundlohnsumme, also der Summe sozialversicherungspflichtiger Arbeitsentgelte in Deutschland, orientiert. Die Budgetierung hat im Jahr 2008 dazu geführt, dass die Zahnärzte in der GKV rein rechnerisch ca. 1,7 Mio. Patienten umsonst behandelt haben, da Leistungen mit einem Volumen von rund 148 Mio. Euro aufgrund von Budgetüberschreitungen nicht vergütet wurden.

Die Überschreitungen gehen vor allem darauf zurück, dass seit 1997 starre, unveränderte Budgetregeln gelten, die mit der Entwicklung der Versorgungsrealität nicht standhalten. Sie sehen vor, dass die Gesamtvergütung, die eine Krankenkasse mit befreiender Wirkung für die zahnmedizinische Betreuung ihrer Versicherten zur Verfügung stellt, von einem Jahr zum nächsten nur hinsichtlich der Mitgliederzahl der Krankenkasse und der Entwicklung der Grundlohnsumme angepasst wird. Nicht berücksichtigt werden zwi-

schenzeitlich eingetretene Wanderungsbewegungen der Versicherten, die zu Veränderungen in der Mitgliederstruktur der Kassen und damit auch zu Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen führen. In der Konsequenz bleiben die Budgets „blind“ gegenüber dem tatsächlichen Mittelbedarf, der aus der veränderten Struktur des Versichertenbestandes einer Kasse und dessen spezifischem Inanspruchnahmeverhalten resultiert. Folglich unterschreiten einzelne Kassen, deren Versicherte weniger Leistungen in Anspruch nehmen als in der Vergangenheit, die angesetzten Budgets. Die Differenzbeträge bis zur Budgetgrenze verbleiben bei diesen Kassen und stehen für die Patientenversorgung nicht zur Verfügung. Bei anderen Kassen, deren Versicherte mehr Leistungen abfordern als in der Vergangenheit, reicht das Budget hingegen nicht aus. Die Überschreibungsbeträge werden aber nicht ausbezahlt. Die verschiedenen Budgets sind also untereinander nicht ausgleichsfähig. Könnten Budgetüberschreitungen bei einer bzw. mehreren Kassen mit Budgetunterschreitungen bei anderen Kassen verrechnet werden, hätte der tatsächliche Fehlbetrag für nicht vergütete Leistungen im Jahr 2008 nur bei ca. 34 Mio. Euro gelegen.

Budgets sind leistungsfeindlich und können die Versorgung der Patienten gefährden. Ihre Abschaffung ist ebenso notwendig wie möglich. Im ambulanten ärztlichen und stationären Sektor ist sie bereits weitgehend verwirklicht worden, im zahnärztlichen Sektor ist sie überfällig. Die Furcht, dass die Entbudgetierung zahnärztlicher Leistungen zu unkontrollierten Ausgabensteigerungen für die Krankenkassen führen könnte, ist unbegründet. Die Zahnmedizin ist kein Kostentreiber, vielmehr ist ihr Anteil an den Leistungsausgaben der GKV seit langen Jahren konsequent rückläufig und beträgt heute nur noch ca. sieben Prozent. Im Bereich Zahnersatz kam es nach der Einführung des neuen Systems befundbezogener Festzuschüsse im Jahr 2005, die den Versorgungsbereich zugleich von den Budgets befreit haben, zu einem Rückgang der GKV-Ausgaben.

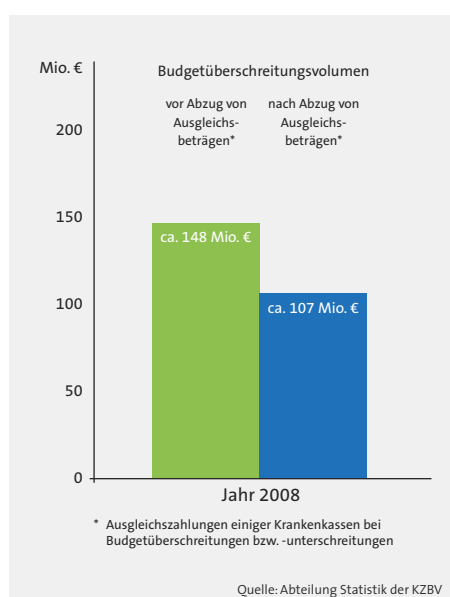
Die Politik hat nach intensiver Überzeugungsarbeit der KZBV mittlerweile grundsätzlich anerkannt, dass starre, an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelte Budgets überholt sind. Nach der Bundestagswahl im Herbst 2009 haben die Regierungsfractionen dieses Erkenntnis in ihrem Koalitionsvertrag dokumentiert.

Allerdings blieb zunächst unklar, wann bzw. mit welchen Schritten und ggf. anderen Steuerungsinstrumenten der Gesetzgeber den Missstand angehen würde. Auch deshalb hat die KZBV die Initiative ergriffen und zusammen mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ein Eckpunktepapier erarbeitet, das im Juni 2010 veröffentlicht wurde. Im Zentrum der Überlegungen steht die gemeinsame Forderung von Zahnärzteschaft und Ersatzkassen an die Politik, die überfällige Reform des vertrags-

zahnärztlichen Vergütungssystems anzugehen.

Mitte 2010 bleibt allerdings nüchtern festzuhalten, dass der Gesetzgeber die Budgetierung im Zuge der Bemühungen, die Finanzen der GKV zu konsolidieren und ihr Defizit durch Einsparungen in den Griff zu bekommen, kurzfristig verschärft hat: Ab 2011 soll die Anpassung der zahnärztlichen Gesamtvergütung für die Dauer von zwei Jahren auf die Hälfte der Grundlohn-

summensteigerung begrenzt, also um 50 Prozent reduziert werden. Für die Praxen bedeutet das zusätzliche Honorarverluste in zweistelliger Millionenhöhe. Zugleich scheint aber in allen Fraktionen des Bundestages die Einsicht gereift zu sein, dass eine Strukturreform mit Abschaffung der starren Budgetierung zeitnah erfolgen muss, was auch der KZBV ein zentrales Anliegen bleiben wird.



AUSWIRKUNGEN DER BUDGETIERUNG IM ZAHNÄRZTLICHEN BEREICH

Für fairen Wettbewerb

Die Budgetierung ist das augenfälligste Beispiel dafür, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung leistungs- und wettbewerbsfeindliche Faktoren fortbestehen, obwohl sämtliche Akteure im Gesundheitswesen grundsätzlich für eine stärkere Wettbewerbsorientierung votieren. Auch die Zahnärzteschaft hat die Einführung von Wettbewerbselementen in der GKV befürwortet und sie mit der Einführung des Festzuschussystems für Zahnersatz auch verwirklicht. Notwendig ist aber ein Wettbewerb um eine effiziente, qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten, in dem es Wahlmöglichkeiten und Handlungsspielräume für Patienten und Zahnärzte gibt. Falsch ist ein reiner Preiswettbewerb, bei dem die qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung auf der Strecke bleibt. Sie darf nicht zum Spielball im Vertragsgeschäft werden. Einkaufsmodelle und Selektivverträge, die der Gesetzgeber mit der Einführung des § 73c in das SGB V ermöglicht hat, sind deshalb der falsche Weg.

>Selektivverträge

Im Jahr 2009 hat erstmals eine große bundesweit agierende Krankenkasse mit einer Management-Gesellschaft einen Strukturvertrag geschlossen, der die Versorgung ihrer Versicherten mit billigem Zahnersatz zum Ziel hat. Verträge dieser Art erweisen sich als höchst problematisch, da sie die Qualität der Patientenversorgung gefähr-

den, als Instrument zur Absenkung der zahnärztlichen Honorare und zur Navigation von Patienten eingesetzt werden und so den einzelnen Zahnarzt in eine Abhängigkeit von der asymmetrischen Marktmacht großer Kassen bringen können. Selektivverträge sind überdies inkompatibel mit der Budgetierung. Sie führen, da die Budgets um die über Selektivverträge erbrachten Leistungen gekürzt werden müssen, zu einer Kannibalisierung der Gesamtvergütung. Einzelverträge, die eine Substitution bzw. Erosion des Kollektivvertragssystems zum Ziel haben, zerstören auf Dauer die hochwertige und wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung in Deutschland.

Die KZBV hat sich deshalb für eine Streichung des § 73c bzw. dafür eingesetzt, dass er zukünftig für die vertragszahnärztliche Versorgung keine Geltung mehr hat. Allerdings macht die politische Positionierung der Parteien in Bundestag und Bundesregierung einen solchen Schritt nicht sehr wahrscheinlich. Eine Alternative zur derzeit kaum mehrheitsfähigen Herauslösung der vertragszahnärztlichen Versorgung aus dem Selektivvertragsumfeld läge in einer ordnenden Konkretisierung des § 73c: Die KZBV hat deshalb vorgeschlagen, den Abschluss einschlägiger Verträge auf der einen Seite den Krankenkassen und auf der anderen Seite den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) vorzubehalten, also

den Abschluss von Strukturverträgen mit fachfremden Management-Gesellschaften auszuschließen. Zwei wichtigen Umständen würde damit Rechnung getragen: Erstens dem Umstand, dass die KZVen exklusive Vertragskompetenzen brauchen, um ihrer ureigensten Aufgabe nachkommen zu können, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zweitens dem Umstand, dass KZVen in Zukunft Möglichkeiten brauchen, die bestehenden Vertragsstrukturen um innovative Versorgungselemente für Versicherte zu ergänzen. § 73c ist dafür ein möglicher Weg.

Nach einer experimentellen Phase, in der KZVen auf Basis des 2007 eingeführten § 73c erste Ergänzungsverträge abgeschlossen haben, ist heute klar, dass solche kollektiven Ergänzungsverträge bestimmten Kriterien genügen sollten, um Patienten wie Zahnärzten positive Effekte beschermen zu können. KZBV und KZVen haben dazu im März 2010 eine gemeinsame Position entwickelt: Im Hinblick auf den Patienten sind Ziel und Zweck der Verträge gerade die Förderung von Innovation bzw. Flexibilisierung der GKV-Versorgung und der Abbau von spezifischer Unterversorgung (z.B. im Bereich der Alters- und Behinderten-zahnheilkunde).

Aus zahnärztlicher Sicht ist der Erhalt der Freiberuflichkeit in unternehmerischer Selbstbestimmung immanente Vorausset-

zung für den Abschluss von Verträgen. Sie sollten niedrige Eingangsschwellen haben und grundsätzlich allen Vertragszahnärzten offenstehen. Sie sollten die Qualität zu fairen Bedingungen fördern. Das bedeutet, dass ein Mehr an zahnärztlicher Leistung auch ein Mehr an Honorar mit sich bringen muss, und dass Leistungen jenseits des BEMA grundsätzlich nach der GOZ zu vergüten sind. Die Umsetzung in der Praxis muss ohne aufwändige Bürokratie und mit geringen Transaktionskosten über die KZVen möglich sein.

Kollektive Ergänzungsverträge sollten so konzipiert sein, dass sie die Vertragshoheit und Wettbewerbsfähigkeit der KZVen berücksichtigen und erhalten. Die Konzeption kann regional und/oder zentral in Form modellhafter Rahmenverträge mit einheitlichen Untergrenzen erfolgen. Die Honorarabwicklung sollte über Kostenerstattung oder via KZVen möglich sein. Die Verträge sollten so strukturiert sein, dass die Hoheit über erhobene Daten bei den KZVen liegt, Regelungen für etwaige Kassenfusionen getroffen, Mindestlaufzeiten vereinbart werden und ein Vertrag nach Kündigung durch die KZV tatsächlich nicht mehr zur

Anwendung kommt. Bei Krankenkassen, die die Budgets überschreiten, ist ein Vertragsabschluss kritisch zu prüfen.

Um das Kollektivvertragssystem nicht zu gefährden, sollten Ergänzungsverträge nur solche Bedarfe abdecken, die durch den GKV-Leistungskatalog nicht bereits abgedeckt sind – es sei denn, sie zielen auf die Deregulierung des Leistungsgeschehens ab, etwa durch die Herstellung einer Mehrkostenfähigkeit für gesetzliche Leistungen. Eine Budgetierung der Leistungen von Ergänzungsverträgen bzw. eine Bereinigung der Budgets für BEMA-Leistungen ist kontraproduktiv. Die Krankenkassen müssen die finanziellen Mittel für 73c-Verträge zusätzlich zur Verfügung stellen.

>Öffnungsklausel in der GOZ

Besonders kritisch ist der Umstand, dass auch im Bereich der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) Regelungen im Gespräch sind, die der problematischen selektivvertraglichen Option des § 73c stark ähneln. Der bereits im Herbst 2008 vorgelegte Referentenentwurf für die lange überfällige Neufassung der GOZ sah

die Einführung einer Öffnungsklausel für abweichende Regelungen in Verträgen von PKV-Unternehmen oder Beihilfeträgern mit Zahnärzten oder Gruppen von Zahnärzten vor. Eine solche Klausel würde es privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglichen, die schützende Funktion der Gebührenordnung zu unterlaufen und Zahnarztpraxen vertraglich zu dominieren. Sie birgt damit ein erhebliches Risiko für die Entstehung von Preisdumping.

Der Entwurf der GOZ-Novelle, der in der Zahnärzteschaft auf massive Kritik stieß, wurde zwar in der letzten Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet und nach der Bundestagswahl im Herbst 2009 von der neuen Bundesregierung zurückgezogen. In der laufenden Legislaturperiode wird die Novellierung der privaten Gebührenordnung aber erneut auf der Tagesordnung der Gesundheitspolitik stehen. Bis zum Sommer 2010 gab es keine Signale der Bundesregierung, auf eine Öffnungsklausel grundsätzlich zu verzichten. Die KZBV wird dieses Ziel aber im Schulterschluss mit der Bundeszahnärztekammer weiterverfolgen, um ein faireres Wettbewerbsumfeld für Zahnärzte zu schaffen.



Gestalten

Dialog mit der Politik

Wer die Strukturen im Gesundheitswesen mitgestalten will, braucht den kontinuierlichen Kontakt zur Politik. Dreh- und Angelpunkt der Interessenvertretung der KZBV gegenüber Bundesregierung, Parlament und Parteien ist die Berliner Vertretung, die seit März 2009 in der Berliner Behrenstraße unweit von Reichstag und Bundeskanzleramt ihren Sitz hat.

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. Schwerpunkt der Arbeit im zurückliegenden Jahr war es, die zentralen Reformpositionen der Zahnärzteschaft vom Ost-West-Ausgleich über die Abschaffung der Bud-

gets bis hin zur stärkeren Berücksichtigung des Prinzips der Kostenerstattung rund um die Bundestagswahlen im gesundheitspolitischen Diskurs zu verankern. Schon im Vorfeld der Wahlen hat die KZBV zahlreiche Gespräche mit Vertretern der verschiedenen Fraktionen geführt und Wahlprüfsteine aufgestellt. Anschließend ging es unter der neuen Regierungskonstellation darum, die Themen im Koalitionsvertrag zu fixieren und damit auf die gesundheitspolitische Reformagenda der neuen Legislaturperiode zu bringen. Dies ist über weite Strecken gelungen: In der Koalitionsvereinbarung wurden freiberufliche Strukturen und die freie Arztwahl als Grundlage für eine solide, präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung anerkannt und eine positive Bilanz zum Festzuschusssystem für Zahnersatz gezogen. Der Vertrag stellt eine Vereinfachung der Kostenerstattung durch den Abbau bürokratischer Hürden in Aussicht. Er bestätigt, dass die GOZ an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden soll. Vor allem aber bekennt sich

die Regierungskoalition dazu, dass die vertragszahnärztliche Vergütung in den neuen Bundesländern angepasst werden muss, und dass die Ausgabensteuerung durch eine strikte Grundlohnsummenanbindung überholt ist, die hergebrachte Budgetierung also durch neue Regelungen abgelöst werden soll.

Über die konkrete Ausgestaltung einzelner gesundheitspolitischer Reformvorhaben sagt eine Koalitionsvereinbarung naturgemäß nichts. Mit umso mehr Spannung war daher zu erwarten, wie die positiven Ankündigungen der Politik einfließen würden in die anstehende Reformgesetzgebung. Die Diskussion um die dringende Reform der GKV-Finanzierung gestaltete sich zunächst schwierig und offenbarte erhebliche Differenzen zwischen den Koalitionspartnern. Die Arbeit der noch im Winter eingesetzten Regierungskommission für die Finanzreform verlief zunächst ergebnislos. Ein im Juni vom Bundesgesundheitsminister vorgelegter Finanzierungs-



DISKUSSIONSFORUM AM 2. JULI 2010 IN BERLIN

vorschlag fiel den Interessendivergenzen vor allem zwischen CSU und FDP zum Opfer. Anders als zunächst erwartet und angekündigt, lagen damit Ende Juni 2010 noch keine konsentierten Reformeckpunkte auf dem Tisch. Es folgte allerdings die Vorlage eines Konsolidierungsplanes durch die CDU-Abgeordneten Spahn und Koschorrek. Darin wurden zwar mittelfristig strukturelle Reformen des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems in Aussicht gestellt, kurzfristig aber sogar weitere Restriktionen der Budgetierung durch den Verzicht auf die jährliche Grundlohnsummensteigerung angedacht.

Ohne dass die Regierung bis dahin einen verbindlichen Reformkompass vorgelegt hätte, fand am 2. Juli 2010 im Vorfeld der

Vertreterversammlung der KZBV ein Diskussionsforum zur Reform der vertragszahnärztlichen Vergütung statt. Vertreter der Bundestagsfraktionen und der Selbstverwaltung waren vor 200 Gästen in Berlin zu einer Podiumsdiskussion mit dem KZBV-Vorstand geladen. Auch wenn sich die teilnehmenden Abgeordneten zur Finanzierungsreform der GKV in dieser Situation erwartungsgemäß eher bedeckt hielten, wurden zwei entscheidende Punkte dennoch klar bestätigt: Die Anpassung der zahnärztlichen Honorare in den neuen Bundesländern ist eine parteiübergreifend anerkannte Notwendigkeit, und der Handlungsbedarf bei der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist unstrittig.

Nicht nur Fachveranstaltungen, auch soziale Ereignisse dienen der Pflege und dem Ausbau der politischen Kontakte. 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 hat sich längst zu einer festen Institution im hauptstädtischen Veranstaltungskalender etabliert, und die Zahl der Anmeldungen übersteigt regelmäßig die Kapazitäten des Veranstaltungsortes. Auch beim diesjährigen Event, das am 4. Mai 2010 auf dem Dach des Reichstages ausgerichtet wurde, boten sich zahlreiche Gelegenheiten zum informellen Austausch. Zu Gast war unter anderen Bundesgesundheitsminister Rösler.





Innerzahnärztliche Kooperation

Die KZBV braucht als Dachverband die größtmögliche Legitimation ihrer Mitgliedsorganisationen und der 55.000 Vertragszahnärzte in Deutschland, um als Interessenvertretung in Politik und Selbstverwaltung erfolgreich ihre Ziele vertreten zu können. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung werden daher in der Vertreterversammlung als höchstem parlamentarischem Gremium der KZBV diskutiert und mandatiert. Sie tagte im November 2009 in München und Anfang Juli 2010 in Berlin.

In der Zeit zwischen den Vertreterversammlungen findet zwischen KZBV und KZVen eine engmaschige Abstimmung über den aus den ersten Vorsitzenden aller KZVen bestehenden Beirat der KZBV statt, der insgesamt acht Mal zusammenkam. Wesentliche Vorarbeiten für Beirat und Vertreterversammlung kommen aus Facharbeitsgrup-

pen, die mit Vertretern aus Bund und Regionen besetzt sind. Sie werden aufgabenspezifisch eingerichtet und haben in den letzten Monaten vor allem Fragen zum Vertragsmanagement und zur Reform des zahnärztlichen Vergütungssystems bearbeitet.

Darüber hinaus stimmt sich die KZBV auch mit ihrer Schwesterorganisation, der Bundeszahnärztekammer ab, damit der zahnärztliche Berufsstand in Grundsatzfragen mit einmütigen Positionen an die Politik herantreten kann. Dazu findet regelmäßig ein Jour fixe beider Organisationen auf Vorstandsebene statt.

Doch die Konzertierung zahnärztlicher Interessenpolitik ist längst nicht mehr auf den nationalen Rahmen zu beschränken. Angesichts der Internationalisierung der Gesundheitsmärkte und der zunehmenden

überstaatlichen Regelungsintensität in der Europäischen Union setzt die KZBV verstärkt auf grenzüberschreitenden Austausch. In einem Ausschuss für internationale Zusammenarbeit koordiniert sie mit der Bundeszahnärztekammer und dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte ihre Aktivitäten in internationalen Organisationen.

Größte dieser Organisationen ist die Fédération Dentaire International (FDI). Auf ihrem 97. Weltkongress, der Ende August/Anfang September 2009 in Singapur stattfand, gab es in der Generalversammlung intensive Diskussionen zur Positionierung bezüglich der Verwendung von Amalgam als Füllungswerkstoff, die zu einer gemeinsamen FDI-Entscheidung führten. Außerdem wurden neue offizielle Stellungnahmen verabschiedet, u. a. zu „Zahnlosigkeit und allgemeine Gesund-

heitsprobleme bei älteren Menschen“ und „Dentinhypersensitivität“. Drei vorgesehene Stellungnahmen, darunter „Material zum Bleichen von Zähnen“ und „Wasserleitungen in Dentaleinheiten“, wurden nach heftiger Diskussion wie von der deutschen Delegation gewünscht zurückgezogen.

Im armenischen Eriwan tagte am 29./30. April 2010 die Europäische Regionale Organisation der FDI (ERO). In allen wichtigen Arbeitsgruppen sind deutsche Delegierte vertreten. Die AG „Qualität“ arbeitet an einer einheitlichen Definition für den Qualitätsbegriff, die AG „Das zahnärztliche Team“ bereitet angesichts der europaweit sehr unterschiedlichen Qualifikationen der zahnärztlichen Hilfsberufe ein gemeinsames Profil zur Ausbildung der Chairside Assistant vor. Die AG „Freie zahnärztliche Berufsausübung“ hat eine Bestandsaufnahme zur Rolle von Selektivverträgen in

der zahnärztlichen Versorgung der Mitgliedsstaaten durchgeführt. In sieben der 22 Staaten, die sich an einer entsprechenden Befragung beteiligt haben, sind selektivvertragliche Regelungen existent oder in Verhandlung. Aus den Rückmeldungen wurde deutlich, dass eine Einflussnahme auf die freie Berufsausübung, die freie Arztwahl und Therapieentscheidungen befürchtet wird.

Die Interessen der Zahnärzteschaft innerhalb der Europäischen Union werden vom Council of European Dentists (CED) vertreten. Auf seiner Vollversammlung am 20. November 2009 in Brüssel wählte der CED einen neuen Vorstand mit Dr. Wolfgang Doneus (Österreich) als Präsident und Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (Deutschland) als Vizepräsident. Ende Mai verabschiedete die Vollversammlung in Santiago de Compostela eine Resolution, die die

gegenseitige Anerkennung zahnärztlicher Qualifikationen bzw. die freie Berufsausübung innerhalb der EU-Staaten und die Überarbeitung der entsprechenden EU-Richtlinie unterstützt. Zugleich sprach sich die Versammlung für eine enge Zusammenarbeit zwischen Heilberuflern, Patienten, Entscheidungsträgern und Wissenschaftlern bei Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung aus. Allerdings wurde auch auf Probleme bei der internationalen Vergleichbarkeit von Daten verwiesen. Einheitliche Qualitätsstandards für die EU-Staaten wurden strikt abgelehnt.

Kommunizieren

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

Doch dieses tradierte Verständnis von Funktionen und Aufgaben der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist heute nicht mehr ausreichend. Der Grund dafür liegt in einer dramatischen Veränderung der Medienlandschaft und der Parameter, unter denen

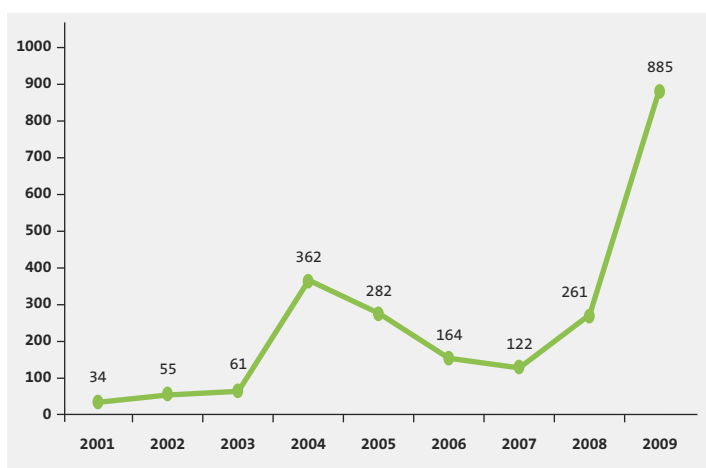
Kommunikation stattfindet: Kommunikationskanäle sind kein knappes Gut mehr, das Internet hat mit Foren, Blogs, Medienplattformen und sozialen Netzwerken die klassische Rollenteilung zwischen Produzenten und Konsumenten von Nachrichten und anderen Informationen verwischt. Die technische Entwicklung führt zur Konvergenz der Mediensparten, erweiterte Bandbreiten machen mobiles Internet mit einem großen Anteil an Bewegtbildkommunikation allmählich zum Standard.

Auch die KZBV muss und will sich diesen Veränderungen stellen, die neuen technischen Möglichkeiten nutzen, stärker auf das bewegte Bild setzen, ihre webbasierte Kommunikation und interaktive Formen des Informations- und Meinungsaustauschs ausbauen. Vor diesem Hintergrund sind im Frühjahr 2010 die Vorarbeiten für einen umfangreichen Relaunch der Website www.kzbv.de angelaufen. Sie soll inhaltlich wie gestalterisch auf ein neues Fundament gestellt und mit einem zeitgemäßen

Content-Management-System gekoppelt werden. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Schaffung von Barrierefreiheit gelegt, die gerade für eine Organisation im Gesundheitswesen besondere Verpflichtung sein muss.

> Medien

Die Vielgestaltigkeit der Medienlandschaft erfordert eine wachsende Filter- und Selektionsleistung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Die tägliche Beobachtung und Auswertung von Medien über elektronische Pressespiegel, Agenturdienste und Online-Screenings nimmt daher immer mehr Zeit in Anspruch. Doch sie ist unabdingbare Voraussetzung für die Einordnung und Vermittlung zahnärztlicher Themen und Botschaften in der öffentlichen Diskussion um Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Die oft sehr fachspezifischen Konzepte der Zahnärzteschaft müssen aufbereitet, für Laienmedien oder Endverbraucher „übersetzt“ und zeitnah in



MEDIENPRÄSENZ DER KZBV: ZAHL DER VERÖFFENTLICHUNGEN

adäquater Form distribuiert werden. So hat die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit beispielsweise die Fertigstellung des Konzeptes zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen redaktionell intensiv begleitet und binnen kürzester Frist für Layout, Druck und Distribution einer Broschüre gesorgt. Eine Pressekonferenz wurde organisiert, auf der die beteiligten zahnärztlichen Organisationen das Konzept im Juni 2010 vorgestellt haben. Defizite der GKV in der Alters- und Behinderten-zahnheilkunde sowie Ansätze zu deren Behebung waren außerdem Gegenstand zahlreicher Einzelgespräche mit Journalisten.

Die Pressearbeit der KZBV setzt auf seriöse, belastbare Informationen, Transparenz und einen offenen, kontinuierlichen Dialog

mit Medienvertretern. Dieser Ansatz zahlt sich aus: Im Jahr 2009 hat die Resonanz der Organisation in den Medien den höchsten Wert erreicht, der seit dem Beginn systematischer Auswertungen zu verzeichnen war (siehe Grafik).

> Zahnärzte

Auch der berufspolitische Diskurs innerhalb der Zahnärzteschaft bedarf der kommunikativen Begleitung. Wie wichtig sie gerade bei neuen Entwicklungen ist, die innerhalb des Berufsstandes naturgemäß zunächst unterschiedliche Einschätzungen erfahren, wurde im zurückliegenden Jahr vor allem bei der Frage nach dem Umgang mit der zunehmenden Verbreitung von Selektivverträgen durch Managementgesellschaften deutlich. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat Problemaufrisse

und strategische Grundüberlegungen in die Debatte eingespeist, ein Kommunikationskonzept zum Umgang der KZV-Landschaft mit dem Phänomen der Einzelverträge entworfen und eine hochrangige Arbeitsgruppe aus KZV-Vorständen in der Diskussion um angemessene Reaktionen fachlich unterstützt. Selektivverträge waren im Februar 2010 in Frankfurt auch zentrales Thema der jüngsten Koordinierungskonferenz Presse- und Öffentlichkeitsarbeit – einer halbjährlich durchgeführten Veranstaltung, über die die Presseverantwortlichen von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ihre Aktivitäten koordinieren. Auch andernorts wurden Kommunikationsräume für Fachdiskussionen und den Austausch innerhalb der Zahnärzteschaft geschaffen. So hat die KZBV gemeinsam mit der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften

Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

Konzept zur vertragszahnärztlichen
Versorgung von Pflegebedürftigen
und Menschen mit Behinderungen





in Speyer im November 2009 ein weiteres Symposium organisiert, auf dem Berufsstand, Wissenschaft und Politik über „Die Reform der vertragszahnärztlichen Vergütung“ debattiert haben.

Teil der Dienstleistungsfunktion der KZBV ist es, den Praxen die Implementierung gesetzlicher Neuerungen zu erleichtern. Sie sorgt für die kontinuierliche Aktualisierung von Materialien, beispielsweise zur Umsetzung des Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz. So wurde zum Jahreswechsel 2009/2010 ein Update für die Digitale Planungshilfe (DPF) veröffentlicht, die individuelle Befunde und Therapien für Zahnersatz visualisieren und die anzusetzenden Festzuschüsse per

Mausklick ermitteln kann. Die Abrechnungshilfe zum Festzuschussystem für die Praxen erfuhr eine aktualisierte Neuauflage und im Sommer wurde eine neue DPF-Version auf CD-ROM an die Praxen der 55.000 Vertragszahnärzte in Deutschland ausgeliefert. Darin waren die jüngsten Richtlinien-Änderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses implementiert, so dass eine korrekte Anwendung der Festzuschussystems in den Praxen gewährleistet bleibt.

> **Patienten**

Natürlich darf sich die Unterstützung der Vertragszahnärzte nicht in der Implementierung gesetzlicher Vorgaben erschöpfen. Die KZBV will auch zur Stärkung der Kom-

munikation zwischen Patient und Zahnarzt beitragen. Schließlich findet der größte Teil zahnmedizinischer Beratung naturgemäß in der Zahnarztpraxis statt. Allerdings unterliegt das Verhältnis zwischen Mediziner und Patient in den letzten Jahren einem erheblichen Wandel. Stichworte wie „partizipative Entscheidungsfindung“ und „Patientensouveränität“ markieren eine Entwicklung, in deren Zentrum eine stärker partnerschaftlich orientierte 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 finan-

TASCHENPLAGE?
 WIE SIE DIE ZÄHN- UND ZAHNKRÖNE MIT DEN ZAHNEN IN IHREM ZAHNARZT
 Zahn • Periodontitis • Was hat zur Vorbeugung? • Was befeuchtet? • Wer bezahlt was? • Text

HERZLICH WILLKOMMEN!
 HIER ERFAHREN SIE ALLES ÜBER PARODONTITIS - AN AN DEN TASCHEN!

HEBEN SIE IHRE AKTIVEN TASCHENFÄDER!

ziellen Eigenbeteiligung der Versicherten wichtiger denn je. Gleichwohl muss sie anerkennen, dass zwischen Patient und Zahnarzt grundsätzlich eine asymmetrische Informationslage besteht. Je neutraler und fachlich fundierter die Möglichkeiten des Versicherten sind, sich in einem mittlerweile stark von marketingorientierten Angeboten geprägten Versorgungsmarkt über Erkrankungen und Therapien zu informieren, desto eher kommt eine partnerschaftliche Entscheidung zustande. Neutrale und fachlich fundierte Information wird auch deshalb immer wichtiger, weil der Patient unter anderem durch das

Aufkommen von Arztbewertungsportalen immer mehr in die schwierige Rolle einer Bewertungsinstanz für (zahn)medizinische Dienstleistungen gerät.

Die KZBV baut daher unter anderem eine modular strukturierte Reihe von wissenschaftlich abgesicherten Patienteninformationsbroschüren auf. Die Broschüre zur Füllungstherapie hat dank großer Nachfrage bereits einen Nachdruck erfahren, die Info zu Parodontalerkrankungen steht seit 2009 zur Verfügung und eine weitere Veröffentlichung zum Thema Prophylaxe ist in Arbeit. Daneben geht es der KZBV

aber auch um die langfristige Verbesserung des Problembewusstseins für zahnmedizinische Erkrankungen in der Bevölkerung. Sie ist bereit, dafür auch neue Wege zu gehen. Gemeinsam mit einem Team aus Studierenden der Gesellschafts- und Wirtschaftskommunikation der Universität der Künste in Berlin hat die Kommunikationsabteilung eine Aufklärungskampagne zur Verhütung von Parodontalerkrankungen konzipiert. Bausteine der Kampagne sind bereits zum Jahreswechsel 2009/2010 umgesetzt worden – in Form von Recallkarten für die Praxen und der Website www.taschenplage.de.



Die zm

Am 2. Juli 2010 haben die zm ihr 100-jähriges Jubiläum begangen. Seit der ersten Ausgabe im Jahr 1910 hat sich das offizielle Organ von Bundeszahnärztekammer und KZBV immer wieder veränderten Zeitläuften, technischen Neuerungen und gesundheitspolitischen wie berufsspezifischen Herausforderungen gestellt.

Das 100. Erscheinungsjahr war zugleich das Jahr eins nach dem Umzug der zm nach Berlin. Trotz erheblicher personeller Veränderungen hat sich die Redaktion an ihrem neuen Standort schnell etabliert. Der Wechsel hat eine engere Anbindung an das politische Geschehen in der Hauptstadt ermöglicht. Das neue, sukzessive optimierte Redaktionssystem hat die Zusammenarbeit der Redaktion mit den Bereichen Herstellung und Druck des Deutschen Ärzteverlages in Köln auch auf Distanz gewährleistet.

> Berufspolitik

Ihrer angestammte Aufgabe, die berufspolitische Arbeit der Zahnärzteorganisationen gegenüber Deutschlands Zahnärzten

darzustellen, sind die zm auch im zurückliegenden Jahr konsequent nachgegangen. Zentrale Themen der Gesundheitspolitik am Regierungssitz waren die Vorbereitung auf die Bundestagswahlen (unter anderem zm 17 und 20/09), die Diskussion um Qualitätssicherung (zm 19 und 22/09), die Wirkung von Selektivverträgen (zm 19/09 sowie 7, 9 und 10/10), der Delegationsrahmen für zahnärztliche Fachangestellte (zm 19/09), und das Thema Freiberuflichkeit (zm 19/09). Hinzu kam die Debatte über Portale zur Bewertung von Ärzten und Kliniken im Internet (zm 2/10), die Berichterstattung über Regierungswechsel und Koalitionsvereinbarungen (zm 22/09 sowie 1, 5 und 9/10) sowie die Aufarbeitung des Engagements der Zahnärzteschaft für eine verbesserte Alters- und Behindertenzahnheilkunde (zm 22/09 und 7/10).

Breiten Raum nahm die Berichterstattung über Auslandszahnersatz ein, den Krankenkassen ihren Versicherten über Selektivvertragsstrukturen mittlerweile in größerem Umfang anbieten (zm 15/09 sowie 7, 9 und 10/10). Direkt nach den Koalitionsverhandlungen haben die zm mit einer

fortlaufenden Berichterstattung zur Finanzierungsdiskussion in der gesetzlichen Krankenversicherung begonnen (zm 22/09 sowie 1, 4, und 8/10). Einen hohen Stellenwert hatten auch die Vor- und Nachbereitung des Deutschen Zahnärztetages in München sowie die Novellierung der GOZ (u.a. zm 10/10). Hinzu kamen Beiträge zur Auseinandersetzung um die Gesundheitsprämie (3 und 11/10), zur Novellierung der Approbationsordnung (3/10), sowie zur Telematik im Gesundheitswesen.

Last not least haben die zm kontinuierlich über Auswirkungen der EU-Politik auf das deutsche Gesundheitswesen (zm 5 und 10/10), über Selbstverständnis und Ethik des zahnärztlichen Berufsstandes (zm 5, 6 und 8/10), aber auch über die intensiver werdende Diskussion um medizinisches Fehlermanagement (9/10) berichtet.

> Zahnmedizin/Medizin/Wissenschaft

Mit knapp 200 Seiten zahnmedizinischer Fachinformation und Fortbildung im zurückliegenden Jahr liegen die zm an der Spitze vergleichbarer deutschsprachiger



15/2009



16/2009



18/2009



20/2009

Fachzeitschriften. In jeder Ausgabe wird ein besonderer klinischer Fall von der Diagnostik bis zur Therapie beleuchtet. Oft handelt es sich um Krankheitsbilder, die vom Allgemeinzahnarzt leicht übersehen oder fehldiagnostiziert werden bzw. im Praxisalltag selten auftreten und den Zahnarzt unvorbereitet treffen können. Hinzu kommen Fortbildungsbeiträge, im Geschäftsjahr u. a. über „Prothetik“ (zm 17/09), „Zähne im Herbst des Lebens“ (zm 24/09) und „Psychosomatik“ (zm 10/10). Die Fortbildungsinhalte sind mit einer Lese-Lern-Kontrolle gekoppelt, über die Vertragszahnärzte in den vergangenen zwölf Monaten bis zu 46 Fortbildungspunkte sammeln konnten.

Großen Stellenwert haben auch allgemeinmedizinische Themen. „Suchterkrankungen bei Jung und Alt“ (zm 6/10), Orthopädie und Unfallmedizin (04/10) oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (05/10) waren im zurückliegenden Jahr Gegenstand von Fachbeiträgen. In der Rubrik „Repetitorium“ öffneten Beiträge über „Kaffee und seine medizinische Wirkung“ (zm 01/10) oder „Typ-2-Diabetes“ den

Blick über den zahnmedizinischen Tellerand. Ergänzt wird die fachliche Berichterstattung über Tagungsberichte und Rezensionen von Fachbüchern sowie internationalen Studien.

> **Ökonomie: Praxismanagement, Finanzen, Recht**

Zahnärztliche Berufsausübung und Wirtschaftlichkeit – wie geht das zusammen? Wissenschaftliche Fachartikel und Praxisbetreiber kommen zum gleichen Urteil: Im Zahnmedizinstudium fristen ökonomische Fragen ein Nischen-Dasein. In der anschließenden Berufspraxis werden Praxismanagement und Wirtschaftlichkeit dann eine besondere Herausforderung für Zahnärzte.

Die zm bieten dem zahnärztlichen Leser ökonomisches Wissen, das sich in den Praxisalltag integrieren lässt. Mit Hilfe externer Spezialisten und Fachjournalisten identifiziert die Redaktion, welche Informationen den Praxen in der täglichen Arbeit wirklich helfen. Die wirtschaftspolitische Großwetterlage bildete den

Hintergrund, vor dem die Finanzthemen im vergangenen Jahr aufgezogen wurden: „Lebensversicherungen und Fondspolizen: Geldanlagen während der Krise“ (zm 13/09), oder die Kreditvergabepraxis von Banken (zm 17/09 und zm 20/09) sind nur zwei von vielen Beispielen. Im Bereich Praxismanagement kamen Beiträge zum Qualitätsmanagement (zm 13/09), zur Beteiligung des Fiskus bei gesundheitsfördernden Maßnahmen für das Praxisteam (zm 18/09) und zur Kommunikation mit dem Patienten (zm 22/09) hinzu.

> **zm-Leserservice**

Der Leserservice ist unverzichtbares Element des zm-Konzeptes zur Leser-Blatt-Bindung. Er steigert die Attraktivität des Blattes für den Leser und öffnet Kanäle für zentrale politische Anliegen und Botschaften der Herausgeber an die Zielgruppe. Der Leserservice wird von den zm-Lesern intensiv genutzt.

Die in der Vergangenheit noch häufiger beschrittenen Bestellwege per Kupon oder Fax sind zunehmend in den Hintergrund



23/2009



01/2010



02/2010



04/2010



getreten. Service-Unterlagen werden inzwischen fast ausschließlich auf elektronischem Wege angeboten. Die Anzahl der Downloads lag von September 2009 bis Mai 2010 bei über 23.000. Der Vorteil von Downloads liegt darin, dass das Material über einen langen Zeitraum hinweg im Internet verfügbar ist und dem Leser zugänglich bleibt. Weiterer Vorzug: Die Redaktion kann nachvollziehen, welche Berichte besonders häufig abgefragt und damit für die Leserschaft offensichtlich von Interesse sind. Sie hat damit eine direkte Rückmeldung über die Interessen der Zielgruppe als Basis für die zukünftige Themenauswahl.

Grundsätzlich gilt für das Service-Angebot: Je konkreter der Nutzen für den Zahnarzt, desto mehr wird nachgefragt. Was die Themenauswahl betrifft, greift die Leserschaft am liebsten auf zahnärztlich-fachliche Informationen oder auf sie zugeschnittene 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 Prophylaxematerialien.

Zum Angebot der zm gehört auch der – bundesweit wohl umfassendste – Veranstaltung-Service, bei dem sich die Leser per Kupon im Veranstaltungsteil direkt zu den Fortbildungsveranstaltungen von Kammern und KZVen sowie bei freien Anbietern anmelden können.

> Weitere Rubriken

Wachsender Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit erfreut sich die Rubrik „Historisches“. Geschichtliche und kulturhistorische Themen rund um die Zahnmedizin werden magazinesk-unterhaltsam,

aber mit fundiert recherchiertem Background aufbereitet. So erschien im Kontext der Diskussion über die Schweinegrippe ein Bericht über Pandemien in früherer Zeit. Nach wie vor im Fokus der zm bleibt aber auch die kritische Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus und die Geschichte des zahnärztlichen Berufsstandes zwischen 1933 und 1945.

Welche technologischen Trends aus dem EDV-Bereich sind für den Zahnarzt im Arbeitsalltag hilfreich? Welche neuen „Apps“ gibt es? Diesen Themen wird in der Rubrik EDV und Technik genauso nachgegangen wie der Frage nach Sinn und Unsinn einer elektronischen Gesundheitskarte. Generell geht es hier um praxisrelevante Informationen aus der Netz- und Computerwelt: Tipps zur Gestaltung der Praxishomepage und Auswertungen von EDV-Tools haben hier ihren Platz, aber auch Themen mit politischem Bezug wie Online-Sicherheit und Datenschutz.



05/2010



06/2010



07/2010



08/2010

> „zm-online.de“

Die zm sind die Plattform für zahnärztliche Kommunikation. Und diese Kommunikation verläuft mehr und mehr über das world wide web. Im Jahr 1999 hatte zm-online.de monatlich 12.000 Seitenaufrufe zu verzeichnen – 2009 waren es 926.000. Nachrichten, interaktive Fortbildung und Online-Archiv sind nur einige der Angebote an die User. Kolumnen, Bildergalerien und Abfragen ergänzen den Service um anspruchsvolle Unterhaltung.

Fast 4.000 Leser aus Zahnärzteschaft, Industrie und Gesundheitswesen haben mittlerweile den drei Mal wöchentlich erscheinenden zm-Newsletter abonniert, um sich einen aktuellen Überblick über das gesundheits- und berufspolitische Geschehen zu verschaffen und sich über Neuheiten in Medizin und Zahnmedizin zu informieren.

Mit der Anschaffung des Redaktionssystems „Tango“, das mit dem Umzug nach Berlin im Mai 2009 sukzessive an die neuen Workflows und Arbeitsstrukturen in der

Redaktion angepasst wurde, sind zwischenzeitlich auch die Voraussetzungen geschaffen, das Printmedium mit dem Internetauftritt crossmedial zu verzahnen. Um auch mittel- bis langfristig bei den Fachportalen im Web ganz vorne mitzuspielen, ist derzeit ein Relaunch des Internetauftritts in Arbeit. Das Ziel: Den Onlinekanal noch stärker zu bespielen, dem geänderten Rezeptionsverhalten der User Rechnung zu tragen und auf Redaktionsseite die notwendige Flexibilität in der Informationsverarbeitung zu gewährleisten.



09/2010



10/2010



11/2010



12/2010



Vertragsgeschäft

Festzuschuss-System für Zahnersatz

Eine wesentliche Aufgabe der KZBV ist die Verhandlung von Verträgen mit Krankenkassen und Heilfürsorgeträgern bzw. von Richtlinien zur Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Diese Arbeit richtet sich u. a. auf das Festzuschuss-system für Zahnersatz, das im Jahr 2005 eingeführt wurde. Es garantiert jedem GKV-Versicherten für seine prothetische Versorgung als Zuschuss der Krankenkasse einen Festbetrag, der sich am Befund

orientiert und für jede wissenschaftlich anerkannte Therapie eingesetzt werden kann. Von Anfang an waren die Regelungen als lernendes System konzipiert, das in seiner Wirkung kontinuierlich überprüft und falls nötig angepasst wird. Es hat daher im Laufe der Zeit eine Reihe von Änderungen erfahren.

Im Frühjahr 2010 hat der G-BA eine Änderung der Festzuschuss-Richtlinie beschlossen, die zum 16. Juli in Kraft getreten ist.

Mit ihr entfällt die bisherige so genannte Gegenkieferrregel in Abschnitt A Nr. 3 der Richtlinie. Nach dieser Regel war fest-sitzender Zahnersatz grundsätzlich nur indiziert, wenn im Gegenkiefer noch die eigenen Zähne oder fest-sitzender Zahn-ersatz vorhanden waren. Durch den Weg-fall dieser Einschränkung haben gesetzlich Krankenversicherte nun einen erweiterten Anspruch auf die Versorgung mit fest-sitzendem Zahnersatz.

Vereinbarung für Angehörige von Bundeswehr und Polizei

Mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium des Innern hat die KZBV im Februar 2010 eine Vereinbarung zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten mit Kompositfüllungen (SDA-Füllungen) geschlossen. Sie findet für alle Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr sowie für Polizeivollzugsbeamtinnen/-beamte der Bundespolizei seit Ende April Anwendung.

Hintergrund der Vereinbarung war die Neufassung einer Bundeswehrrichtlinie, nach der die Versorgung von kariösen Defekten grundsätzlich mit plastischen Füllungsmaterialien erfolgen soll. Konkret sieht die Vereinbarung vier Leistungspositionen für Füllungen vor, darunter auch erstmals eine eigene Position für eine mehr als dreiflächige Füllung. Diese Vereinbarung gewährleistet eine ange-

messene Vergütung der Füllungsleistungen und hat an diesem Punkt eine gewisse Signalwirkung für die anstehende Novel-lisierung der privaten Gebührenordnung.

Zusammenführung der Bundesmantelverträge

Bisher sind die grundlegenden Vereinbarungen zwischen Vertragszahnärzten und Krankenkassen in zwei bundesweit geltenden Verträgen geregelt. Der „Bundesmantelvertrag Zahnärzte“ (BMV-Z) gilt für Primärkassen, und der „Ersatzkassenvertrag Zahnärzte“ (EKV-Z) entsprechend für die Ersatzkassen. Aus dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ergibt

sich aber die Notwendigkeit, beide Verträge zusammenzuführen. Sie resultiert aus der Errichtung des alle Kassen umfassenden GKV-Spitzenverbandes, dem die Aufgabe zufällt, einen einheitlichen Vertrag mit der KZBV zu vereinbaren.

Die juristische Vorarbeit wird derzeit von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Vertretern von KZBV und GKV-Spitzenver-

band durchgeführt. Im September 2010 ist ein Spitzentreffen beider Häuser geplant. Grundsätzlich gibt es die Möglichkeit, bisher existierende Unterschiede in den Vereinbarungen mit Primärkassen und Ersatzkassen auch in einem konsolidierten Bundesmantelvertrag beizubehalten. Die Arbeitsgruppe wird deshalb entsprechende Prüfaufträge formulieren.

Elektronischer Datenaustausch

Thema der Verhandlungen zwischen Zahnärzteschaft und Kassen ist auch die Modernisierung des Abrechnungsverfahrens zwischen KZVen und Krankenkassen. Der Austausch von Abrechnungsdaten basiert auf tradierten, festgefügt Strukturen. Doch die gesetzlichen Vorgaben bedingen und befördern hier neue Wege in eine Zukunft ohne Medienbrüche. Ein wichtiger Schritt in diese Zukunft ist die voll-

ständig papierlose Abrechnung. Bereits zum Juli 2008 wurde eine Vereinbarung gefunden, die für den Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen im Wesentlichen regelt, welche (Abrechnungs-)Daten in welcher Form von den KZVen an die Krankenkassen elektronisch übermittelt werden. Für die weiteren Versorgungsbereiche Kieferorthopädie, Parodontalerkrankungen, Kieferbruch und

Zahnersatz sind die Verhandlungen im Frühsommer 2010 zum Abschluss gekommen. Der entsprechend angepasste „Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübermittlung“ ist zum 1. Juli 2010 in Kraft getreten. Die Übermittlung der Daten in der neuen Form beginnt aber voraussichtlich erst zum Jahreswechsel 2011/2012.



Qualität

Für die Zahnärzteschaft sind Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) ureigene Aufgaben des Berufsstandes. Der Zahnarzt muss und will selbst Verantwortung dafür übernehmen, die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland abzusichern und stetig zu verbessern. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer unterhält die KZBV die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ). Sie ist als Stabsstelle im Institut der Deutschen Zahnärzte untergebracht und bearbeitet Fragestellungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zahn-

ärztlicher Tätigkeiten. Sie befasst sich mit Aspekten der Fortbildung, Qualitätsmanagementsystemen, Qualitätsindikatoren und Fehlerberichtssystemen. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Koordination der Erstellung, Evaluierung und Verbreitung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Methoden der Zahnmedizin.

Förderung, Sicherung und Management von Qualität sind zu bestimmenden Faktoren im Gesundheitswesen geworden. Die Patientensicherheit hat einen besonderen Stellenwert erlangt. Die Qualität

medizinischer Leistungen ist Gegenstand einer intensiven gesellschaftlichen Diskussion geworden, der sich alle Heilberufe stellen müssen.

Der Gesetzgeber hat diese Diskussion aufgenommen und Änderungen am SGB V durchgeführt, die die Einführung von QM-Systemen sowie Maßnahmen der QS zur Pflicht machen, die einrichtungs- und möglichst auch sektorenübergreifend ausgestaltet werden sollen. Er hat dem Thema Versorgungsqualität damit eine neue Dimension gegeben.

Förderung und Management von Qualität

Zahnarztpraxen sind verpflichtet, bis Ende 2010 ein praxisinternes QM-System einzuführen. Die ZZQ beobachtet und sammelt die Informationen über die verschiedenen QM-Systeme, die in Zahnarztpraxen eingesetzt werden. Da es zunächst keine verlässlichen Erkenntnisse darüber gab, wie die Praxen das einrichtungsinterne QM akzeptieren, und welche QM-Systeme präferiert werden, hat die ZZQ eine entsprechende Bestandsaufnahme bei Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern durchgeführt. Die Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht. Festhalten lässt sich aber bereits, dass die Vertragszahnärzte gut aufgestellt sind und die gesetzlichen Anforderungen zur Ein-

führung eines Qualitätsmanagements bis Ende 2010 erfüllen werden.

Die ZZQ beschäftigt sich aber auch mit weitergehenden Fragen der Qualität in der Zahnmedizin. Zusammen mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Frankfurt führt sie ein Pilotprojekt durch: die Entwicklung eines web-basierenden Fehlerberichts- und Lernsystems für Zahnärzte. Es ist angelehnt an das Projekt „Jeder Fehler zählt“, das vor einigen Jahren für Hausärzte initiiert wurde und mittlerweile intensiv genutzt wird. Die Inbetriebnahme von www.jeder-zahn-zaehlt.de ist für November 2010 geplant.

Darüber hinaus reagiert die ZZQ auf den Trend, dass im Internet immer mehr Arztbewertungsportale unterschiedlichster Güte entstehen. Um die Qualität der Informationen aus Arztbewertungsportalen zu sichern, ist ein gemeinsames Projekt mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der Bundespsychotherapeutenkammer zur Bewertung von Arztbewertungsportalen geplant, das an das ÄZQ-Projekt „Gute Praxis – Qualitätsanforderungen für Arztbewertungsportale“ angelehnt ist.

Qualitätssicherung

Mit der Gesundheitsreform 2007 hat der Gesetzgeber in § 135a SGB V die Verpflichtung aufgenommen, dass Zahnärzte, Ärzte und Krankenhäuser „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen“ haben. Näheres ist durch Richtlinien des G-BA zu regeln, die sektorenübergreifend erlassen werden sollen, „es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden“ (§ 137, Abs.2). Entsprechend muss man zwischen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterscheiden, die sektorenübergreifend gelten, und solchen, die lediglich für einen bestimmten Sektor Geltung haben.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA hat im zurückliegenden Jahr kontinuierlich auch unter Beteiligung der KZBV am Entwurf der Richtlinie für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung gearbeitet. Nach intensiven Diskussionen ist die Richtlinie im Frühjahr 2010 verabschiedet und dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt worden. Sie regelt Rahmenbedingungen, Daten-

fluss, Organisation, Finanzierung und Durchführung von sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ziel ist die nachhaltige Verbesserung von Diagnostik und Therapie im Zusammenspiel zwischen Krankenhaus und Arztpraxis. Der G-BA identifiziert für diese sektorenübergreifende Sicherung von Qualität einzelne Felder bzw. Themen, die für Patienten von besonderer Relevanz sind und sich für datengestützte Verfahren eignen.

Die zahnmedizinische Versorgung hat nur kleinste Schnittmengen mit dem ambulanten ärztlichen bzw. dem stationären Bereich. Behandlungsfelder bzw. Themen, die für Zahnarzt, Arzt und Krankenhaus gleichermaßen von Bedeutung sind, gibt es kaum, und sie sind auch nicht auf der Agenda des G-BA. Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird daher in der Praxis auf absehbare Zeit keine spürbare Wirkung für Vertragszahnärzte entfalten.

Die KZBV hat im G-BA dargelegt, dass die zahnmedizinische Versorgung eigene Gesetzmäßigkeiten aufweist und in vielen

Punkten nicht mit der ambulanten oder stationären ärztlichen Versorgung vergleichbar ist. Sie hat damit erreicht, dass die Zahnmedizin als gesonderter Sektor im Gesundheitswesen anerkannt wird. Das bedeutet, dass für die Zahnärzteschaft eine eigene, sektorbezogene Richtlinie zur Qualitätssicherung entwickelt werden kann, die die Besonderheiten der Disziplin angemessen berücksichtigt. Die fatale Neigung, dem zahnärztlichen Behandlungsgeschehen einfach die oft unpassenden Regeln der ärztlichen Versorgung überzustülpen, ist damit durchbrochen. Die KZBV will diese Chance nutzen und in den nächsten Monaten gemeinsam mit ihren Mitgliedsorganisationen die Vorbereitungen für die Gestaltung der sektorbezogenen Qualitätssicherung angehen, bevor die entsprechende gesonderte Richtlinie im G-BA verabschiedet wird. Ziel sind QS-Regeln, die fachlich sinnvoll und datensparsam, für den Patienten hilfreich und für den Zahnarzt unbürokratisch umsetzbar sind.

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 Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient damit der Überprüfung der Behandlungsqualität und deren Förderung.

Im Bereich Zahnersatz wurden 2009 insgesamt 146.259 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme von 4,3 % gegenüber dem Vorjahr. In 129.745 Planungsgutachten wurden 57,2 % der Planungen befürwortet (Vorjahr 56,4 %), 18,7 % wurden nicht befürwortet (Vorjahr 18,6 %). 24,1 % der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 24,5 %). Bei 10,5 Millionen prothetischen Behandlungsfällen wurden


lediglich 16.514 Mängelgutachten angefordert. Das entspricht einer Abnahme von 1,9 Prozent gegenüber 2008. Dabei wurden in 66,4 Prozent der Fälle tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und kann als Indikator für eine qualitativ insgesamt gute Zahnersatzversorgung der Bevölkerung dienen.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten 2009 um 7,5 % auf 21.192, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 3,7 % auf 951,9 Tsd. (geschätzt) gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag damit bei 2,2 % aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (2,5 %) rückläufig. 45,9 % der PAR-Staten wurden ganz, 34,2 % wurden teilweise und 19,9 % wurden nicht durch die Gutachter befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste

in 2009 nur 12 Mal durchgeführt werden. Lediglich in zwei Fällen wurden dabei geplante Behandlungen abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde 2009 in 62.242 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer leichten Zunahme von 0,4 %. In 51,4 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 28,9 % teilweise und in 19,7 % nicht zugestimmt. Bei 151 (-10,7 %) durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 108 Fällen (71,5 %) der Behandlungsplanung des Zahnarztes/Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm gegenüber 2008 um 4,9 % auf 2.548 Fälle zu. In 54 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 7,1 % teilweise und in 38,9 % nicht zugestimmt. 22 Obergutachten wurden durchgeführt. Dabei wurde in 8 Fällen die geplante Behandlung abgelehnt.



PAR	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2008	2009	prozentuale Veränderung	2008	2009	prozentuale Veränderung	2008	2009	prozentuale Veränderung
Behandlungsfälle	571.200	579.800	+ 1,5	347.000	372.100	+ 7,2	918.200	951.900	+ 3,7
Gutachten	17.718	15.890	- 10,3	5.199	5.302	+ 2,0	22.917	21.192	- 7,5
Obergutachtenanträge	20	15	- 25,0	13	14	+ 7,7	33	29	- 12,1
Vom Zahnarzt beantragt	18	14	- 22,0	11	13	+ 18,2	29	27	- 6,9
Von der Krankenkasse beantragt	2	1	- 50,0	2	1	- 50,0	4	2	- 50,0
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	11	6	- 45,5	10	11	+ 10,0	21	17	- 19,0
Durchgeführte OG-Verfahren	9	9	0,0	3	3	0,0	12	12	0,0
Behandlungsplanung abgelehnt	5	2		1	0		6	2	
Behandlungsplanung zugestimmt	3	5		1	1		4	6	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	1	2		1	2		2	4	

PARODONTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2008 UND 2009

KFO	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2008	2009	prozentuale Veränderung	2008	2009	prozentuale Veränderung	2008	2009	prozentuale Veränderung
Gutachten	42.297	40.579	- 4,1	19.713	21.663	+ 9,9	62.010	62.242	+ 0,4
Obergutachtenanträge	166	141	- 15,1	79	81	+ 2,5	245	222	- 9,4
Vom Zahnarzt beantragt	151	130	- 13,9	68	75	+ 10,3	219	205	- 6,4
Von der Krankenkasse beantragt	15	11	- 26,7	11	6	- 45,5	26	17	- 34,6
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	45	41	- 8,9	31	30	- 3,2	76	71	- 6,6
Durchgeführte OG-Verfahren	121	100	- 17,4	48	51	+ 6,3	169	151	- 10,7
Behandlungsplanung abgelehnt	77	68		31	40		108	108	
Behandlungsplanung zugestimmt	37	27		14	8		51	35	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	7	5		3	3		10	8	

KIEFERORTHOPÄDIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2008 UND 2009

IMP	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2008	2009	prozentuale Veränderung	2008	2009	prozentuale Veränderung	2008	2009	prozentuale Veränderung
Gutachten	1.508	1.559	+ 3,4	922	989	+ 7,3	2.430	2.548	+ 4,9
Durchgeführte Obergutachten	8	9	+ 12,5	9	13	+ 44,4	17	22	+ 29,4
Vom Zahnarzt beantragt	7	7	0,0	4	8	+ 100,0	11	15	+ 36,4
Von der Krankenkasse beantragt	1	2	+ 100,0	5	5	0,0	6	7	+ 16,7
Behandlungsplanung abgelehnt	3	5		2	3		5	8	
Behandlungsplanung zugestimmt	5	3		7	9		12	12	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	0	1		0	1		0	2	

IMPLANTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2008 UND 2009



Digitales Gesundheitswesen

EDV für die Praxis

Die Arbeit in der Zahnarztpraxis ist ohne Softwareunterstützung heute kaum noch denkbar. Auch die Abrechnung der zahnärztlichen Honorare wird weitestgehend EDV-gestützt abgewickelt. Die KZBV unterstützt ihre Mitgliedsorganisationen und die Zahnärzte bei der Anwendung von speziellen Praxisverwaltungs- bzw. Abrechnungsprogrammen. Sie testet den abrechnungsrelevanten Teil der Software nach festgelegten Kriterien und stellt ihre Eignung für die zahnärztliche Praxis fest.

Zuständig für die Prüfung ist die Geschäftsführung des Gemeinsamen Ausschusses (EDV), die in den Händen der Abteilung Vertragsinformatik liegt. Im zurückliegenden Geschäftsjahr wurden vier Programme geprüft und für geeignet befunden. Insge-

samt werden von der Prüfstelle der KZBV 93 Programme verwaltet. Die über 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 gesetzlichen Vorgaben fordern und fördern mehr und mehr die elektronische Kommunikation zwischen Zahnarztpraxis und KZV. Die KZBV entwickelt die Programm-

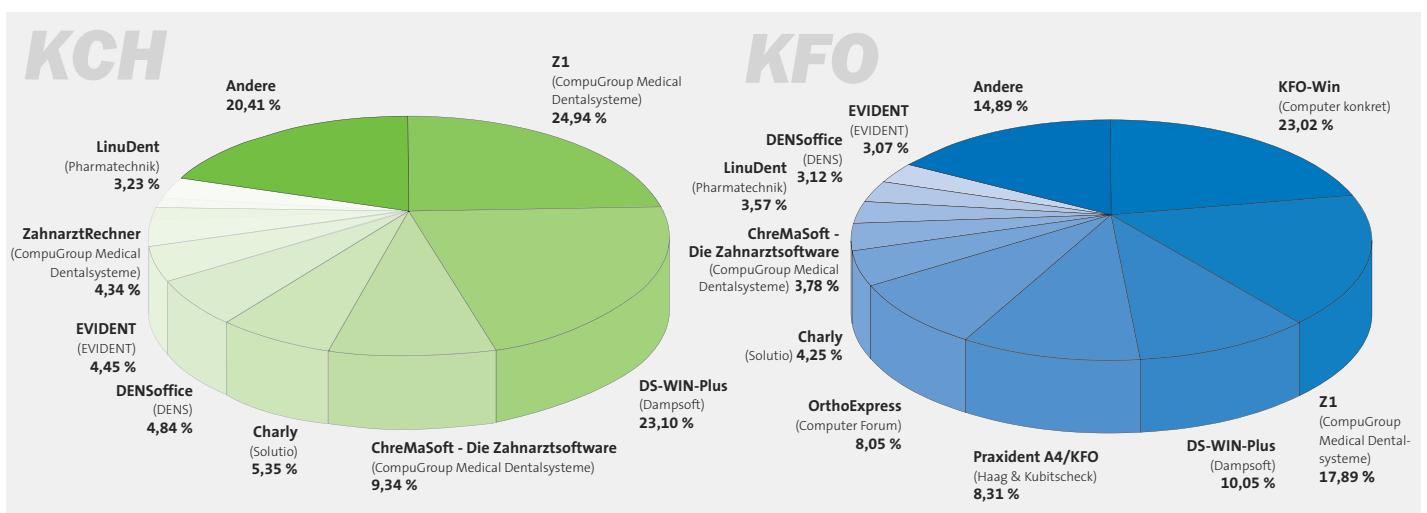
module für die Prüfung und Zusammenstellung der Abrechnungsdaten aus den Zahnarztpraxen an die KZVen. Hinzu kommen Module, die die problemlose Weiterverarbeitung der Abrechnungsdaten in den KZVen sicherstellen. Aufgrund vertraglicher bzw. gesetzlicher Änderungen im Leistungsgeschehen müssen sie regelmäßig modifiziert werden. Die Softwarehäuser erhalten daher regelmäßige Updates zum Einpflegen in ihre Praxissoftware, die KZVen entsprechend angepasste Empfangsmodule. Die KZBV pflegt zudem das Bundeseinheitliche Kassenverzeichnis, das den Praxen als Informationsquelle für die Kassennummern der Kostenträger und den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Krankenkassen dient.

Die elektronische Abrechnung hat sich im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung in den Praxen mittlerweile durchgängig etabliert. Ende 2009 machte sie durchschnittlich 98,4 Prozent aus. Erstmals wurden hier in zwei KZV-Bereichen ausschließlich elektronische Abrechnungen eingereicht. Anders sieht es trotz steigender Tendenz nach wie vor im Bereich der Kieferorthopädie aus. Hier erfolgten im Durchschnitt nur 56,4 Prozent aller Abrechnungen auf elektronischem Wege. Zudem gibt es erhebliche regionale Abweichun-

gen in der Quote der digitalen Abrechnung, die je nach KZV zwischen 42 und 100 Prozent liegt.

Die Unterstützungsleistungen der KZBV betreffen aber nicht nur die elektronisch basierte Abrechnung zwischen Praxen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die KZBV betreut auch den Datenträgeraustausch zwischen KZVen und Krankenkassen und erstellt dafür ein Sendemodul, das für eine korrekte Zusammenstellung der Abrechnungsdaten sorgt. Als Dachorganisation

führt sie zudem die quartalsweise von den KZVen gelieferten Daten für den Risikostrukturausgleich in der GKV zusammen. In den Händen der KZBV liegt auch die jährlich im Namen aller KZVen durchgeführte Rechnungsstellung an die Krankenkassen zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Nicht zuletzt unterhält die KZBV 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)

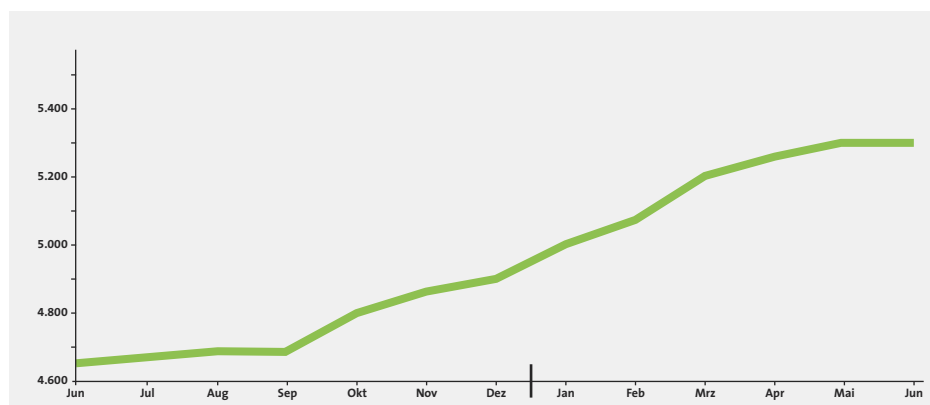
> Betrieb der Infrastruktur („ZOD 1.1“)

Seit gut zehn Jahren ist die KZBV die treibende Kraft hinter dem Aufbau der Sicherheitsinfrastruktur Zahnärzte Online Deutschland (ZOD). Dahinter steht eine ebenso einfache wie wichtige Einsicht: Wenn elektronische Kommunikation für Zahnarztpraxen immer unvermeidlicher und selbstverständlicher wird, müssen dafür sichere Kanäle zur Verfügung stehen. Seit mehr als sechs Jahren ist ZOD nun in Betrieb, und die Arbeit beginnt Früchte zu tragen. ZOD bietet den Zahnärzten durch zeitgemäße Sicherheitstechnik Datensicherheit und Datenschutz bei der Übertragung elektronischer Daten. Dazu werden so genannte „ZOD-Karten“ eingesetzt, mit denen sich ein Zahnarzt zuverlässig in der elektronischen Welt ausweisen kann. Die Karten werden von zugelassenen ZOD-Anbietern ausgegeben. Wer eine Karte beantragt, braucht eine Bestätigung der zuständigen KZV, dass er Vertragszahnarzt ist.

Die ZOD-Karte, die bislang in der Version 1.1 im Umlauf ist, ermöglicht die sichere Anmeldung an Online-Portalen der KZVen, z.B. zur Einreichung von Abrechnungsunterlagen. Durch Verschlüsselung und elektronische Signatur kann verhindert werden, dass Daten von unberechtigten Dritten eingesehen oder verändert werden. Die Zahl der Nutzer von ZOD ist während des letzten Jahres weiter gestiegen. Im Sommer 2010 lag sie bei ca. 5.500. Damit sichert bereits jeder zehnte Vertragszahnarzt seine elektronische Kommunikation mit ZOD ab. Die Teilnehmerdichte ist allerdings in den einzelnen KZV-Bereichen sehr unterschiedlich. Während einige KZVen Anreize für die ZOD-Nutzung gesetzt und damit eine fast vollständige Abdeckung unter ihren Vertragszahnärzten erreicht haben, setzen in anderen KZV-Bereichen nur einzelne Zahnärzte ZOD-Karten ein. Der Zugriff auf geschützte Online-Portale erfolgt dort in der Regel noch über Benutzernamen und Passwort oder unter Einsatz von Software-Zertifikaten.

> Weiterentwicklung der Infrastruktur („ZOD 2.0“)

ZOD wird kontinuierlich weiterentwickelt. Voraussichtlich ab dem vierten Quartal 2010 wird den Nutzern die Version 2.0 zur Verfügung stehen. Die Infrastruktur wurde komplett überarbeitet und den aktuellen Sicherheitsanforderungen angepasst, die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik vorgegeben werden. Wichtigste Neuerung bei ZOD 2.0 ist die Möglichkeit zur qualifizierten elektronischen Signatur. Sie erlaubt die rechts-sichere, der handschriftlichen Unterschrift gleichgestellte Unterzeichnung elektronischer Dokumente. Dadurch erschließen sich neue Anwendungsfelder, vor allem im Bereich der papierlosen Abrechnung. Mit ZOD 2.0 können Abrechnungsdaten nicht nur sicher versandt, sondern auch rechtsverbindlich signiert werden. Anbieter gibt es bereits. Die medesign GmbH, die bereits Anbieter für ZOD 1.1 ist, hat im Mai 2010 die Zulassung als ZOD-2.0-Anbieter durch



ZUNAHME DER ZOD-TEILNEHMER VON JUNI 2009 BIS JUNI 2010

den Datenschutzkontrollausschuss der Vertreterversammlung der KZBV erhalten.

Parallel zur Weiterentwicklung der ZOD-Infrastruktur wurde auch der Internetauftritt von ZOD inhaltlich und optisch überarbeitet. Seit April 2010 können sich Zahnärzte und potenzielle Anbieter auf der neuen Website unter www.zahnaerzte-online.de über die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation mit ZOD informieren.

› Blick in die Zukunft

Im Zuge des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen hat der

Gesetzgeber auch die Einführung eines elektronischen Heilberufsausweises beschlossen. Der Zeitpunkt der Einführung bemisst sich nach dem Fortgang des eGK-Projekts und ist derzeit noch unklar. Für die Ausgabe des elektronischen Zahnarzt- ausweises werden die Zahnärztekammern zuständig sein. Die ZOD 2.0-Karte baut aber bereits auf der Spezifikation dieses elektronischen Ausweises auf und ist damit zukunftssicher. KZBV und Bundeszahnärztekammer haben vereinbart, dass die ZOD-Infrastruktur bei Einführung des elektronischen Zahnarzt- ausweises berücksichtigt wird und elektronische Zahnarzt- ausweise interoperabel mit den ZOD-Karten sein werden. Konkret bedeutet das: Läuft die

ZOD-Karte eines Zahnarztes ab, kann er einen elektronischen Zahnarzt- ausweis beantragen, falls seine Zahnärztekammer ihn bereits anbietet. Ist dies nicht der Fall, erhält der Zahnarzt eine neue ZOD-Karte von seiner KZV. In beiden Fällen kann er die Kartenfunktionen wie gewohnt nutzen. Und es ist sichergestellt, dass ZOD-Karten unabhängig von den Planungen des Gesetzgebers und der gematik zur Einführung des elektronischen Heilberufsausweises bis zum Ende ihres Gültigkeitsdatums eingesetzt werden können.

Die elektronische Gesundheitskarte

› Politische Begleitung des Projektes

Bis zum Herbst 2009 war der Prozess der Einführung der eGK von politisch motiviertem Zeitdruck geprägt. In der Einführungsregion Nordrhein wurde mit dem Basis-Rollout begonnen. Der Online-Rollout wurde vorangetrieben, und die Testmaßnahmen zu weiteren Anwendungen wurden fortgesetzt.

Den Regierungswechsel nach den Bundestagswahlen im September 2009 nahmen die Leistungsträgerorganisationen auf Initiative der KZBV zum Anlass, eine grundsätzliche Überprüfung des eGK-Projektes zu fordern. Der Ende Oktober geschlossene Koalitionsvertrag griff diese Forderung auf. Es wurde eine Bestandsaufnahme angekündigt, bei der die Strukturen der Betreiber-

organisation gematik und die bisherigen Erfahrungen in den Testregionen überdacht und bewertet werden sollten. Auf der Basis der Ergebnisse sollte über eine Weiterführung des Projektes entschieden werden. Leistungsträgerseite und GKV-Spitzenverband erarbeiteten daraufhin eine je eigene Bestandsaufnahme und legten sie im Dezember 2009 dem Bundesgesundheitsministerium vor. In der gematik wurden die Aktivitäten für die Zeit der Bestandsaufnahme auf das notwendige Maß reduziert. Die Arbeiten am Projekt „Online-Rollout“ wurden gestoppt und die Testmaßnahmen zurückgefahren. Lediglich der in Nordrhein angelaufene Basis-Rollout wurde fortgeführt.

Das Bundesgesundheitsministerium forderte, die beiden Bestandsaufnahmen

bis Ende Januar 2010 in ein gemeinsames Konzept der Selbstverwaltung zum Fortgang des eGK-Projektes zu überführen. Allerdings mussten die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung im Februar für gescheitert erklärt werden, da der GKV-Spitzenverband keine Kompromissbereitschaft zeigte und die Gespräche abbrach. Differenzen gab es hinsichtlich der zukünftigen Struktur der gematik, in der die Kostenträger die alleinige Entscheidungshoheit für sich beanspruchten. Strittig blieb aber auch die Ausgestaltung einzelner Anwendungen der eGK. Die Kostenträger forderten weiterhin eine verpflichtende Online-Anbindung aller Arzt- und Zahnarztpraxen zum Zwecke der Online-Überprüfung der Versichertenstammdaten. Die Leistungsträgerorganisationen lehnten das ab und wollten die Online-Anbindung



der freien, individuellen Entscheidung jedes Praxisinhabers überlassen.

Der Bundesgesundheitsminister ließ keinen Zweifel daran, dass er eine flächendeckende Online-Anbindung der Praxen anstrebt und sie notfalls verordnet. Die Leistungsträgerorganisationen konnten unter maßgeblicher Beteiligung der KZBV aber erreichen, dass von einer Verpflichtung zur direkten Anbindung des Praxisverwaltungssystems abgesehen wurde. Für die Praxen wird es damit eine technische Möglichkeit geben, die eGK auch getrennt vom Praxis-System prüfen zu können. Sensible medizinische Patientendaten geraten damit nicht in die Reichweite der Online-Anbindung.

Zu den weiteren Eckpunkten einer Neuausrichtung des eGK-Projektes gehört auch, dass die Arbeit der gematik zukünftig mehr von den Gesellschaftern gesteuert werden soll, indem sie Leiter für die Teilprojekte, die für sie von besonderer Bedeutung sind, in die gematik entsenden. Des Weiteren wurde ein Konfliktlösungsmechanismus

unter Einsatz eines Schlichters beschlossen. Im April 2010 fand die Bestandsaufnahme mit dem Beschluss der Gesellschafterversammlung für eine neue Struktur der gematik auf der Basis der genannten Eckpunkte ihren vorläufigen Abschluss. Als erste Projekte bzw. Funktionen der eGK wurden der Aufbau der Telematik-Infrastruktur, die Online-Prüfung der eGK, die Kommunikation zwischen den Leistungsträgern und die Speicherung von Notfalldaten auf der eGK beschlossen. Das elektronische Rezept und alle weiteren Anwendungen werden bis auf Weiteres nicht weiterentwickelt.

Bevor die inhaltliche Arbeit in der gematik wieder aufgenommen werden kann, müssen die organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt und die Struktur der gematik so angepasst werden, dass den aus den Reihen der Gesellschafter benannten Projektleitern geeignete Teams für die Sacharbeit zugeordnet werden können. Bei der konkreten Ausgestaltung der neuen Strukturen und Zuständigkeiten zeigen sich allerdings bereits unterschiedliche

Auslegungen der Vereinbarungen auf Kosten- und Leistungsträgerseite. Im Juni hat deshalb der ehemalige Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Klaus Theo Schröder, als von der Gesellschafterversammlung berufener Schlichter erste klärende Beschlüsse herbeigeführt. Insgesamt bleibt die eGK weiterhin ein umstrittenes, mit immer neuen Veränderungen konfrontiertes Großprojekt. Die KZBV informiert ihre Mitgliedsorganisationen daher alle zwei Monate in einem Jour fixe „Telematik“ über den aktuellen Stand der Einführung der eGK.

› Der „Basis-Rollout“ der eGK

Der Basis-Rollout, also die Ausstattung der Arzt- und Zahnarztpraxen mit „eGK-fähigen“ Kartenterminals sowie die Ausgabe der eGK an die Versicherten, war schon im Oktober 2007 beschlossen worden. Die tatsächliche Ausstattung der Praxen in der Startregion Nordrhein startete mit über einem Jahr Verzögerung im September 2009. Bis Ende des Jahres waren ca. 90 % der nordrheinischen Zahnarztpraxen aus-

gestattet. Allerdings gaben die Krankenkassen in Nordrhein wider Erwarten zunächst kaum elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten aus. Bis Mitte 2010 waren nur vereinzelte Karten in Umlauf, die im Praxisbetrieb kaum eine Rolle spielten. Der GKV-Spitzenverband machte und macht die Fortführung des Basis-Rollouts von einer Verpflichtung der Leistungsträgerseite zur Online-Anbindung aller Arzt- und Zahnarztpraxen abhängig und forderte beim BMG eine entsprechende gesetzliche Vorgabe ein.

› Der Online-Rollout

Mit dem so genannten „Online-Rollout“ sollen die Praxen an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Von der Arzt- oder Zahnarztpraxis aus soll überprüft werden können, ob die jeweilige eGK gültig ist und wirklich ein Versicherungsverhältnis besteht. Außerdem sollen die auf der Karte enthaltenen persönlichen Daten nötigenfalls aktualisiert werden können. Die Krankenkassen erhoffen sich davon, weniger neue Karten ausgeben zu

müssen, Missbrauch eindämmen zu können und dadurch Einsparungen zu erzielen. Mit dem Online-Rollout soll außerdem die Möglichkeit geschaffen werden, dass Ärzte untereinander elektronisch (z.B. über elektronische Arztbriefe) kommunizieren können. Der gegen die Stimmen von Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und KZBV beschlossene Online-Rollout wurde im Jahr 2009 von der gematik unter politisch motiviertem Zeitdruck vorangetrieben. Der Druck resultierte in unzuverlässigen Zeitplänen und mangelhaften Konzepten, deren Defizite die KZBV in monatlichen Abständen der gematik mit der Bitte um Klärung übermittelt hat. Mit der Bestandsaufnahme nach der Bundestagswahl wurden die Arbeiten zum Online-Rollout bis auf Weiteres ausgesetzt.

› Testmaßnahmen zur eGK

Die in sieben Testregionen durchgeführten Tests zur Einführung eines elektronischen Rezeptes und zur Speicherung von Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte hatten erhebliche Mängel in der

Konzeption der Anwendungen aufgedeckt. Sie zeigten, dass beide Anwendungen in der geplanten Form nicht praktikabel waren. Die Gesellschafterversammlung der gematik beschloss daher im Sommer 2009, dass die Tests erst dann fortgesetzt werden sollen, wenn die Handhabung für die Leistungserbringer erheblich verbessert worden ist. Mit Beginn der Bestandsaufnahme wurden die Testmaßnahmen dann ohnehin weitgehend ausgesetzt.

Im August 2009 änderte das Bundesgesundheitsministerium die Verordnung über die Testmaßnahmen zur eGK und schloss die nicht an den Testmaßnahmen teilnehmenden Versorgungssektoren und damit auch die Zahnärzteschaft von der Projektorganisation der Testmaßnahmen aus. Die KZBV hatte im Vorfeld den Ausschluss ganzer Sektoren von der Gestaltung der eGK-Anwendungen vergeblich kritisiert und die in der Verordnung sichtbar werdende Vermischung von Test- und Wirkbetrieb der eGK als nicht sachgerecht abgelehnt.



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 2009 beim Vorsitzenden des Vorstandes der KZBV und liegt im laufenden Jahr beim Präsidenten der Bundeszahnärztekammer. Die Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen der Oralepidemiologie, der Gesundheitsökonomie, der Systemforschung, der zahnärztlichen Berufsausübung und der Verhaltensmedizin. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit werden national und

international publiziert. Die Zahl der Veröffentlichungen ist im zurückliegenden Geschäftsjahr deutlich gestiegen.

Wachsende Bedeutung für die Arbeit des IDZ hat die Versorgungsforschung. Es geht dabei im Kern um die Frage, wie sich Medizin bzw. Zahnmedizin im Versorgungsalltag umsetzt, was also aus Input-Größen (z.B. Ressourcen) wird, wenn sie das Versorgungssystem durchlaufen haben und zu Output-



und Outcome-Größen (z. B. Behandlungsergebnissen) geworden sind. Auch die Politik greift das Thema als systematisch auszubauenden Bereich auf. Viele Forschungsprojekte des IDZ sind im weiteren Sinne der Versorgungsforschung zuzuordnen. Seit 2009 ist das IDZ Mitglied im Deutschen

Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF). Das DNVF hat sich zum Ziel gesetzt, die an der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler zu vernetzen, Wissenschaft und Versorgungsforschung zusammenzuführen und die Versorgungsforschung in Deutschland insgesamt zu fördern. Dem DNVF gehören über 40 renommierte Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen an.

Im Oktober 2009 hat sich u.a. mit Unterstützung des IDZ eine „Fachgruppe Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ im DNVF konstituiert. Damit hat die Zahnmedizin vollständig Anschluss an die wissenschaftliche Plattform der Versorgungsforschung in Deutschland gefunden. Das DNVF initiiert jährlich einen „Kongress für Versorgungsforschung“. Die nächste Veranstaltung findet ab Ende September 2010 in Bonn statt und steht unter dem Leitthema „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung – von der Praxis zur Evidenz“. Erstmals wird sich dort 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 Deutschland, 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 Fachjournals. Dadurch würde ein wesentlicher Beitrag zur Internationalisierung der Deutschen Zahnheilkunde geleistet. Die Bearbeitung der Fragestellungen erfolgt durch eine

Doktorandin für Epidemiologie / Medizinische Statistik an der Greifswalder Zahnklinik unter Supervision durch das IDZ.

> **Parodontalepidemiologische Vertiefungsanalysen**

Auf dem Gebiet der parodontalen Epidemiologie nimmt das IDZ für die Darstellung der Krankheitslasten in Deutschland eine führende Stellung ein. Die zentralen Ergebnisse zur Verbreitungshäufigkeit parodontaler Erkrankungen wurden insbesondere durch die DMS III-Studie von 1997 und die DMS IV-Studie von 2005 gewonnen. Danach zeigte sich nicht nur eine hohe Prävalenz der Parodontitis in der Bevölkerung Deutschlands, sondern auch ein zahlenmäßiger Anstieg dieses Krankheitsbildes in den letzten acht Jahren. Er hängt (speziell bei den Senioren) auch mit dem zunehmenden Zahnerhalt zusammen, in dessen Gefolge naturgemäß auch mehr Zähne „at risk“ für die Entwicklung parodontaler Destruktionen in der Mundhöhle stehen. Aufgrund der internationalen Entwicklungen, die sich auf dem Gebiet der Parodontalepidemiologie zur Schweregradbestimmung (Severity) und zur Ausmaßbeschreibung (Extent) dieses Krankheitsbildes ergeben haben, ist es allerdings notwendig geworden, die gemessenen parodontalen Befunde in den Bevölkerungsstudien vertieft zu analysieren und auf neu entwickelte parodontologische Indexsysteme

zu beziehen. Das IDZ hat sich diesen komplexen statistischen Reanalysen der DMS-Studien in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit der Zahnklinik Greifswald und der Zahnklinik Dresden angenommen und eine Vielzahl von zusätzlichen Berechnungen angestellt, die das Problem der parodontalen Krankheitshäufigkeiten verfeinert zur Darstellung bringen. Gleichzeitig wurden statistische Modellrechnungen erstellt, um die rechnerischen Größenordnungen der „objektiven Behandlungsbedarfe“ von Parodontitis in der Bevölkerung abzuschätzen. Das umfangreiche Material diente insbesondere der vertrags- und präventionspolitischen Positionierung von KZBV und BZÄK. Es wurde der Arbeitsgruppe „Strukturiertes PAR-Behandlungskonzept mit Festzuschüssen“ von KZBV, BZÄK und DGZMK als Basismaterial vorgelegt. Darüber hinaus wurden die zentralen Vertiefungsanalysen zum Thema Parodontalerkrankungen auch national und international publiziert.

> **Analyse der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung seit 1989**

Auf der Basis der DMS-Studien I, III und IV führt das IDZ derzeit eine Sekundäranalyse von Daten durch, bei der das Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit von Motivationsmustern der Befragten im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen der Versorgung in einer langfristigen Perspek-

* SHIP – Study of Health in Pomerania



tive untersucht wird. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Siegfried Geyer von der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Untersuchung dockt an die Forschungsk Kooperation mit den Universitäten Greifswald und Dresden an: Dabei geht

es vor allem um genaue Analysen zu den Hintergründen der feststellbaren Verschiebungen von einem beschwerdeorientierten hin zu einem präventionsorientierten Gang zum Zahnarzt. Die aus der Analyse zu gewinnenden Daten beziehen sich auch

auf das zunehmende Interesse der Versorgungsforschung an Mustern der differentiellen Inanspruchnahme. Eine Publikation der Ergebnisse wird voraussichtlich in der Zeitschrift „Community Dentistry and Oral Epidemiology“ erfolgen.

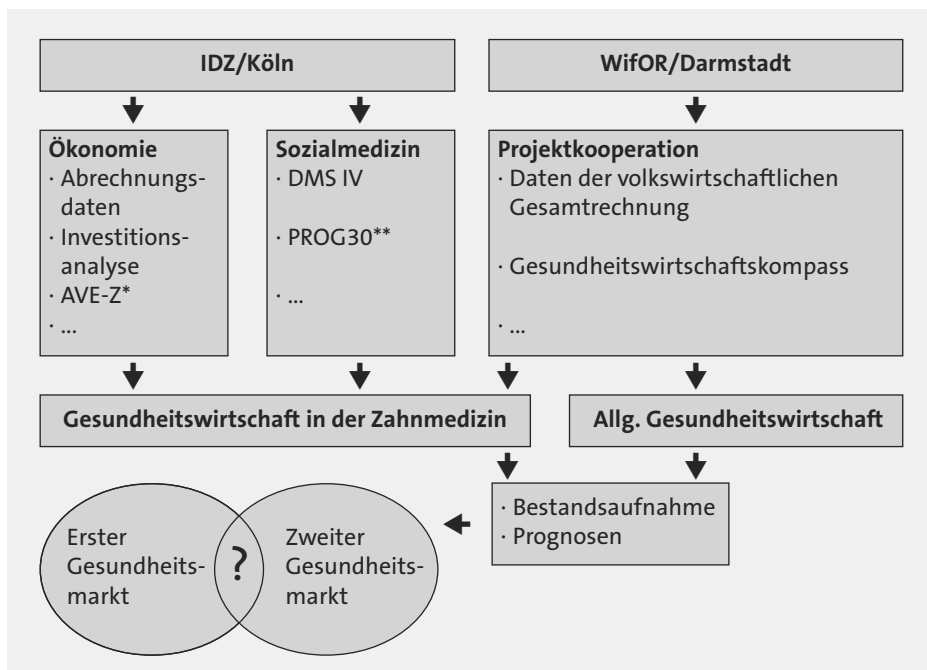
Ökonomische Forschung

> Jobmotor Gesundheitswirtschaft

Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft dar. Ein aktuelles Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und

Technologie kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Gesundheitswirtschaft am deutschen Bruttoinlandsprodukt unter den richtigen wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen von heute etwa 10 % auf voraussichtlich fast 13 % im Jahr 2020 wachsen wird. Die Zahl der Beschäftigten

wird im selben Zeitraum von rund fünf auf sieben Millionen Menschen steigen. Als wichtigste Wachstumstreiber gelten neben der demografischen Entwicklung auch das stetig zunehmende Gesundheitsbewusstsein und der Export. Doch trotz positiver Wachstumsperspektiven wird das Gesund-



* Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen

** Prognose der Zahnärztezah und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030

heitswesen in der öffentlichen Wahrnehmung noch immer als primär konsumtiver Wohlfahrtssektor gesehen. Entsprechend werden die steigenden Gesundheitsausgaben problematisiert.

Vor diesem Hintergrund führt das IDZ in Kooperation mit dem WifOR-Institut in Darmstadt eine umfangreiche Studie zu den Wachstums- und Beschäftigungschancen der Gesundheitswirtschaft durch. Im Rahmen des Projektes sollen die verfügbaren Daten zum Thema aufbereitet und speziell im Hinblick auf den Dentalsektor in Befunde und Prognosen gegossen werden. Dazu werden Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit den epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Datenbeständen des IDZ analytisch zusammengeführt. Ziel ist es, die unterschiedlichen Perspektiven des stark regulierten „Ersten Gesundheits-

marktes“ und des privat finanzierten „Zweiten Gesundheitsmarktes“ herauszuarbeiten und das (additive oder substitutive) Verhältnis dieser beiden Bereiche zueinander zu klären.

> Honorarordnung für Zahnärzte

Nachdem der Referentenentwurf der Bundesregierung für eine neue Gebührenordnung im März 2009 gestoppt worden war, begannen im Herbst 2009 erste Beratungen zu den zukünftigen Arbeitsschwerpunkten für die Entwicklung einer neuen Gebührenordnung. An diesen Beratungen war das IDZ von Anfang an mit seinem wissenschaftlichen Sachverstand beteiligt. So hat das Institut gemeinsam mit der Abteilung Statistik der Bundeszahnärztekammer ein Rechenmodell entwickelt, mit dem sich die monetären Auswirkungen einer neuen Gebührenordnung im Ver-

gleich zur geltenden GOZ aus dem Jahr 1988 erfassen lassen. Für die Entwicklung des Modells und die Berechnungen der Auswirkungen einer neuen Gebührenordnung auf das zahnärztliche Honorarvolumen wurde auf umfangreiches Datenmaterial aus verschiedenen IDZ-Erhebungen und das zahnmedizinische Knowhow im Institut zurückgegriffen. Die Daten der arbeitswissenschaftlichen Studie BAZ-II bildeten hierbei eine zentrale Rolle. Der Umgang mit dem Datenmaterial und die daraus erfolgte Transformation in einzelne Gebührenpositionen erforderte viel Sachverstand und erheblichen zeitlichen Einsatz. Im März 2010 begannen im Bundesgesundheitsministerium die Beratungen zu einer neuen Gebührenordnung. Das IDZ war daran von Anfang an beteiligt. Das Projekt dauert an.



Forschung zur zahnärztlichen Berufsausübung

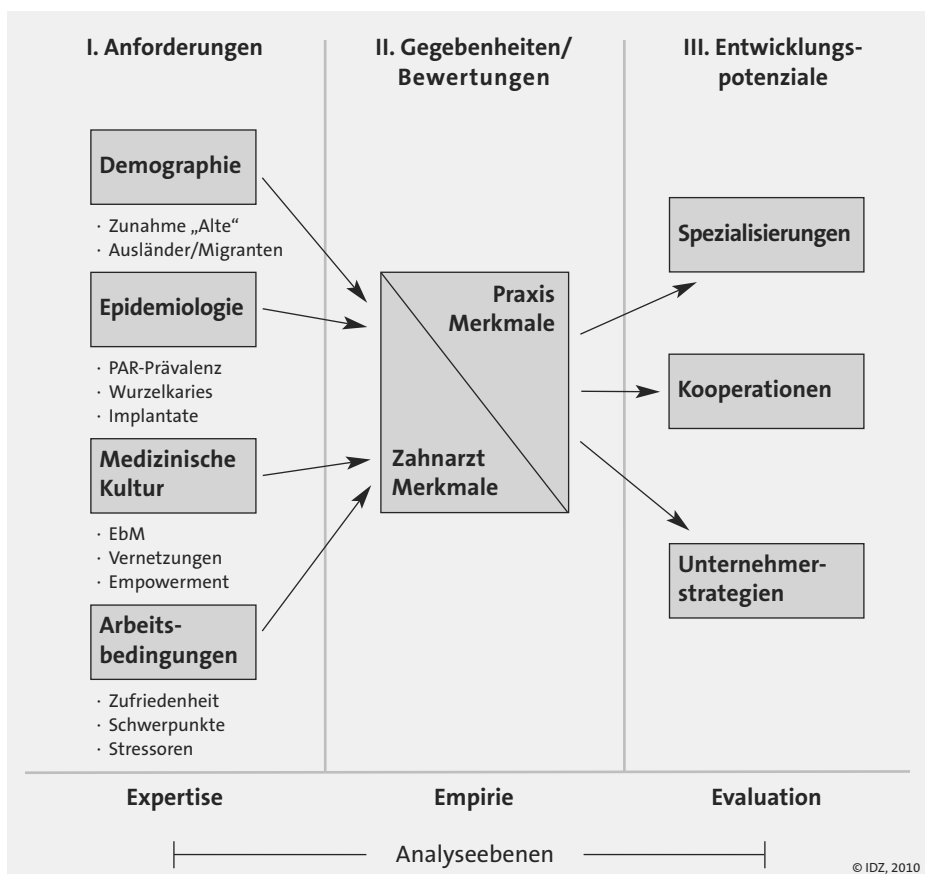
> Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotenziale der zahnärztlichen Berufsausübung (ANFO-Z)

Die zahnärztliche Berufsausübung unterliegt einem ständigen Wandel durch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, den medizinischen Fortschritt und staatliche Eingriffe in das Versorgungssystem. Fragen und Problemstellungen, die aus einer zunehmenden Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Patienten-

emanzipation erwachsen, beherrschen dementsprechend auch die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion. Vor diesem Hintergrund wurden unter einer berufssoziologischen Perspektive die Wahrnehmungen und Bewertungen des zahnärztlichen Berufsstandes selbst zum Gegenstand einer empirischen Studie gemacht: Im Rahmen einer Befragung wurde eine Bestandsaufnahme zum Rollenverständnis niedergelassener Zahnärzte in Deutschland gemacht. Als externer zahn-

ärztlicher Experte für dieses Projekt stand Prof. Dr. Elmar Reich aus Biberach zur Verfügung. Das Projekt knüpft an eine Mitgliederbefragung der Bayerischen Landeszahnärztekammer von 2007 an, die höchst interessante Ergebnisse auf regionaler Ebene gezeigt hatte.

Die Befragung basierte auf einer Zufallsstichprobe von fast 3.200 Adressen aus dem KZBV-Zahnarztregister mit dem Merkmal „Abrechnende Vertragszahnärzte“.



Sie erbrachte eine sehr gute und aussagekräftige Nettoausschöpfung von 1.626 Fragebögen (52 %), die in den zurückliegenden Monaten ausgewertet und für die Publikation aufbereitet wurden. Das Datenmaterial wurde nach den Themenkomplexen „Demografie“, „Epidemiologie“, „medizinische Kultur“ und „eigene Arbeitsbedingungen“ aggregiert.

Die Antworten zeigen, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte auch weiterhin eine freiberufliche Tätigkeit bevorzugen, um die ständig steigenden beruflichen Anforderungen zu bewältigen. Geschlechterdifferenzen schlagen nur in Einzelpunkten durch, ohne das professionelle Berufsmodell im Kern zu berühren: Die Zahnärzte zeigen sich als eine äußerst homogene, der freiberuflichen Berufsausübung verschriebene Berufsgruppe. Aus berufssoziologischer Sicht wird dies erklärt durch die besonderen Strukturmerkmale zahnärztlicher Berufsausübung. Sie ist als ambulantes Behandlungssystem in selbstständiger Form und als personalisierte Dienstleistung am Patienten organisiert.

Entsprechend ist das Urteil zur beruflichen Zufriedenheit mehrheitlich positiv und an flexible Strategien zur Anforderungsbewältigung gekoppelt. Fortbildung, Setzen von Arbeitsschwerpunkten und Kooperationsmodelle nehmen einen zentralen Stellenwert ein.

Die Ergebnisse wurden unter dem Titel „Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie“ als IDZ-Information 1/10 veröffentlicht.

>Hygienemanagement in Zahnarztpraxen

Die Infektionsprävention spielt bei medizinischen Dienstleistungen eine herausragende Rolle. Patienten und medizinisches Personal müssen vor der Übertragung von Krankheitserregern geschützt werden. Eine angemessene Infektionsprävention ist im ambulanten wie im stationären Versorgungsfeld ein zentrales Element der Qualitätssicherung - und zwar gleichermaßen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnis-

ebene. Normative Grundlagen sind vor allem die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI), die 2006 aktualisiert wurden.

Vor diesem Hintergrund hatte das IDZ in der Vergangenheit schon mehrfach Studien bei niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt, die eine Dokumentation der praxisbezogenen Hygieneausstattung und des Hygieneverhaltens zum Inhalt hatten. Mit einer neuen arbeitswissenschaftlichen Untersuchung zum Stellenwert der Hygiene in der Zahnarztpraxis sollte nun forschungspolitisch auf die Ergebnisse jüngerer, regional angelegter Studien reagiert werden. Um ein möglichst umfassendes bzw. verallgemeinerungsfähiges Datenbild zu erzeugen, wurde die IDZ-Studie daher als bundesweite Querschnittsstudie angelegt. Als Experte im Sinne einer Fachberatung stand der Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene der Universitätskliniken Dresden, PD Dr. Lutz Jatzwauk, zur Verfügung.

	Geschlecht		Chi-Quadrat-Test p
	Frauen %	Männer %	
Kinderzahnheilkunde	44,0	20,8	0.000
Prophylaxe/Prävention	78,7	69,1	0.002
Parodontologie	51,7	59,3	0.039
Endodontologie	33,3	43,1	0.007
Prothetik	51,7	65,2	0.000
Implantologie	30,0	57,3	0.000
Kieferorthopädie	12,3	7,4	0.016

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN BEI DER REALISIERUNG VON ARBEITSSCHWERPUNKTEN

	Total %	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre %	35–54 Jahre %	55 Jahre und älter %
sehr wichtig	23,6	34,4	24,1	19,2
wichtig	55,4	48,4	56,1	55,7
eher unwichtig	19,6	17,2	18,4	23,5
völlig unwichtig	1,3	0,0	1,4	1,6
Chi-Quadrat-Test		p = 0.098		

WICHTIGKEIT DES LEITBILDES „INFORMIERTER PATIENT“ FÜR DIE EIGENE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSTÄTIGKEIT



Eine Stichprobe von 500 Zahnärztinnen und Zahnärzten wurde online in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit TNS Healthcare in München befragt, um aktuelle Daten zum Hygienebereich einer Zahnarztpraxis (Ausstattung, Durchführungsvoraussetzungen und Arbeitsprozessgestaltung) zu gewinnen. Die detaillierten Ergebnisse der Studie wurden als IDZ-Information 2/10 im Juni 2010 publiziert. Sie zeigen, dass sich die Maßnahmen zur Infektionsprävention und die Ausstattung der Praxen mit Hygienetechnik in den letzten 10 Jahren deutlich verbessert haben und auf einem insgesamt hohen Niveau bewegen. Auf der anderen Seite zeigen die Antwortbilder aber auch, dass an bestimmten Punkten noch Optimierungspotential besteht. Um die weitere Entwicklung und Veränderungen der Struktur- und Prozessqualität im Hygienebereich einer zahnärztlichen Praxis zu erfassen, sollte zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Befragung mit einem identischen Methodendesign durchgeführt werden.

> Zahnmedizin in der Pflege

Das Bewusstsein für die Bedeutung einer kontinuierlichen und effektiven zahnmedizinischen Betreuung von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. Die regelmäßige Versorgung dieser Patientengruppen ist eine dringende Aufgabe: Im Jahr 2007 waren ca. 2,25 Mio. Personen als pflegebedürftig anerkannt. 82 % von ihnen waren 65 Jahre und älter.

Pflegebedürftigkeit und zunehmende Immobilität bedeuten komplexere Anforderungen an medizinische und soziale Leistungen. Das gilt auch für zahnärztliche Versorgungsnotwendigkeiten präventiver, therapeutischer oder oralrehabitativer Art. Hier steht das zahnmedizinische Versorgungssystem vor großen Herausforderungen.

Das IDZ unterstützt die Gremien der Zahnärzteschaft in der Suche nach Lösungen, mit denen diese Herausforderungen zu bestehen sind. Für den runden Tisch, der

ein Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung erarbeitet hat, stellte das Institut gemeinsam mit der Abteilung Statistik der KZBV verschiedene Modellrechnungen an. Deren Ziel war es, eine quantitative Abgrenzung der betroffenen Bevölkerungskreise nach Mobilitätsstatus und/oder eingeschränkter Selbststeuerungsfähigkeit bei der Zahn- und Mundpflege in Deutschland vornehmen zu können. Im Rahmen der IDZ-Information 4/09 vom Dezember 2009 wurde außerdem ein Modellprojekt für die zahnmedizinische Betreuung von älteren Menschen in Münchner Pflegeeinrichtungen vorgestellt und analysiert. Das sog. Teamwerk-Projekt entstand in Zusammenarbeit der Teamwerk-Gruppe, der AOK Bayern, des Sozialreferates der Stadt München sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Zahnärztekammer im Land Bayern. Die Ergebnisse zeigen, dass allein in den ersten beiden Jahren deutliche Verbesserungen des Mundgesundheitszustandes der Betroffenen und sogar Kosteneinsparungen zu verzeichnen waren.

› Sonstige Forschungsvorhaben und laufende Aktivitäten am IDZ

Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes

Das IDZ unterstützt im Rahmen einer KZBV-internen Arbeitsgruppe das Statistische Bundesamt durch wissenschaftliche Beratung und Bereitstellung ausgewählter Daten zur speziellen Krankheitskostenrechnung 2008 für die Krankheitsarten Zahnkaries, Ablagerungen, Gingivitis und Krankheiten des Parodonts sowie Zahnverlust durch Unfall, Extraktion oder lokalisierte parodontale Erkrankung.

Das Dental Vademekum

Das IDZ betreut das Dental Vademekum (DDV), das künftig online bzw. als interaktive CD-ROM veröffentlicht, zu einem aktiven Helfer des praxisinternen Qualitätsmanagements erweitert und um praxistaugliche Inhalte für den Zahnarzt ergänzt werden soll.

Prophylaxe

Das IDZ unterstützt und berät KZBV und BZÄK zur Prophylaxethematik.

IQWiG

Das IDZ analysiert im Auftrag von KZBV und BZÄK Dokumente und Berichte des IQWiG.

Health Technology Assessment

Das IDZ ist für KZBV und BZÄK aktiv im Kuratorium Health Technology Assessment (HTA) und hat den stellvertretenden Vorsitz im Vorstand des HTA-Kuratoriums.

Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe

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

Qualitätsmanagementsysteme in Zahnarztpraxen

Ende 2010 sind die Zahnarztpraxen zur Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet. In diesem Kontext hat der Vorstandsausschuss das IDZ beauftragt, eine bundesweite Befragung zum Stand der Verbreitung, zu Implementationsstrategien und Effekten von Qualitätsmanagementsystemen in Zahnarztpraxen durchzuführen. Als externer Projektpartner fungiert die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe.

GOZ-Liquidationsverhalten

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

Publikationen/Fachbeiträge

Benz, C., Haffner, C.: Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt. IDZ-Information Nr. 4/09

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Szecsenyi, J.: Akzeptanz von zahnmedizinischen Leitlinien durch Qualitätszirkel. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ), 2010 (in press), corrected proof, available online 24 December 2009 (doi:10.1016/j.zefq.2009.11.003), <http://www.sciencedirect.com/>

Deinzer, R., Micheelis, W., Granrath, N., Hoffmann, T.: More to learn about: Periodontitis-related knowledge and its relationship with periodontal health behaviour. J Clin Periodontol 36, 2009, S. 756-764

Fink, D.: Das Dental Vademekum (DDV): Seit 1989 wichtiges Nachschlagewerk für die Praxis. Zahnärztl Mitt 99, Nr. 16, 2009, S. 44-45

Geyer, S., Schneller, T., Micheelis, W.: Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. Community Dent Oral Epidemiol 38, 2010, S. 120-128

Holtfrete, B., Kocher, T., Hoffmann, T., Desvarieux, M., Micheelis, W.: Prevalence of periodontal disease and treatment demands based on a German dental survey (DMS IV). J Clin Periodontol 37, 2010, S. 211-219

Klingenberger, D., Becker, W.: Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von Paneldaten. Zeitschrift Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (Gesund ökon Qual manag) 15, 2010, S. 91-98

Klingenberger, D., Kern, R.: Spiel ohne Grenzen? Deregulierung und Internationalisierung im Versorgungsmarkt für Zahnersatz. In: Jahrbuch Healthcare Marketing 2010. New Business Verlag, Hamburg 2010, S. 164-168

Klingenberger, D.: Zahlungsbereitschaft für Auslandszahnersatz und Dentaltourismus - Ergebnisse aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Quintessenz Zahn-technik 36, 2010, S. 840-848

Meyer, V. P., Jatzwauk, L.: Hygienemanagement in Zahnarztpraxen – Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung in Deutschland. IDZ-Information Nr. 2/10

Micheelis, W.: Buchbesprechung zu Wolowski, A./Demmel, H.-J. (Hrsg.) „Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner“ Zahnärztl Mitt 100, Nr. 3, 2010, S. 61

Micheelis, W.: Zahnärzte im Arbeitsstress. Zahnärztl Mitt 100, Nr. 9, 2010, S. 18-20

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärzten und Zahnärztinnen in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information Nr. 1/10

Priehn-Küpper, S., Micheelis, W.: Krebshäufigkeit ist gestiegen. Zahnärztl Mitt 100, Nr. 8, 2010, S. 60-61

Schiffner, U., Micheelis, W.: Die Versorgung kariöser Defekte mit verschiedenen Füllungsmaterialien in Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 65, 2010, S. 193-198

Interne Organisation

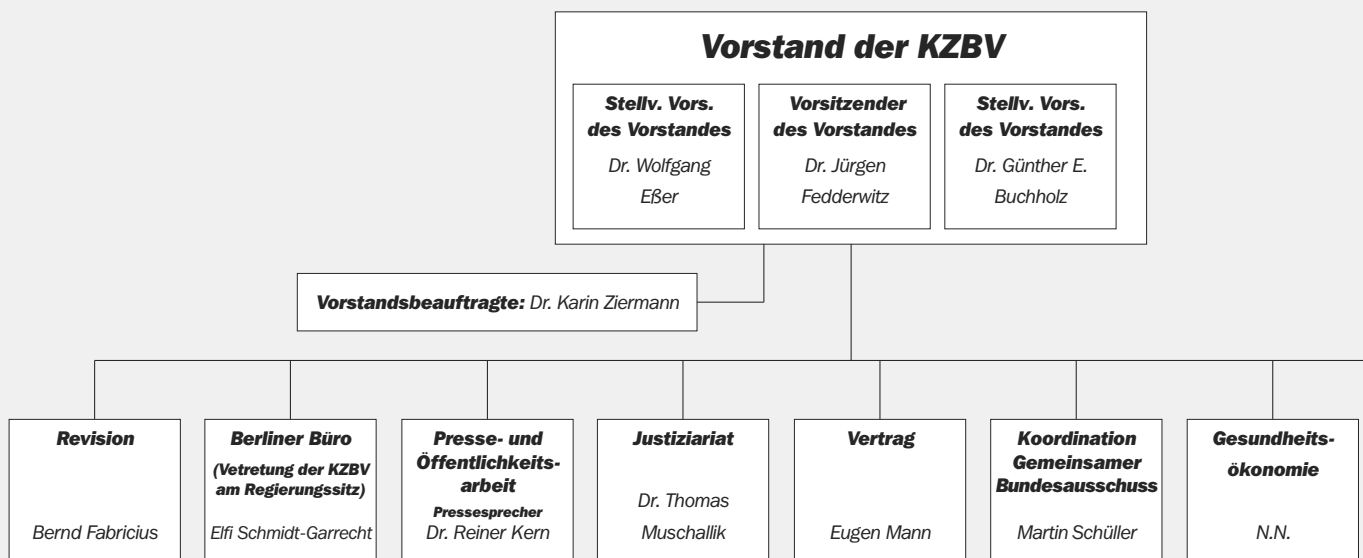
Personalplanung

Eine vorausschauende Personalplanung und ein gutes Personalmanagement sind der Schlüssel zur erfolgreichen Arbeit der KZBV. Für eine Dienstleistungsorganisation sind kompetentes und motiviertes Personal mit vertieften Kenntnissen in speziellen Fachbereichen des Gesundheitswesens das

größte Kapital. 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 2007/2008

und der anschließenden Verstärkung der Personaldecke innerhalb der bestehenden Struktur in 2009 ging es im letzten Geschäftsjahr vor allem um die Konsolidierung der Ausfallsicherheit in einzelnen Abteilungen. Denn durch das etwaige Ausscheiden von Fach- und Führungskräften mit hochspezi-

Kassenzahnärztliche



alisiertem Wissen können in Schlüsselbereichen leicht empfindliche Fähigkeitslücken entstehen.

Zwischen Mitte 2009 und Mitte 2010 hat die KZBV insgesamt acht Mitarbeiter eingestellt. Unter anderem wurden die

Abteilungen Justitiariat, Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss und Personal/Finanzen um je eine Referentenstelle verstärkt. Das Team der KZBV besteht nun aus 94 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ein verstärktes Augenmerk legt die KZBV auf die externe Schulung und Fortbildung

ihrer Mitarbeiter, für die zusehends mehr Mittel bereit gestellt werden. Im Jahr 2010 stehen insgesamt knapp 80.000 Euro für Fortbildungsmaßnahmen zur Verfügung.

Bundesvereinigung *KdöR*

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Universitätsstraße 73, 50931 Köln (Lindenthal)

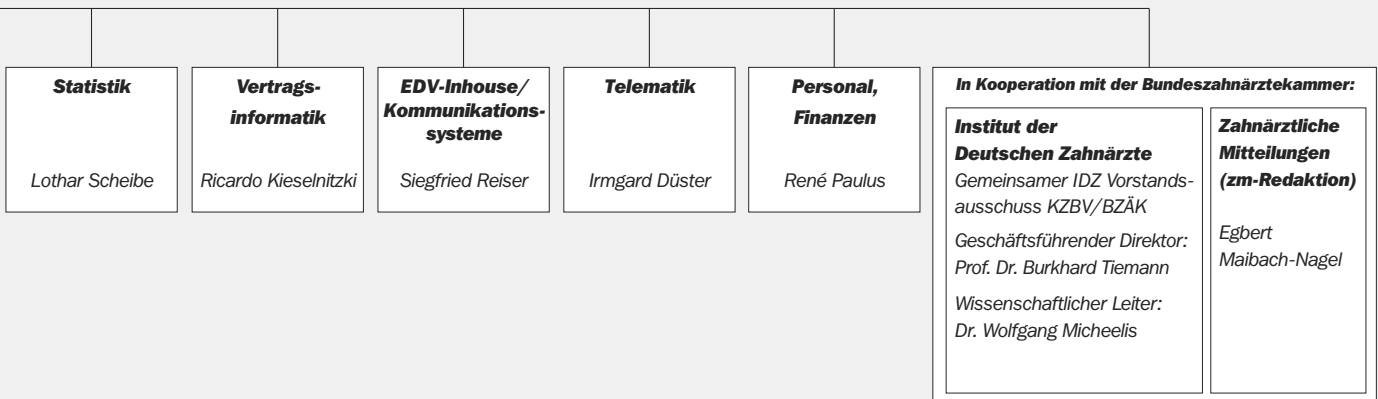
Postfach 41 01 69, 50861 Köln

Telefon (02 21) 4001-0

Telefax (02 21) 404035

Internet: www.KZBV.de

E-Mail: post@KZBV.de





Haushalt

Die KZBV finanziert sich aus Beiträgen ihrer Mitgliedsorganisationen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der jeweiligen KZBV. Im Jahr 2009 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 16,60 Euro zuzüglich 0,60 Euro Rücklage für Sozialkosten, die im Zusammenhang mit dem Umzug nach Berlin stehen.

> Haushaltsabschluss 2009

Für das Wirtschaftsjahr 2009 war im Haushalt ursprünglich eine Vermögenszunahme von knapp 22.000 Euro vorgesehen. Tatsächlich wurden aber zum 31.12.2009

Mehreinnahmen von 296.117 Euro erzielt und saldierte Minderausgaben von 799.051 Euro ausgewiesen. Somit betrug der Vermögenszuwachs zum Jahresende 1.116.708 Euro. Das in der Bilanz Ende 2009 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit auf nunmehr 9.339.000 Euro angewachsen. Die notwendige Liquiditätsreserve entsprechend den Richtlinien der KZBV ist damit weit mehr als gewährleistet, die finanzielle Lage der Körperschaft ist solide. Der Jahresabschluss 2008 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft W+ST Publica Revisionsgesellschaft mbH geprüft und mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen.

Die KZBV hat ihr Vermögen mit einem Anlagemix aus Festgeldern und Anlagepapieren ohne Verluste durch die Turbulenzen der Banken- und Finanzmarktkrise des Jahres 2008 gebracht. Die gleichermaßen sicherheits- wie renditeorientierte Anlagestrategie wurde auch im Jahr 2009 beibehalten.

> Haushaltsplanung 2010

Nach der Umstrukturierung der Finanzbuchhaltung im Jahr 2009 wurde Anfang 2010 auch die Etatplanung komplett umgestellt. Die Etatbewirtschaftung erfolgt nun dezentral. Die Abteilungen projektie-

Einnahmen	€	Ausgaben	€
Beiträge	11.910.312	Aufwandsentschädigungen, Beiträge	230.571
Zinsen	439.259	Öffentlichkeitsarbeit	236.782
Sonstige	850.846	Externe Dienste	617.242
		Reise- und Tagungskosten	1.482.584
		Personalkosten	7.944.509
		sonstiger Verwaltungsaufwand	1.572.021
		Vermögenszunahme	1.116.708
	13.200.417		13.200.417

ren ihre Ausgaben selbst und haben damit zu jedem Zeitpunkt den vollen Überblick, welche Kosten abgerechnet, welche Verbindlichkeiten offen und welche Haushaltsmittel noch zur Verfügung sind.

Zu einem erheblichen Teil wird der Haushalt der KZBV von Fixkosten bestimmt. Natürlich beeinflussen aber auch strategische und operative Entscheidungen das

Volumen des Etats. So muss die KZBV Vorsorge tragen 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 erwarten sind. Seit 2007 fließen

daher für die Dauer von fünf Jahren jährlich 400.000 in die Rücklage, um den Gesamtbetrag bis 2011 zu erreichen.

Für 2010 weist der Haushaltsplan (ohne Berücksichtigung der Vermögenszunahme) Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 13.014.000 Euro aus. Das entspricht einer leichten Steigerung von 1,02 Prozent gegenüber dem Ansatz des Vorjahres.

KZV	Mitglieder	KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg		Niedersachsen	5.546
- Freiburg	1.515	Nordrhein	6.322
- Karlsruhe	1.818	Rheinland-Pfalz	
- Stuttgart	2.549	- Koblenz-Trier	1.111
- Tübingen	1.207	- Pfalz	818
Bayern	8.925	- Rheinhessen	439
Berlin	3.322	Saarland	578
Brandenburg	1.716	Sachsen	3.340
Bremen	446	Sachsen-Anhalt	1.790
Hamburg	1.508	Schleswig-Holstein	1.949
Hessen	4.413	Thüringen	1.881
Mecklenburg-Vorpommern	1.296	Westfalen-Lippe	5.216
			57.705

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 Spezial-

statistiken 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. Einzelexemplare des Jahrbuchs können über die Service-Rubrik der Internetseite bestellt werden.

2009/2008	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Konserv. Leistungen	+ 1,2 %	0,0 %	+ 1,0 %
Parodontologie	+ 4,4 %	+ 2,7 %	+ 4,1 %
Kieferbruch	+ 5,3 %	+ 6,9 %	+ 6,8 %
Kons., Par. und Kfbr.	+ 1,5 %	+ 0,4 %	+ 1,3 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen je Mitglied

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KONS., PAR. UND KIEFERBRUCH

2009/2008	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Kieferorthopädie	+ 5,9 %	+ 4,2 %	+ 5,5 %
Zahnersatz*	+ 4,8 %	+ 2,0 %	+ 3,9 %

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

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KIEFERORTHOPÄDIE UND ZAHNERSATZ

Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

> Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen

Im Jahr 2009 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch gegenüber dem Vorjahr bundesweit um 1,3 % je Kassenmitglied. Bei dieser Ausgabenentwicklung ist die Wirkung der Zuzahlung der Versicherten nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) zu berücksichtigen. Die gezahlte Praxisgebühr summierte sich 2009 auf rd. 402 Mio. €, nach 403 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 4,1 % und bei der Therapie von Kieferbrüchen bei 6,8 %. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 1,0 % und machten 6,1 % am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen

Bereich aus. Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich blieb bei einem Rückgang um 0,1 % in etwa auf dem Niveau von 2004. Die Zahl der Parodontalbehandlungen nahm um 3,6 % zu.

> Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied im Jahr 2009 um 5,5 %, die Zahl der Fälle stieg um 3,3 %. Damit setzte sich die in Deutschland in den letzten drei Jahren festzustellende Aufwärtsentwicklung im Bereich Kieferorthopädie fort.

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

2005 herzustellen, müssen die auf diese Versorgungen entfallenden Abrechnungsdaten in einer Gegenüberstellung mit Zeiträumen ab 2005 einbezogen werden.

Nach der Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 war ein deutlicher Rückgang der Neuversorgungsfälle 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 2009 weiter fort. So stiegen die Ausgaben (inkl. andersartiger Versorgungen) je Mitglied gegenüber 2008 um 3,9 %, die Zahl der Fälle ging um 1,0 % zurück, und der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 5,0 %. Der Fallwert für Neuversorgungen lag um 4,3 % über dem Niveau des Jahres 2004. Dies belegt, dass die Höhe der Festzuschüsse richtig bemessen wurde.

	Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbstständiger 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	348.092	+ 3,2 %	237.309	+ 1,7 %	68,2 %	110.783	+ 6,6 %	97.680
	2008	368.419	+ 5,8 %	251.101	+ 5,8 %	68,2 %	117.318	+ 5,9 %	105.100

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern · Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV · (Jahr 2008: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 09.10.2009)



Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebs- ausgaben)	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	179.910	Ø + 7,6 %	61,3 %	113.603	Ø + 2,6 %	
	1985	314.667	207.639	Ø + 1,4 %	66,0 %	107.028	Ø - 1,2 %	90.620
	1990	292.876	199.074	Ø - 1,4 %	68,0 %	93.802	Ø - 2,6 %	82.300
	1991	322.304	221.834	+ 10,0 %	68,8 %	100.470	+ 7,1 %	87.700
	1992	355.312	251.000	+ 10,2 %	70,6 %	104.312	+ 3,8 %	92.300
	1993	328.338	235.901	- 7,6 %	71,8 %	92.437	- 11,4 %	80.380
	1994	350.482	249.498	+ 6,7 %	71,2 %	100.984	+ 9,2 %	88.180
	1995 ¹⁾	356.029	258.174	+ 2,6 %	72,5 %	97.855	- 2,1 %	84.750
	1996	372.509	270.716	+ 4,6 %	72,7 %	101.793	+ 4,0 %	88.230
	1997	383.884	280.320	+ 3,1 %	73,0 %	103.564	+ 1,7 %	90.780
	1998	338.623	243.289	- 11,8 %	71,8 %	95.334	- 7,9 %	84.320
	1999	335.572	242.140	- 0,9 %	72,2 %	93.432	- 2,0 %	80.610
	2000	355.185	255.514	+ 5,8 %	71,9 %	99.671	+ 6,7 %	86.340
	2001	361.522	254.291	+ 1,8 %	70,3 %	107.231	+ 7,6 %	95.110
	2002	365.746	256.853	+ 1,2 %	70,2 %	108.893	+ 1,5 %	97.080
	2003	373.972	263.677	+ 2,2 %	70,5 %	110.295	+ 1,3 %	98.540
2004	376.435	262.368	+ 0,7 %	69,7 %	114.067	+ 3,4 %	102.970	
2005	347.929	238.074	- 7,6 %	68,4 %	109.855	- 3,7 %	98.430	
2006	355.033	246.938	+ 2,0 %	69,6 %	108.095	- 1,6 %	98.720	
2007	366.039	251.127	+ 3,1 %	68,6 %	114.912	+ 6,3 %	102.300	
2008	388.205	266.284	+ 6,1 %	68,6 %	121.921	+ 6,1 %	109.410	
NEUE BUNDESLÄNDER	1992	268.253	189.375		70,6 %	78.878		70.790
	1993	239.144	167.482	- 10,9 %	70,0 %	71.662	- 9,1 %	62.000
	1994	257.478	180.884	+ 7,7 %	70,3 %	76.594	+ 6,9 %	67.950
	1995 ¹⁾	261.903	185.955	+ 0,3 %	71,0 %	75.948	- 2,7 %	68.670
	1996	271.378	187.498	+ 3,6 %	69,1 %	83.880	+ 10,4 %	75.110
	1997	283.644	193.128	+ 4,5 %	68,1 %	90.516	+ 7,9 %	80.990
	1998	246.168	164.813	- 13,2 %	67,0 %	81.355	- 10,1 %	74.180
	1999	237.469	161.004	- 3,5 %	67,8 %	76.465	- 6,0 %	69.020
	2000	254.634	171.463	+ 7,2 %	67,3 %	83.171	+ 8,8 %	74.900
	2001	259.393	170.324	+ 1,9 %	65,7 %	89.069	+ 7,1 %	79.980
	2002	259.993	171.531	+ 0,2 %	66,0 %	88.462	- 0,7 %	79.300
	2003	268.495	177.978	+ 3,3 %	66,3 %	90.517	+ 2,3 %	82.980
	2004	271.395	177.716	+ 1,1 %	65,5 %	93.679	+ 3,5 %	85.910
	2005	247.021	161.382	- 9,0 %	65,3 %	85.639	- 8,6 %	77.770
2006	253.316	169.147	+ 2,5 %	66,8 %	84.169	- 1,7 %	77.500	
2007	263.499	172.179	+ 4,0 %	65,3 %	91.320	+ 8,5 %	81.660	
2008	275.249	179.603	+ 4,5 %	65,3 %	95.646	+ 4,7 %	90.230	

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 Kostenstrukturerehebungen der KZBV (Jahr 2008: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 09.10.2009)

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstruktur-erhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2008 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 den Jahren 2007 und 2008 wieder an. 2008 lag der Einnahmen-Überschuss mit 117.318 € um 5,9 % über dem Vorjahreswert. Gegenüber 2004 ist damit der Ein-

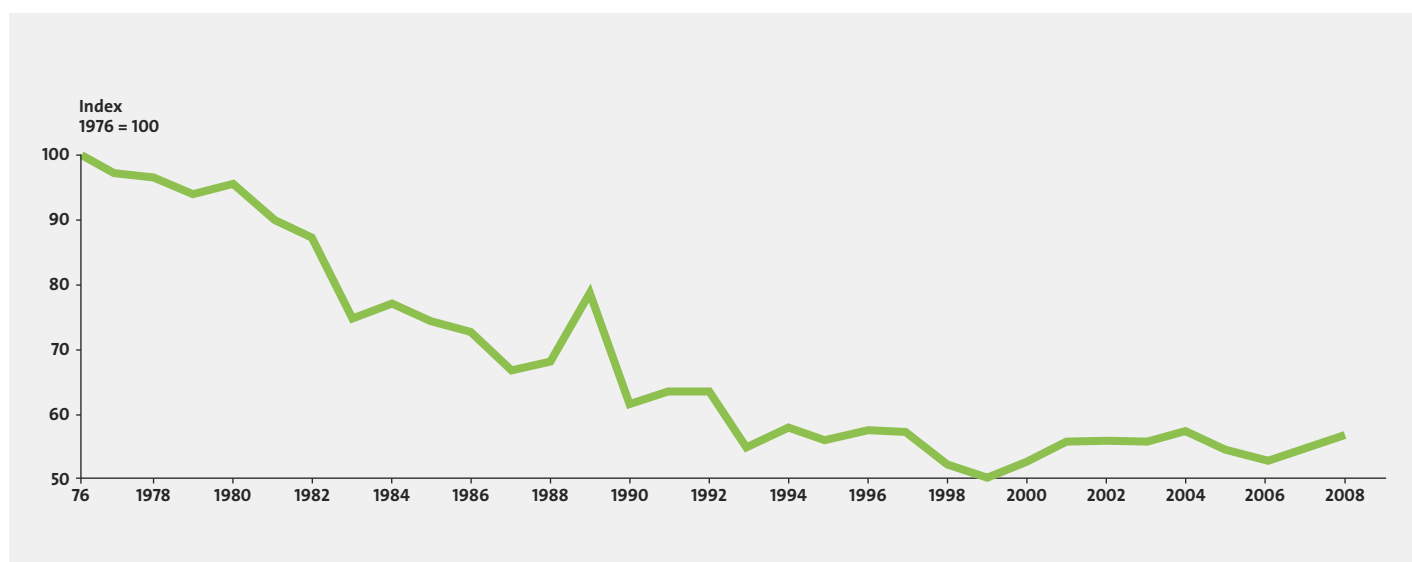
nahmen-Überschuss um 6,2 % (jahresdurchschnittlich 1,5 %) gestiegen. Da sich aber in diesem Zeitraum der allgemeine Preisindex um 8,9 % erhöhte, ist der Einnahmen-Überschuss real, also unter Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung, um 2,5 % zurückgegangen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses in 2008 gegenüber 2007 auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 5,8 % bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um ebenfalls 5,8 %.

> Alte Bundesländer

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber 2008 gegenüber dem Vorjahr um 6,1 %. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 6,0 % an. Daraus resultierte ein Anstieg des steuer-

lichen Einnahmen-Überschusses um 6,1 % (real + 3,4 %). Der im Jahr 2008 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss in Höhe von 121.921 € lag nominal nur um rd. 20 % über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahre 1976, also vor 32 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Allerdings hat in diesen 32 Jahren eine Preissteigerung (Inflationsrate) von 118 % den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf rd. die Hälfte reduziert.

2008 blieben 58 % der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnittswert von 121.921 €, 42 % lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag 2008 bei 109.410 €. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 47,9 Std. pro Woche tätig, davon 35,1 Std. behandelnd. Durchschnittlich wurden 5,67 Personen



REALWERT DES ZAHNÄRZTLICHEN EINNAHMEN-ÜBERSCHUSSES ALTE BUNDESLÄNDER (1976 - 2008)



(einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

> **Neue Bundesländer**

In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber 2008 gegenüber 2007 um 4,5 %. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 4,3 %, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 4,7 % (real + 1,9 %) auf 95.646 € resultiert. Insgesamt führten die Einkommensrückgänge in 2005 und 2006 und die

Einkommensanstiege in 2007 und 2008 zu einer Erhöhung des Einnahmen-Überschusses um 2,1 % im Jahr 2008 gegenüber 2004, was einer durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate von 0,5 % entspricht. Aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung, die in den neuen Bundesländern zwischen 2004 und 2008 9,7 % betrug, ist der Einnahmen-Überschuss in diesem Zeitraum real um 6,9 % zurückgegangen.

Im Jahr 2008 blieben 55 % der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor

Steuern unter dem Durchschnittswert von 95.646 € und 45 % erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag bei 90.230 €.

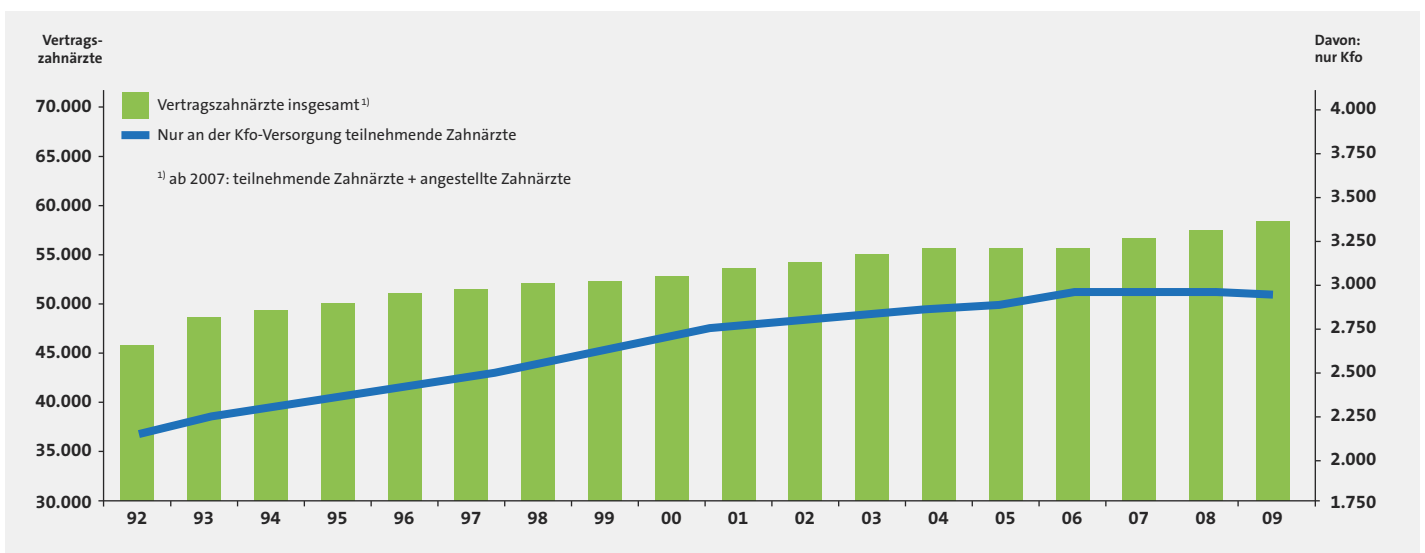
Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 47,2 Stunden, davon entfielen 35,0 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,74 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

Zahl der Zahnärzte

Das seit dem 01.01.2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde zum 01.07.2007 durch Änderungen der Bundesmantelverträge präzisiert. Damit sind neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen. Vertragszahnärzte können nun in erweitertem Um-

fang Zahnärzte anstellen, Zweigpraxen eröffnen oder gemeinsam überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gründen. Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG) ist die Bedarfszulassung zum 01.04.2007 weggefallen.

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) in Deutschland betrug Ende 2009 54.453 (alte Bundesländer inkl. Berlin 44.903, neue Bundesländer 9.550). Damit verringerte sich die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland gegenüber



AN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ZAHNÄRZTE DEUTSCHLAND (1992 - 2009)

dem Vorjahr um 0,6 % (alte Bundesländer – 0,4 %, neue Bundesländer – 1,4 %). Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende 2009 auf 2.972 (alte Bundesländer und Berlin: 2.539, neue Bundesländer ohne Berlin: 433) und ging damit gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal mit – 0,3 % leicht zurück.

Dieser Rückgang stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern er muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG)

Anfang 2007 gesehen werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des IV. Quartals 2008 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 3.087, Ende des IV. Quartals 2009 auf 4.087. Wesentliche Gründe für den Anstieg der Zahl der angestellten Zahnärzte dürften sein, dass einerseits Vertragszahnärzte aus der Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis gewechselt sind und andererseits Berufsanfänger in stärkerem Maße statt der Selbstständigkeit ein Angestellten-

verhältnis bei Vertragszahnärzten gewählt haben.

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte betrug am Ende des IV. Quartals 2008 57.867 (+ 1,2 % gegenüber IV/2007) und am Ende des IV. Quartals 2009 58.540 (+ 1,2 % gegenüber IV/2008). Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV).

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 2008 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 1,91 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 67,8 % der Leistungen zum 2,3-fachen liquidiert, 7,8 % wurden unter dem 2,3-fachen und 24,4 % über dem 2,3-fachen GOZ-Faktor abgerechnet.

> Impressum

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

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

Layout: beau bureau, Stephan Wieneritsch

Fotos: KZBV/Heller; KZBV/Darchingner; ZenShui by PhotoAlto/F1 online



