

Die Bedeutung von PZR und UPT bei der Behandlung von parodontalen Erkrankungen

Wie sollte der Behandlungspfad einer systematischen Parodontitistherapie aussehen? Und wie kommen wir dahin? Dr. Wolfgang Eber erläutert im Folgenden die notwendigen Schritte zur Umsetzung einer zeitgemäßen Parodontitistherapie aus seiner Perspektive als Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

Parodontale Erkrankungen sind heutzutage nach wie vor der Hauptgrund für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen. Nach den aktuellen Zahlen der Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) ist jeder zweite jüngere Erwachsene (52 %) von einer parodontalen Erkrankung betroffen, davon weisen 43,4 % eine moderate Parodontitis und rund jeder Zehnte eine schwere Parodontitis auf. In höheren Altersgruppen verstärkt sich dieser Trend noch. Die Bedeutung parodontaler Erkrankungen, ihre Zusammenhänge mit schweren allgemeinen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes, Pneumonien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie mit Frühgeburten wird in der Bevölkerung völlig unterschätzt. Im Bewusstsein der Menschen handelt es sich fälschlicherweise noch immer um eine Bagatellerkrankung.

Hinzu kommt, dass der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Hinblick auf Prävention und Nachsorge von parodontalen Erkrankungen unvollständig und veraltet ist. Er entspricht nicht mehr dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bei der aktuell in den Verträgen abgebildeten Parodontitistherapie fehlen wichtige Eckpfeiler für ein modernes und dauerhaft Erfolg versprechendes Behandlungskonzept. Ohne diese wird es auf Dauer aber keine Erfolge bei der Bekämpfung der „stillen“ Volkskrankheit Parodontitis geben.

Es stellt sich die Frage, wie zwischen dem aktuellen Wissen und den verbindlichen Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung ein Gleichklang hergestellt werden kann. Die derzeitige Situation ist dabei alles andere als befriedigend – weder für Patienten, noch für die Zahnärzteschaft, noch für die Wissenschaft. Benötigt wird folglich ein neues, ein modernes Versorgungskonzept im Bereich der Parodontitistherapie auf der Höhe der Zeit.

Wesentliche Bausteine einer präventionsbasierten Versorgungsstrecke fehlen derzeit noch. Hierzu zählen u. a. die Möglichkeit des Zahnarztes zur individuellen Aufklärung, Motivation und Remotivation der Patienten, die regelmäßige Verlaufskontrolle im Sinne einer qualitätsgesicherten Evaluation sowie ein strukturiertes Nachsorgeprogramm im Sinne der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT).

Die KZBV hat bereits im Jahr 2014 begonnen, zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG Paro) und unter Beteiligung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die bisher in der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und im BEMA abgebildete PAR-Therapiestrecke zu hinterfragen und insbesondere die

mögliche Einbindung dringend erforderlicher Präventionskonzepte einschließlich der UPT in den GKV-Leistungskatalog zu prüfen. Die Expertenrunde hat die Problemfelder der derzeitigen Regelungen und Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung identifiziert und erstellt momentan unter Federführung der KZBV ein umfassendes Versorgungskonzept zur Parodontitistherapie in der GKV.

Präventionserfolge

Die Mundgesundheit in Deutschland konnte durch konsequente Prävention in den vergangenen 20 Jahren erheblich verbessert werden. Insbesondere in der Kariologie haben wir beeindruckende Erfolge erzielt und stehen international an der Spitze. Die 2016 vorgelegten Daten der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) zeigen dies eindrucksvoll. Waren zum Beispiel im Jahre 1997 lediglich 41,8 % der 12-Jährigen kariesfrei, sind es heute ganze 81 %. Das ist ein großer Erfolg, der zweifelsohne auch auf die flächendeckende Gruppen- und Individualprophylaxe zurückzuführen ist. Bei den jungen Erwachsenen hat sich die Wurzelkaries in den Jahren 1997 bis 2014 halbiert. Diese positive Entwicklung wurde auch durch die kontinuierliche Verbesserung des Mundhygieneverhaltens erreicht. Im Bereich der Parodontitis liegt im Gegensatz zur Karies der Turnaround zur präventionsorientierten Zahnheilkunde noch vor uns.

Rolle der PZR

Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) ist wesentlicher Bestandteil eines präventionsorientierten Gesamtkonzepts zur Vermeidung und Therapie von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beschreibt die Leistung der GOZ-Nr. 1040 wie folgt: „Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.“

Wie man der Leistungsbeschreibung schon entnehmen kann, ist die PZR eine Präventivmaßnahme, die sowohl kariespräventive als auch gingivitis- bzw. parodontitispräventive Zielrichtung besitzt. Sie ist keine Maßnahme der Parodontitistherapie. Auch in dem Konsensusbericht des Präventionsworkshops

der Europäischen Föderation für Parodontologie steht ausdrücklich der Satz: „Eine Plaqueentfernung (PZR) als alleinige Therapie für Parodontitis ist unangemessen“ (Tonetti 2015). Und weil die PZR keine Therapieleistung ist, haben Versicherte der GKV auch bei Vorliegen einer Parodontitis keinen Anspruch auf Durchführung einer PZR zulasten der GKV (LSG-BW 2015).

Die PZR als primärpräventive Maßnahme in der zeitlichen Verlängerung der Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche zeigt nach der aktuellen DMS V ihre Effektivität: Jüngere Erwachsene, die regelmäßig eine Professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, zeigen weniger Karieserfahrung und bessere parodontale Zustände. Die Karieserfahrung – also die Gesamtheit der durch Karies oder Kariesfolgen (Füllungen oder andere Restaurationen, Zahnverluste) betroffenen Zähne eines Gebisses – liegt in dieser Altersgruppe bei regelmäßiger PZR bei 10,7 Zähnen, während sie in der Gruppe von Personen, die keine regelmäßige PZR in Anspruch nehmen, bei 11,4 Zähnen liegt. Der Anteil der Zahnfleischentzündungen liegt in dieser Gruppe um rund 9 Prozentpunkte niedriger. Jüngere Erwachsene mit einer regelmäßig in Anspruch genommenen PZR weisen zudem weniger Zahnflächen mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm bzw. Attachmentlevel ≥ 3 mm auf (9,3 % vs. 14,0 % bzw. 39,0 % vs. 44,8 %; Jordan 2016).

Bei den jüngeren Senioren stellen sich die Unterschiede noch deutlicher dar: Die Karieserfahrung in dieser Altersgruppe mit regelmäßiger PZR liegt bei 15,5 Zähnen, während sie in der Gruppe ohne diese Maßnahme bei 18,4 Zähnen liegt. Der Unterschied fällt bei der Anzahl fehlender Zähne ganz besonders deutlich aus: 6,9 fehlende Zähne vs. 12,4. Jüngere Senioren mit einer regelmäßig in Anspruch genommenen PZR wiesen deutlich niedrigere Werte für Zahnfleischentzündungen auf (25,1 % vs. 41,9 %) als jüngere Senioren ohne PZR-Inanspruchnahme. Auch der Anteil der Zahnflächen mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm bzw. Attachmentlevel ≥ 3 mm fiel bei den Studienteilnehmern mit regelmäßiger PZR geringer aus (20,4 % vs. 28,2 % bzw. 67,0 % vs. 71,2 %) (Jordan 2016).

Ambivalenz der Krankenkassen

Die PZR ist eine wissenschaftlich anerkannte, hochwirksame Präventionsleistung. Dem entgegen steht die Bewertung der PZR durch die Krankenkassen. Diese ist ambivalent. Während der medizinische Dienst der GKV (MDS) den Nutzen der PZR anzweifelt, übernehmen viele gesetzliche Krankenversicherungen einen Teil der Kosten für die Professionelle Zahnreinigung (KZBV 2016).

Die KZBV hat die Angebotsvielfalt bei der PZR zum Anlass genommen für eine Umfrage bei allen 124 vom GKV-Spitzenverband im April 2015 gelisteten gesetzlichen Krankenkassen. Immerhin 61 Kassen beteiligten sich an der Umfrage. Gefragt wurde, wie sich die konkrete Leistung der jeweiligen Kasse im Zusammenhang mit einer PZR gestaltet, ob es Absprachen mit Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) gibt

und ob der Zahnarzt frei nach der GOZ abrechnen kann. Etliche der durch die KZBV befragten Kassen gewähren ihren Versicherten einen Zuschuss zur PZR pro Jahr oder pro Termin. Einige Kostenträger bieten Vergünstigungen jedoch nur in Zusammenarbeit mit ausgewählten Zahnärztinnen und Zahnärzten an. Versicherte können diese Angebote also häufig nicht beim Zahnarzt ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Dafür sind in diesen Fällen oft aber ein bis zwei Zahnreinigungen kostenfrei. Manche Kassen bieten ihren Versicherten bei der PZR wahlweise beide Zuschussvarianten an.

Eigenverantwortung ist Aufgabe der Patienten

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind in Deutschland oralprophylaktische Maßnahmen nach dem 18. Lebensjahr aber zu Recht in die Eigenverantwortung der Patienten gestellt (§ 22 SGB V). Das Prinzip heißt: Jeder erwachsene Versicherte, nachdem er bis zum 18. Lebensjahr alle Möglichkeiten gehabt hat, Individualprophylaxe zu lernen, für seine Mundgesundheit zu sorgen, zu verstehen, wie die Zusammenhänge sind, muss ab dann in Eigenverantwortung alles Erdenkliche tun, um für die Gesundheit, auch für seine Mundgesundheit, zu sorgen. Es gilt auch der Grundsatz, dass nicht alles, was medizinisch sinnvoll ist, auch der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterfällt (§ 2 SGB V). Denn die GKV stellt dem Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung (§ 12 SGB V).

Und die Patienten wissen das: Eigenverantwortung ist für gesunde Zähne unverzichtbar. Nach den Angaben der für die DMS V befragten Menschen ist ihnen in der Regel bewusst, dass gesunde Zähne auch das Ergebnis von eigenverantwortlichem Handeln sind. Hierzu gehören neben dem eigenen Zahnputzverhalten regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt. Gerade die Gruppe der jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) besitzt heutzutage mehr eigene Zähne als früher. Aus dieser Gruppe gibt bspw. jeder Vierte an, regelmäßig eine PZR in Anspruch zu nehmen (Jordan 2016).

In keinem anderen Versorgungsbereich sind die Zusammenhänge zwischen Eigenvorsorge und Gesundheit so prägnant wie in der Zahnheilkunde, und die Patienten möchten selbst wirkungsvoll Einfluss auf die eigene Zahngesundheit nehmen. Hierzu ist es erforderlich, intensiv mit dem Patienten zu kommunizieren und individuell Präventions- und Therapieziele festzulegen. Diese „Sprechende Zahnmedizin“ ist heute im Leistungskatalog der GKV nicht adäquat abgebildet. Es fehlt das „Ärztliche Gespräch“ als gesonderte Leistungsposition. Das Ärztliche Gespräch besteht immer aus der Information über den Befund und die Diagnose und die Bedeutung des Gesamten. Dann kommen selbstverständlich die Information über die Therapie, die damit gegebenenfalls im Zusammenhang stehenden Kosten und letztendlich insbesondere die Einschätzung der Compliance des Patienten, seiner Mitarbeit, denn auch das wird zukünftig teilweise mit ausschlaggebend dafür sein, wie die einzelnen Therapieschritte fest-

gelegt werden können und welche Therapiemaßnahmen überhaupt mit dem Patienten durchgeführt werden.

Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Das Ärztliche Gespräch ist ein fehlender Bestandteil einer modernen PAR-Versorgungsstrecke. Ein anderer wesentlicher Baustein einer am Stand der Wissenschaft ausgerichteten Parodontitistherapie ist die Unterstützende Parodontitistherapie, die UPT. Um den Behandlungserfolg nach der aktiven Phase der Behandlung einer chronischen Erkrankung zu stabilisieren, ist sowohl nach abschließlicher antiinfektöser Therapie (AIT) im geschlossenen Vorgehen als auch bei Patienten mit zusätzlich durchgeführter weiterführender chirurgischer Parodontitistherapie (CPT) der Übergang in die strukturierte Nachsorge erforderlich.

Die UPT hat zum Ziel, sowohl nicht befallenes gingivales und parodontales Gewebe gesund zu erhalten als auch Neu- oder Reinfektionen in behandelten Bereichen zu erkennen und bestehende Erkrankungen einzudämmen.

Zum Erreichen dieses Ziels sind regelmäßige UPT-Sitzungen notwendig. Die UPT besteht aus:

- Kontrolle der individuellen Mundhygiene (Plaque- und Entzündungsindex)
- Mundhygienemotivation und -instruktion
- mindestens einmal pro Jahr PAR-Status
- erneute vollständige supra- und subgingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen
- subgingivale Instrumentierung an Zähnen mit ST = 4 mm und Bluten auf Sondieren (BOP) und alle Stellen mit ST \geq 5 mm

Im Gegensatz zur PZR ist die UPT eine Therapiemaßnahme und keine Prophylaxe. Nur mit der UPT lassen sich Behandlungserfolge langfristig sichern (Costa 2014). Die regelmäßige Teilnahme an der UPT verringerte den durchschnittlichen Zahnverlust bei Erwachsenen mit bzw. nach Parodontitis über 10 Jahre um ca. 2 Zähne im Vergleich zu Patienten, die unregelmäßig durch UPT nachgesorgt wurden (Eickholz 2008, König 2001, Müller 2013, Pretzl 2008).

Dorniger Weg zur Richtlinie

Die in der UPT enthaltenen Therapiemaßnahmen sind aktuell nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten. Es ist weder einfach noch schnell möglich, neue, aktuelle PAR-Leistungen durchzusetzen. Im deutschen Gesundheitswesen legt der G-BA als oberstes Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung anhand von Richtlinien fest, welche Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird und welche nicht. Aus Gründen der Stimmverteilung ist es im G-BA nicht immer einfach, eine Beratung aus Sicht der Vertragszahnärzteschaft erfolgreich abzuschließen.

Die starke Formalisierung bei der Einführung neuer Behandlungsmethoden auf Basis der Evidenzbasierten Medizin sieht im G-BA zur Einführung neuer präventiver und therapeuti-

scher Maßnahmen das Verfahren der Methodenbewertung nach § 135 SGB V vor. Hierbei wird weltweit nach der bestmöglichen Evidenz für eine Behandlungsmethode in Form von wissenschaftlichen Studien gesucht. Dies ist der Einstieg in die Beratungen und genau an diesem Punkt stehen wir heute im Bereich der Aktualisierung der PAR-Leistungen in der Behandlungsrichtlinie.

Anfang 2015 wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer wissenschaftlichen Expertise beauftragt, die bestehenden Regelungen in der Behandlungsrichtlinie hinsichtlich der Parodontitistherapie systematisch zu überprüfen. Dieser Vorbericht wurde nun im Januar veröffentlicht. Das IQWiG weist darin jedoch völlig unverständlicherweise nahezu keine positiven Belege zum Nutzen der Parodontalbehandlung aus. Mit seiner starren Methodik schließt das IQWiG hinsichtlich der Parodontalbehandlung zahlreiche international anerkannte Studienergebnisse bei der Bewertung aus und lässt sie gänzlich unberücksichtigt. Somit wird also Versorgungsformen, die weltweit auf wissenschaftlicher Erkenntnislage angewendet werden, der Nutzen für Deutschland abgesprochen. Angesichts dieser Einschätzung kann man nur fassungslos den Kopf schütteln, denn letztendlich sind die Patienten die Leidtragenden. Dies wirft die grundsätzliche Frage auf, ob die Methoden des IQWiG zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln überhaupt auch auf nicht medikamentöse Therapieformen in Human- und Zahnmedizin angewendet werden können.

Finanzierung

Eine Ausweitung der Parodontitistherapie als vollständig übernommene Sachleistung würde – auch nur über einen begrenzten Zeitraum – voraussichtlich zu einer massiven Ausgabensteigerung in der GKV führen. Ausgehend von der derzeitigen Zahl der jährlich über die GKV abgerechneten Behandlungsfälle und den dafür von der GKV geleisteten Zahlungen (etwa 424 Millionen Euro im Jahr 2014) gehen sehr vorsichtige Schätzungen von einer schnellen Vervielfachung der genannten Kosten aus. Zusätzliche Bedeutung erhält das Thema durch die seit Jahren immer dichter werdenden Hinweise aus der Wissenschaft, dass parodontale Erkrankungen keineswegs nur ein Problem der Mundhöhle sind, sondern weit darüber hinausreichend schwere Allgemeinerkrankungen wie beispielsweise Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen befördern, wenn nicht sogar auslösen können.

Hier kommt der Standespolitik die verpflichtende Aufgabe zu, der Politik praktikable Lösungsvorschläge zu unterbreiten, zugleich aber auch mögliche Alternativen aufzuzeigen. Die KZBV bezieht deshalb nicht nur die fachlichen Gesichtspunkte in ihre Überlegungen für die Neugestaltung der Richtlinien mit ein, sondern befasst sich auch mit der Frage, ob künftig etwa durch spezielle Anreizsysteme sowohl die Mitarbeit der Patienten als auch die Finanzierbarkeit gefördert werden können.

Problem Compliance-Abriss

Wir wissen heute, dass – statistisch betrachtet – über 50 % der instrumentierten Patienten nicht zur angebotenen Nachsorge erscheinen (Demetriou 1995, Demirel 1995, Ojima 2001, Tan 1992). Dieser Compliance-Abriss führt dazu, dass die Nachhaltigkeit eines erreichten Behandlungserfolges vollständig verloren geht. Diese Patienten werden dann als PAR-Rezidivfälle nach zwei oder drei Jahren erneut beantragt. Hier darf man zu Recht annehmen, dass die erneute PAR-Therapie bei einer strukturierten Nachsorge, die entsprechend in Anspruch genommen worden wäre, nicht notwendig gewesen wäre.

Anreizsysteme als Lösung

Um dem Compliance-Abriss entgegenzusteuern, ist die Mitarbeit und Mitverantwortung des Patienten für seine Mundgesundheit mit einem Anreizsystem zu fördern. Hier können wir mit dem Bonusheft und seiner Steuerungswirkung auf den Zuschuss der Zahnersatzversorgung auf eine langjährige Erfahrung zurückblicken.

Durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1998 wurde das Bonussystem in die zahnmedizinische Versorgung eingeführt. Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) konnte durch den Vergleich epidemiologischer Daten belegen, dass daraus ein deutlicher Anstieg der kontrollierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Konsultationen resultierte, der mit einem deutlichen Rückgang der unversorgten kariösen Zähne korrespondierte. Natürlich war diese positive Veränderung im Mundgesundheitsverhalten auch der allgemein gestiegenen „dental awareness“ in der Gesellschaft zuzuschreiben. Aber dies reichte als Erklärungsmodell nicht aus. Die durch die Anreizstrukturen des Bonussystems induzierten Effekte kamen hinzu (Klingenberger 2006). Schon damals wurde vom IDZ angeraten: „Deshalb wäre zu prüfen, ob das Bonusheft als positives Anreizsystem nicht auch das parodontale Gesundheitsbewusstsein fördern könnte“ (ebd.).

Das Bonussystem ist seit Jahren in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz etabliert. Die Patienten können ihren erworbenen Bonus für die strukturierte Nachsorge (UPT) sofort einsetzen. Eine Latenz, die beim Neuaufbau anderer Anreizsysteme immanent wäre, entfällt.

Fazit

Wir benötigen eine neue, an den Stand der Wissenschaft angepasste Behandlungsstrategie für den Kampf gegen die Parodontitis. Es muss eine umfangreiche Präventionsorientierung auf allen Ebenen erfolgen. Auf der Bevölkerungsebene muss durch Aufklärungskampagnen die Gesundheits-

kompetenz zur Parodontitis gestärkt werden. Diese stille Volkskrankheit und ihre Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit und die Lebensqualität müssen genauso vermittelt werden wie mögliche Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise die PZR. Auf der Individualebene müssen die Patienten im individuellen Gespräch mit ihrem Zahnarzt auf ihre konkrete Situation hin beraten werden. Dieses Element der Sprechenden Zahnmedizin muss im GKV-System über die neue Leistung „Ärztliches Gespräch“ adäquat abgebildet werden. Und aus wissenschaftlicher Sicht fehlt vor allem eine strukturierte Nachsorge, also die UPT. Um die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Volkskrankheit in den Griff zu bekommen, muss neben einer flächendeckenden Aufklärung der Bevölkerung mit dem Ziel der Entwicklung eines spezifischen Krankheitsbewusstseins auch der Leistungskatalog der GKV zwingend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst und entsprechend ergänzt werden. Die Leistungskomponenten einer modernen PAR-Versorgungstrecke nach State of the Art sind in der Wissenschaft anerkannt und akzeptiert. Die Vertragszahnärzteschaft macht sich des Weiteren dafür stark, die „stille“ Volkskrankheit Parodontitis künftig noch nachhaltiger und effektiver zu bekämpfen. Derzeit wird unter Federführung der KZBV und unter Beteiligung namhafter Wissenschaftler ein neues, wirksames und umfassendes Versorgungskonzept erarbeitet. Dieses dient dann als abgesicherte Grundlage für die Neuausrichtung der Parodontitisversorgung in der GKV. Es ist versorgungspolitisch richtig und wichtig, wirksame Anreize zur regelmäßigen Teilnahme an der Nachsorge zu setzen. Hier könnte aus Sicht der Vertragszahnärzteschaft ein Bonusmodell greifen – ähnlich wie schon bei der Versorgung mit Zahnersatz. Darüber hinaus muss das parodontitispezifische Krankheitsbewusstsein in der Gesellschaft durch flächendeckende Aufklärung geschärft werden. Wissenschaftlich erwiesene Zusammenhänge zwischen Parodontitis und schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Problemen sind noch zu wenig bekannt. Wir stehen im Bereich der Neuausrichtung der Parodontistherapie sicher erst am Anfang eines Prozesses, der sich über Jahre hinziehen wird. Als Selbstverwaltungskörperschaft sind wir auf die Unterstützung der Politik bei der Ausgestaltung der Versorgung und deren Finanzierung angewiesen. Alle Entscheidungsträger in Politik, Wissenschaft und Selbstverwaltung sind aufgefordert, gemeinsam mit der Vertragszahnärzteschaft eine Behandlungsstrategie gegen die Volkskrankheit Parodontitis zu etablieren, die dem Stand der Wissenschaft entspricht. Und wir werden mit den Krankenkassen über eine adäquate Honorierung verhandeln müssen.

Literaturverzeichnis unter www.pnc-aktuell.de/literaturlisten



Dr. Wolfgang Eber

*Vorsitzender des Vorstandes Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts*

Dr. Wolfgang Eber ist seit dem Jahr 2002 Mitglied des Vorstandes der KZBV. In den Jahren 2005 bis 2013 war er stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes. Seit dem Jahr 2013 ist Wolfgang Eber Vorsitzender des Vorstandes. Nach der Geschäftsordnung der KZBV ist Wolfgang Eber für die Aufgabebereiche Politik, Gesetzgebung, Vertragsangelegenheiten (Vertragsrecht), Statistik, Gemeinsamer Bundesausschuss (Plenum) sowie internationale Arbeit verantwortlich.

Die KZBV vertritt die Interessen von mehr als 53.000 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten in Deutschland. Sie ist die Dachorganisation der 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die die zahnärztliche Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherstellen. Die KZBV hat den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und erfüllt eigenverantwortlich gesetzlich zugewiesene Aufgaben. Als Einrichtung der zahnärztlichen Selbstverwaltung verhandelt sie unter anderem mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen zum Leistungsumfang der GKV und zur Honorierung der Zahnärzte. Die KZBV ist stimmberechtigte Trägerinstitution im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zusammen mit den Körperschaften und Landesorganisationen von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gestaltet die KZBV im G-BA den Leistungskatalog der GKV für etwa 70 Millionen Menschen maßgeblich mit.



Universitätsstr. 73
50931 Köln

Sie haben ...

Kritik?

Anregungen?

Oder Fragen?

Dann schreiben Sie uns unter redaktion@spitta.de!



Bringen Sie Farbe in Ihre Praxis!

**IDS 2017 in Köln
Halle 11.1, Stand F40/G49**

- Frische Farben, die Ihre Praxis bunter machen!
- Kostenlose Hygieneberatung
- Es erwartet Sie eine kleine Überraschung!

**IDS-Spezial
20 % Rabatt
auf alle ORBIS Produkte!**

Besuchen Sie uns –
wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team von ORBIS Dental

ORBIS