

»» Dynamik



Geschäftsbericht 2013/2014 » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum von Juli 2013 bis Juni 2014.



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

Anstelle eines Vorwortes

Wir sind wieder Fußballweltmeister. Unsere Nationalmannschaft hat in Brasilien mit Einsatz, technischem Können und taktischem Geschick begeistert. Adieu spanisches Kurzpassspiel, auch Tiki-Taka genannt! Das dynamische Auftreten unserer Weltmeisterelf ist jetzt Blaupause und Arbeitsgrundlage für viele Trainer anderer Mannschaften.

Was das mit uns Zahnärztinnen und Zahnärzten zu tun hat? Sehr viel! Denn so wie sich Fußballer in einem dynamischen Umfeld bewegen, so sind auch wir Teil eines sich ständig weiterentwickelnden Systems, in dem viele Kräfte mit- und manchmal auch gegeneinander wirken: Patienten, Zahnärzteschaft, Krankenkassen und die Politik. Die Akteure sind jedoch nicht wie im Fußball Gegner, sondern in der Regel Partner und so sollte auch ihr Selbstverständnis sein. Denn die gelebte gemeinsame Selbstverwaltung ist eine der besonderen Stärken unseres Gesundheitswesens. Sie funktioniert nicht nur im vertragszahnärztlichen Bereich vorbildlich zum Wohle der Patienten.

Dass dieses System aber kein Selbstläufer ist, sondern dynamisch den sich verändernden Bedingungen angepasst werden muss, versteht sich von selbst. Da kommt es auch auf das richtige Verhältnis zwischen lauten und leisen Tönen an, wie Dynamik in der Musik definiert wird. Deshalb müssen wir als Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – im übertragenen Sinn – auch schon mal „kräftig auf die Pauke“ hauen. Doch wohlklingend wird es in der Tonalität immer erst dann, wenn auch die Piccoloflöte ihren Einsatz hat. Das Ergebnis dieses austarierten Zusammenspiels aus lauten und leisen Tönen ist unter anderem im Koalitionsvertrag nachzulesen, in dem die Freiberuflichkeit unseres Berufsstandes als unverzichtbares Element für die flächendeckende Versorgung und als

Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit sowie für die freie Arztwahl benannt ist.

Die Dynamik, mit der sich Technologien und Gesellschaften entwickeln, ist enorm. Was gestern noch en vogue war, reicht heute gerade noch aus und ist morgen überholt. Diese Dynamik haben wir aufgenommen und daraus abgeleitet vielfältige Projekte initiiert.

Bei der Prävention sind wir Zahnärzte längst Vorreiter im Gesundheitswesen. Mit den gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer und der Wissenschaft entwickelten und abgestimmten Konzepten „Mundgesundheit trotz Handicap und Alter“ sowie „Frühkindliche Karies vermeiden“ sind wir bei der Politik auf offene Ohren gestoßen. Ende des vergangenen Jahres haben wir zudem mit dem Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni und dem Bundesverband der Zahnmedizinstudenten eine Kooperation und einen engen Dialog vereinbart. Mit speziellen Studien wollen wir erfahren, wie sich die sogenannte „Generation Y“ ihr künftiges Arbeitsumfeld vorstellt, um dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen gestalten zu können. Nur mit gesichertem Wissen wird es uns gelingen, auch künftig eine hochwertige, flächendeckende und wohnortnahe vertragszahnärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Aber um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir – um im Bild des amtierenden Fußballweltmeisters zu bleiben – auch weiterhin das aktive Mitspielen der Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung. Nicht Tiki-Taka, nicht Kleinklein, sondern viel Dynamik sollte das treibende Element für die vertragszahnärztliche Versorgung sein – jetzt und in Zukunft.

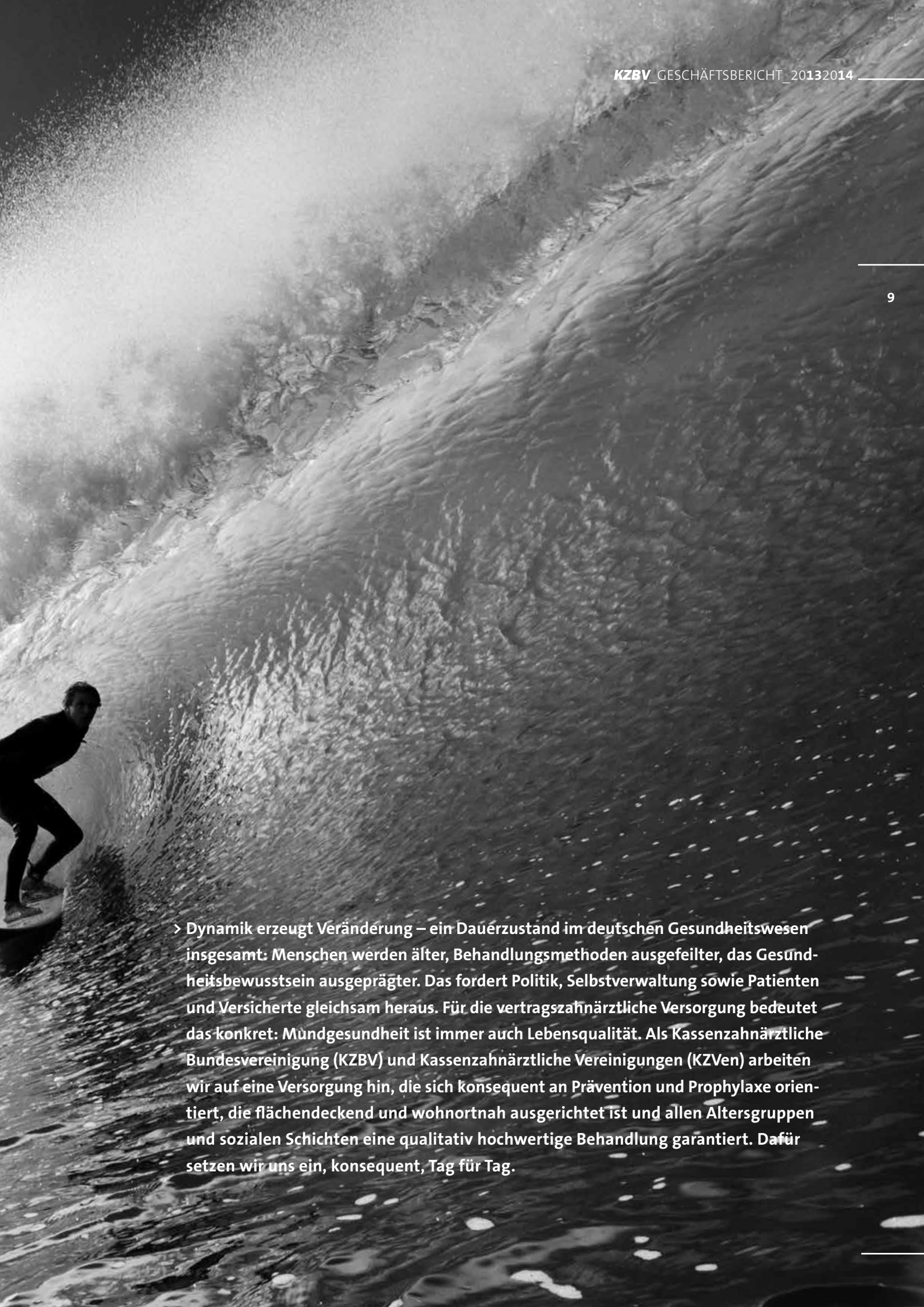
Inhaltsverzeichnis

6

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



Dynamik



› **Dynamik erzeugt Veränderung – ein Dauerzustand im deutschen Gesundheitswesen insgesamt: Menschen werden älter, Behandlungsmethoden ausgefeilter, das Gesundheitsbewusstsein ausgeprägter. Das fordert Politik, Selbstverwaltung sowie Patienten und Versicherte gleichsam heraus. Für die vertragszahnärztliche Versorgung bedeutet das konkret: Mundgesundheit ist immer auch Lebensqualität. Als Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) arbeiten wir auf eine Versorgung hin, die sich konsequent an Prävention und Prophylaxe orientiert, die flächendeckend und wohnortnah ausgerichtet ist und allen Altersgruppen und sozialen Schichten eine qualitativ hochwertige Behandlung garantiert. Dafür setzen wir uns ein, konsequent, Tag für Tag.**

Dynamik

Auf den Zahn gefühlt

10

> Auf den Zahn gefühlt

Vom kunstvoll verzierten Zahnstocher, gefunden in mehreren tausend Jahren alten mesopotamischen Königsgräbern, bis hin zur App der KZBV für Smartphones für die Zahnarztsuche – das Thema Mundgesundheit beschäftigt die Menschen seit jeher. Und die Entwicklung von Hilfsmitteln und zahntechnischen Instrumenten für die Zahnpflege und -behandlung zeigt im Lauf der Geschichte, mit welcher Dynamik das Thema fortschreitet. Gesunde und möglichst makellose Zähne haben in Deutschland für einen erheblichen Teil der Bevölkerung besondere Bedeutung – nicht nur aus ästhetischen Gründen. Mund- und Allgemeingesundheit hängen unmittelbar miteinander zusammen. Dafür liefert die Forschung seit vielen Jahren fundierte Belege.

Das oberste versorgungspolitische Ziel der Zahnärztinnen und Zahnärzte bleibt daher die kontinuierliche Verbesserung der Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung. Das wollen wir sicherstellen – im partnerschaftlichen Austausch mit den Patienten. Dafür lassen wir uns mit einem transparenten, qualitativ hochwertigen Leistungsangebot und nachvollziehbaren Kostenstrukturen sprichwörtlich „auf den Zahn fühlen.“

Die Herausforderungen für den Berufsstand und die zahnmedizinische Versorgung sind erheblich. Obwohl sich die Mundgesundheit der Bevölkerung in den vergangenen 20 Jahren deutlich verbessert hat, leiden hierzulande immer noch unnötig viele Menschen an oralen Krankheiten. Verbesserungsfähig etwa ist die Zahn- und Mundgesundheit bei Risikogruppen wie wirtschaftlich Schwachen, Migranten, Senioren und Menschen mit Behinderungen. Statistiken zeigen die Größe der Aufgabe. Weniger als ein Prozent der Erwachsenen hat ein kariesseres Gebiss. Etwa 80 Prozent der über 35-Jährigen sind von Entzündungen des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparates betroffen. Die Folgen sind oft langwierige und teure Behandlungen zu Lasten der Versichertengemeinschaft sowie eine geminderte Lebensqualität der Betroffenen.

Ein gesunder Mundraum ist nicht nur essenziell für die Bewahrung von Lebensfreude im Alltag, sondern wirkt sich positiv auf den gesundheitlichen Gesamtheitszustand aus. Gleiches gilt auch umgekehrt: So ist beispielsweise der Zusammenhang von Parodontitis und Diabetes wissenschaftlich gut belegt. Umso wichtiger wird für eine wirksamere Prävention die engere Kooperation von Zahn- und Humanmedizin. Nur durch eine engere Vernetzung dieser Disziplinen können die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige und flächendeckend gute Zahn- und Mundgesundheit in Deutschland gesichert und ausgebaut werden.

> Vom Milchzahn bis ins hohe Alter

Verbesserungen in der Versorgung setzen immer auch mehr Eigenverantwortung der Patienten voraus. Nur mit ihrer Bereitschaft zu gründlicher Mundpflege sowie zu regelmäßigen Kontrollbesuchen beim Zahnarzt kann der von der Zahnärzteschaft eingeleitete Paradigmenwechsel gelingen – weg von einer kurativen und hin zu einer präventiven Zahnheilkunde. Bislang erreichte Ergebnisse machen zuversichtlich, dass diese Entwicklung künftig fortgesetzt und verstetigt werden kann. Umfangreiche Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sowie Individualprophylaxe in Praxen nehmen einen immer größeren Anteil der Arbeit der Zahnärzte ein. Hinzu kommen zielgerichtete Aufklärungskampagnen und Einzelmaßnahmen wie der verstärkte Einsatz von Fluoriden oder die Fissuren-Versiegelung der Kauflächen. Ziel unserer Präventionsanstrengungen ist es, allen Menschen über alle Lebenssituationen hinweg ein naturgesundes Gebiss zu ermöglichen oder zu erhalten – vom Milchzahn bis ins hohe Alter.

Der Präventionsgedanke ist bei der Zahnärzteschaft fest verankert. Der Berufsstand ist dabei Vorreiter im deutschen Gesundheitswesen, sei es in der privaten oder in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass bei der präventiven Betreuung von Patienten weiterhin Handlungsbedarf besteht. So profitieren Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung bislang zu wenig von prophylaktischen Anstrengungen. Die demografische Entwicklung wird das Problem zweifelsohne noch verstärken.

Bei Kindern und Jugendlichen wiederum entwickelt sich eine wachsende Schiefelage im Kariesbefall. Nicht verwunderlich ist, dass sich diese Risikogruppen vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund rekrutieren. Gerade bei Kindern unter drei Jahren finden Zahnärzte wieder zunehmend kariöse Zähne. Das System der Früherkennungsuntersuchungen setzt allerdings erst ab dem 30. Lebensmonat und damit aus unserer Sicht zu spät an. Die Vertragszahnärzte bauen daher ihre bisherige Präventionsstrategie mit entsprechenden Versorgungskonzepten aus, um möglichst alle Alters- und zahnmedizinischen Risikogruppen zu erreichen.

Die Basis dafür bildet die „Agenda Mundgesundheit“. Die darin festgehaltenen Inhalte, Forderungen und Ziele bleiben das gesundheitspolitische Programm der Vertragszahnärzteschaft für die kommenden Jahre. Mit den gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) entwickelten und mit der Wissenschaft abgestimmten Konzepten „Frühkindliche Karies vermeiden“ und „Mundgesundheit trotz Handicap und Alter“

haben wir diese Grundlagen noch erweitert. Damit die Zahnärzteschaft ihre ambitionierten Ziele erreichen kann, bedarf es des Austauschs und des Handelns der Politik, der Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie der Träger der Selbstverwaltung.

Die Politik aber tut sich mit dem Thema Prävention noch immer schwer. Zwar steht es bei ihr seit langem auf der Tagesordnung, doch zu einem entsprechenden Gesetz ist es auch in der abgelaufenen Legislaturperiode nicht gekommen. In der Folge muss das Gesetz im neu gewählten Bundestag abermals verhandelt werden und auch in der Länderkammer Zustimmung finden. Wieviel Zeit das in Anspruch nehmen wird, ist nicht absehbar. Ungeachtet dessen unterstützt die Zahnärzteschaft weiterhin die von der Politik wiederholt betonte Eigenverantwortung der Patienten und die ange-dachten Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssicherung von präventiven Maßnahmen.

➤ Prävention vom ersten Zahn an

Mundgesundheit ist nicht nur ein Thema für erwachsene Menschen. Wer auch im Alter noch ordentlich zubeißen will, muss von frühester Kindheit an etwas dafür tun. Darum ist eine dental-präventive Betreuung vom ersten Milchzahn an wichtig. Zwar verfügt Deutschland über ein gutes System der Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche, aber die Präventionsleistungen der GKV setzten bislang erst ab dem 30. Lebensmonat ein. Die damit erzielten Erfolge sind unumstritten. Mit einem Durchschnittswert von 1,2 an Karies erkrankten Zähnen bei 12-Jährigen steht Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut da.

Zugleich aber hat die frühkindliche Karies („early childhood caries“) zugenommen – als Folge der eklatanten Versorgungslücke bei der präventiven Betreuung von Kleinkindern bis zu drei Jahren. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass Kinder immer öfter schon kariöse Zähne aufweisen, wenn sie das Alter für die Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe erreicht haben. Diese Entwicklung setzt sich in den Folgejahren häufig fort. Annähernd die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sind bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden. Um frühkindliche Karies erfolgreich zu bekämpfen, bedarf es daher einer engen Kooperation von Zahnärzten, Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzten. Werdende Eltern müssen schon im Rahmen der Schwangerschaftsberatung über Mundgesundheitsfragen bei Neugeborenen und Kleinkindern aufgeklärt und zu einer ausreichenden Vorsorge motiviert werden.

Eine wesentliche Forderung der Zahnärzteschaft ist, dass das Kinder-Untersuchungsheft um zahnärztliche Frühuntersuchungen erweitert wird, um eine systematische Betreuung

gezielt zu sichern. Erste Impulse für die erweiterte dentale Frühprävention haben bereits einige Krankenkassen gesetzt, indem sie Frühprävention schon ab sechs bis zehn Monaten ermöglichen und dazu entsprechende ECC-Verträge mit einigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geschlossen haben. Auf Kassenseite tätig geworden sind im Berichtszeitraum die Barmer GEK, die AOK Nordost und die AOK Rheinland/Hamburg. Dieser eingeschlagene Weg muss in den kommenden Monaten und Jahren weiter verfolgt werden.

Die neuen Maßnahmen ergänzen die bereits vielfältigen Aktivitäten für die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen. Das beginnt mit Früherkennungsuntersuchungen bis zum 72. Lebensmonat und setzt sich mit der Gruppen- und Intensivprophylaxe zwischen dem sechsten und achtzehnten Lebensjahr fort, die bei Bedarf durch Individualprophylaxe-Leistungen ergänzt werden. Ab dem zwölften Lebensjahr erhalten Jugendliche zudem ein Bonusheft zum Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen. Es dient dem Versicherten als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Festzuschüsse bei einem notwendig werdenden Zahnersatz und folgt dem bewährten Anreizsystem für Erwachsene.

➤ Gut versorgt trotz Handicap

Die Deutschen werden älter und können mit stetig steigender Lebenserwartung rechnen. Das belegen verschiedene demografische Studien. In einer älter werdenden Gesellschaft hat eine adäquate zahnmedizinische Versorgung einen wachsenden Stellenwert. Doch gerade bei der Mundgesundheit klaffen bei der Versorgung älterer Mitbürger noch erhebliche Lücken. Ältere können häufig nur schwer oder nicht angemessen von zahnärztlichen Leistungen profitieren. Nicht zuletzt weil der Leistungskatalog der GKV auf der Annahme basiert, dass Erwachsene – welchen Alters auch immer – selbständig Mundhygiene betreiben, bei Bedarf eine Praxis aufsuchen und bei der Behandlung mit Zahnärzten und medizinischen Personal aktiv kooperieren. Doch gerade pflegebedürftigen, älteren Menschen, die mit Behinderungen leben und auf Hilfe angewiesen sind, fällt es immer schwerer, Mundhygiene eigenverantwortlich durchzuführen, geschweige denn selbstständig eine Praxis aufzusuchen. Sie können schnell durch das Versorgungsraster fallen und haben eine messbar schlechtere Zahngesundheit als die übrige Bevölkerung. Vor allem ihr Risiko, an Karies und Parodontitis zu erkranken, ist besonders hoch.

Bereits Ende des Jahres 2011 lebten in Deutschland fast 7,3 Millionen Menschen mit schweren Behinderungen, davon knapp zwei Drittel mit einem körperlichen Handicap – Tendenz steigend. Die KZBV trägt dieser Entwicklung Rechnung und hat ihre Anstrengungen für die Versorgung dieser Risikogruppen in den letzten Jahren deutlich erhöht. Gemeinsam mit der BZÄK und der zahnmedizinischen Forschung wurde das Konzept

„Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ erarbeitet. Es bietet praktikable Lösungswege, die auf dem erfolgreichen Maßnahmenkatalog für Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen basieren, immer ausgerichtet auf die unmittelbaren Bedürfnisse von Menschen im hohen Alter oder mit kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen. Das Konzept setzt dabei auf einen ergänzenden präventionsorientierten Leistungskatalog, der auf den entsprechend größeren zahnärztlichen Behandlungsbedarf ausgerichtet ist.

Der Handlungsbedarf in diesem Bereich ist längst auch politisch erkannt. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) wurden neue Leistungspositionen für die aufsuchende zahnmedizinische Betreuung beschlossen. Allesamt Schritte in die richtige Richtung, wird damit doch erstmalig der erhöhte personelle, instrumentelle und zeitliche Aufwand der Vertragszahnärzte in diesem Bereich berücksichtigt. Der Leistungskatalog der GKV beinhaltet entsprechende Positionen seit dem 1. April 2013.

Mit dem zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Pflegeneuausrichtungsgesetz werden auch neue Chancen für eine bessere Betreuung eröffnet. Das betrifft vor allem die aufsuchende zahnmedizinische Betreuung in Pflegeheimen. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und kooperationswilligen Zahnärzten wird gefördert und durch eine zusätzliche Anspruchsgrundlage im Sozialgesetzbuch V gestützt. Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist es dabei, auf Antrag von Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Zahnärzten zu vermitteln.

› **Barrierearme Zahnarztpraxis**

Die unmittelbare Betreuung von schwerbehinderten und pflegebedürftigen Menschen in hohem Alter in Pflegeheimen ist nicht der Königsweg allein für eine gerechtere und bessere Versorgung dieser Patienten. Wer ungleiche Gesundheitschancen beseitigen will, muss für Menschen mit körperlichen Einschränkungen und geringer Mobilität auch den Zugang zu Zahnarztpraxen erleichtern. Es gilt, für sie die Barrieren für den Besuch des Zahnarztes ihres Vertrauens so vollständig wie möglich zu beseitigen. Das verhindert Diskriminierung und macht zahnmedizinische Versorgung demografiefest.

Vor diesem Hintergrund hat die KZBV im Sommer 2014 auf ihrer Website einen virtuellen Rundgang durch eine Zahnarztpraxis präsentiert. Dieser soll Zahnärzte motivieren und anleiten, ihre Praxis so barrierearm wie möglich zu gestalten. Der Nutzer der interaktiven Anwendung erfährt aus der Perspektive eines Patienten mit einer Mobilitäts-, Hör- oder Sehbeeinträchtigung, welche Barrieren in einer Praxis auftreten und wie diese beseitigt werden können. Der Schwerpunkt des Rundgangs liegt auf baulichen Aspekten und der Kommunika-

tion in der Zahnarztpraxis. Eine moderne Zahnmedizin muss sich auch in anderen Bereichen den individuellen Lebensumständen von besonderen Patienten stärker annehmen. So wird nur etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen stationär betreut, zwei Drittel leben in Privathaushalten, ebenso viele Menschen mit Behinderungen. Die KZBV hat darum ihr Ziel bekräftigt, allen Menschen einen weitgehend barrierearmen Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung zu ermöglichen. Auch die Politik setzt sich dafür ein. Sie hat sich im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, gemeinsam mit den Bundesländern und der Ärzte- und Zahnärzteschaft ein Konzept vorzulegen, das die Zahl barrierearmer Praxen deutlich erhöhen soll.

Doch die weitere Ausrichtung auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ist mit hohen Investitionen verbunden, die der Zahnärzteschaft nicht allein auferlegt werden können. Die Kosten müssen in künftigen Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen angemessen berücksichtigt werden. Mehr Dynamik in den Abbau von Barrieren für Menschen mit Behinderungen würde auch ein Investitionsprogramm bringen, das die KZBV schon seit geraumer Zeit von der Bundesregierung fordert. Das Programm, aufgelegt etwa von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), würde mehr finanziellen Spielraum für Zahnärzte schaffen, um den Abbau von Barrieren gezielt und umfassend in Angriff zu nehmen.

› **In den Mund geschaut**

Wie gesund sind die Zähne der Deutschen und welche Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? Antworten darauf soll die fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) geben. Dazu wurden zwischen Oktober 2013 und Juni 2014 deutschlandweit in 90 Kommunen mehr als 4.000 repräsentativ ausgewählte Personen unterschiedlicher Altersgruppen befragt und zahnmedizinisch untersucht. Die DMS V ist die größte Untersuchung zur Mundgesundheit und zur zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland. Die Analyse wird alle sieben bis acht Jahre vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag von BZÄK und KZBV erstellt. Dieser Untersuchungsrythmus sichert einen langfristigen Überblick über Zunahme und Rückgang oraler Erkrankungen. Sie liefert zentrale Daten und Statistiken für die Gesundheitsberichterstattung und die Versorgungsforschung. Mit ihrer Hilfe können Versorgungsdefizite frühzeitig erkannt und rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen werden – eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserungen der zahnmedizinischen Vorsorge und Behandlung.

Bereits die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie hat aufgezeigt, dass Zahnbeläge (Plaque) und akute Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) – ein Grund für die Entstehung von Parodontitis – weit verbreitet sind. Unter den Erwachsenen leiden nach gesicherten Erkenntnissen mehr als die Hälfte

unter mittelschweren und gut ein Fünftel gar an schweren Formen von Parodontitis an mindestens einem Zahn. Bei den Senioren sind schwere Ausprägungen doppelt so häufig zu finden. Diese große Verbreitung von Parodontitis fordert geradezu heraus, Früherkennung, Frühbehandlung und risikoorientierte Nachsorge in den Mittelpunkt der Versorgungsstrategien zu stellen. Ziel muss es sein, bereits unter den jugendlichen Risikogruppen für diese Erkrankung zu erkennen und sie zielgerichtet mit Prophylaxemaßnahmen zu betreuen.

Die demografische Entwicklung und der damit einhergehende wachsende Anteil älterer Menschen erfordert weiteres Handeln. Es muss noch besser gelingen, die natürlichen Zähne von Patienten mit höherer Lebenserwartung zu erhalten, auch wenn sie im Alter ein naturgemäß höheres Erkrankungsrisiko haben. Für dieses Erkrankungsrisiko sind eine Reihe von Faktoren ausschlaggebend: nicht ausreichende Mundhygiene, Rauchen und Stress, aber auch systemische und genetische Faktoren wie Diabetes mellitus und immunologische Ungleichgewichte. Die internationale Forschung ist sich einig, dass diese Faktoren durch die Festlegung von parodontologischen Präventionszielen weiter systematisch beobachtet werden müssen, um daraus mittel- und langfristige Versorgungslösungen ableiten zu können. Um dieser Anforderung angemessen Rechnung zu tragen, ist ein hoher, künftig weiter wachsender, präventiv ausgerichteter Betreuungsaufwand nötig.

Die im GKV-Leistungskatalog enthaltene Parodontitis-Therapie ist nicht mehr zeitgemäß. Ihr fehlt noch immer eine strukturierte Nachsorge, die ein erneutes Auftreten des Krankheitsbildes verhindert. Hier müssen neue Wege beschritten werden. Freilich können auch Patienten selbst etwas für ihren Schutz tun. Von ihrem aktiven Mitwirken hängt der Erfolg einer Parodontaltherapie ab. Deshalb gilt es, das Wissen um präventive Verhaltensweisen und die Bedeutung der Erkrankung für die Allgemeinheit zu verbessern. Individuell zugeschnittene Präventionsmaßnahmen tragen dazu bei, die Zahl der schweren Fälle von Parodontitis zu verringern. Zugleich helfen sie, ein Abgleiten von Gingivitisfällen in Parodontitisfälle nachhaltig zu verhindern. Die Mitarbeit und Mitverantwortung der Patienten muss mit Anreizsystemen gefördert werden. Dazu bietet sich das bereits eingeführte Bonusheft besonders an.

➤ Für ein gesundes Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen „Made in Germany“ ist weltweit anerkannt. Einen wesentlichen Beitrag zu diesem guten Ruf liefern Zahnärztinnen und Zahnärzte. Das ist in der Fachwelt unumstritten und wird auch von der Bevölkerung weitgehend so gesehen. Schließlich belegt Deutschland bei der Mundgesundheit einen internationalen Spitzenplatz. Im weltweiten Vergleich ist die soziale Absicherung gegen Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen hierzulande sehr weitreichend. Gesetzlich

Krankenversicherte können auf einen umfassenden, solidarisch finanzierten Leistungskatalog, inklusive weitgehender Regelversorgung mit Zahnersatz und entsprechender Sonderregelungen zur Vermeidung sozialer Härten, zurückgreifen.

Qualitativ hochwertig, flächendeckend, wohnortnah. Das ist auch in der Zukunft der Versorgungsauftrag der Vertragszahnärzteschaft. Obwohl heute keine Indizien für eine Unterversorgung festgestellt werden können, stellt die KZBV in Zeitabständen und auch jetzt wieder umfangreiche Untersuchungen an, um den bislang erreichten hohen Versorgungsgrad genauer zu analysieren, Schwachstellen herauszufiltern und Maßnahmen zu treffen, die die Qualität der Versorgung sichern und weiter verbessern. In einer zuletzt abgeschlossenen Analyse ging es speziell darum, die Datenbasis für die zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu stärken. Die KZBV erhofft sich daraus Rückschlüsse für die angestrebte Verbesserung der angespannten Versorgungslage in vielen Dörfern und Gemeinden. Dafür ist eine aktuelle Standortbestimmung nötig, die im Jahr 2014 abgeschlossen werden soll, verknüpft mit einer bundesweiten Prognose für die Entwicklung von Versorgungsdichte und -struktur. Das wird die Vertragszahnärzteschaft in die Lage versetzen, mögliche Engpässe frühzeitig zu erkennen, innerhalb der Selbstverwaltung gegenzusteuern und dem Gesetzgeber Vorschläge zur Änderung der Rahmenbedingungen zu unterbreiten.

Bereit für die Anforderungen der Zukunft zu sein, heißt auch, sich stärker als je zuvor mit Studenten und jungen Zahnärzten zu vernetzen. Die KZBV hat Ende vergangenen Jahres mit dem Bundesverband zahnmedizinischer Alumni und dem Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten eine enge Kooperation und einen intensiven Dialog vereinbart. Zugleich soll das IDZ im Auftrag von KZBV und BZÄK eine Studie erstellen, die Auskunft darüber gibt, wie sich die sogenannte „Generation Y“ ihr künftiges Arbeitsumfeld vorstellt. Ziel ist es, auf dieser Grundlage die Arbeitsbedingungen so auszugestalten, dass auch morgen und übermorgen genügend hochmotivierte Zahnärzte für eine qualitativ hochwertige Versorgung zur Verfügung stehen.

Gerade junge Leute brauchen für ihre berufliche Zukunft Planungssicherheit. Diese gilt es für Zahnarztpraxen zu sichern und zu verbessern. Die KZBV setzt sich für faire Wettbewerbsbedingungen ein – auf dem Fundament kollektivvertraglicher Regelungen und verlässlicher Gebührenordnungen. Die innerhalb der Finanzplanung bis zum Jahr 2017 vorgesehenen Kürzungen der Bundeszuschüsse zum Gesundheitsfonds zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes sind daher kritisch zu werten. Ein komplexes Solidarsystem wie der Gesundheitsfonds benötigt zuallererst Kontinuität und Stabilität und keine fiskalischen Stellschrauben, die nach Kassenlage verändert werden können.

› Jobmotor Mundgesundheitswirtschaft

Kontinuität und Stabilität im Hinblick auf die Zukunft verlangt die Stärkung der Freiberuflichkeit. Nur freiberuflich tätige Zahnärzte gewährleisten eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung. Sie brauchen dafür Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, Diagnose- und Therapieentscheidungen nach Fachwissen und frei von Direktiven Dritter zum Wohle der Patienten zu treffen. Das erfordert auch wirtschaftliche Unabhängigkeit und unternehmerische Freiräume.

Dass der Zahnarzt als Freiberufler einen hohen gesellschaftlichen Auftrag erfüllt und zugleich innerhalb des Gesundheitswesens bedeutende Werte für die Volkswirtschaft schafft, belegen Zahlen und Fakten. Das Gesundheitswesen ist mit seinen mehr als vier Millionen Beschäftigten ein personalintensiver Dienstleistungssektor, der weiter auf Wachstum programmiert ist. Die Branche bietet gute Perspektiven für junge Menschen, für ihre Ausbildung und künftige Beschäftigung. Dazu trägt der Dentalbereich wesentlich bei. In deutschen Zahnarztpraxen waren Anfang des neuen Jahrzehnts einschließlich der Praxisinhaber fast 300.000 Menschen tätig, darunter beinahe 30.000 Auszubildende. Zählt man die Arbeitsplätze in gewerblichen Labors, im Dentalhandel und in der Industrie sowie in den Körperschaften dazu, dann erhöht sich die Beschäftigtenzahl auf mehr als 400.000. Die Mundgesundheitswirtschaft ist damit ein echter Jobmotor. Die Dentalbranche gilt als Paradebeispiel für die positive Beschäftigungs- und Ausbildungsbilanz im Gesundheitswesen. Nach vorläufigen Einschätzungen des Darmstädter WifOR-Instituts und des Instituts der Deutschen Zahnärzte werden in diesem Sektor bis zum Jahr 2030 mehr als 75.000 neue Arbeitsplätze entstehen.

Bei aller wirtschaftlicher Bedeutung lassen sich Zahnärzte zunächst einmal von ihrem Berufsethos leiten, der auch ethische Standards für eine erfolgreiche, redliche und freiberufliche Tätigkeitsausübung einschließt. Damit unterscheiden sich Zahnärzte grundlegend von kommerziellen Dienstleistern. Die weitere Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung muss sich am Leitbild der Freiberuflichkeit orientieren. Staatliche Eingriffe in die zahnärztliche Berufsausübung und die Reglementierung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schränken die Freiberuflichkeit ein und sind daher kontraproduktiv. So werden Praxen zunehmend mit Bürokratie durch neue Gesetze, Verordnungen und Richtlinien belastet. Dabei hat sich auch die Politik zum Bürokratieabbau bekannt. So wurde im März 2013 im Bundeskanzleramt vom Normenkontrollrat (NKR) das Projekt „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Zahnarztpraxen“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, unnötigen bürokratischen Aufwand für Ärzte und Zahnärzte zu identifizieren und abzubauen.

Noch immer nehmen kostenintensive Dokumentationspflichten, insbesondere auch die sogenannten Doppeldokumentationen, dem Zahnarzt Zeit für die Behandlung. Eine auf das Notwendige ausgerichtete Dokumentation hält die KZBV für reibungslose Verwaltungsabläufe und zur Qualitätssicherung für erforderlich. Die überbordende Bürokratie muss aber energischer als bisher abgebaut werden. In diesem Sinne soll zusammen mit der BZÄK das NKR-Projekt weiter kritisch, aber konstruktiv begleitet werden.

› Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Neben dem Unterausschuss „Qualitätssicherung“ ist für die Belange der Zahnärzteschaft besonders der Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“ von zentraler Bedeutung. So wurde im Berichtszeitraum in der entsprechenden Arbeitsgruppe „Methodik“ die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro) mit einer komplexen Untersuchung zu ausgewählten zahnmedizinischen Leistungen beauftragt. Die AG „Methodik“ hat das Gutachten ausgewertet und einvernehmlich empfohlen, die einflügelige Adhäsivbrücke zum Ersatz von zentralen oder lateralen Schneidezähnen in die Regelversorgung der GKV aufzunehmen.

Parallel dazu hat die KZBV zur internen Aufbereitung der Fragestellung zur Evaluation der Regelversorgung das IGES-Institut damit beauftragt, ein Konzept zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Regelversorgung zu erstellen. Die Arbeiten des IGES-Instituts umfassen die Analyse gesundheitspolitisch relevanter Rahmenbedingungen, die Bewertung bereits vorliegender Evaluationskonzepte von KZBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und schließlich die Entwicklung eines eigenen Konzepts. Die KZBV hat diese Ergebnisse im Berichtszeitraum gemeinsam mit dem IGES-Institut im G-BA vorgestellt. Die AG „Methodik“ erarbeitet in der Folge nun ein Konzept für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen, die durch den G-BA in die Regelversorgung aufgenommen werden sollen.

Nachdem bereits der UA „Zahnärztliche Behandlung“ über die Frage beraten hatte, ob die Verordnung von Krankentransporten und Heilmitteln durch Vertragszahnärzte in eigenen Richtlinien geregelt werden soll, wurden die Beratungsergebnisse aus dem UA „Zahnärztliche Behandlung“ in den UA „Veranlasste Leistungen“ überführt. Die KZBV konnte erreichen, dass die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärzte künftig in einer eigenen zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie geregelt wird. Die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung bei der Verordnung von Krankentransport durch Vertragszahnärzte werden zudem in der bestehenden Krankentransport-Richtlinie besonders berücksichtigt. Diese wichtige Grundsatzentscheidung stellt sicher, dass Zahnärzte entspre-

chende Leistungen rechtssicher und bürokratiearm zu Lasten der Krankenkassen verordnen können.

Ein weiteres Themenfeld im G-BA ist die Fortentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung. Im Unterausschuss „Methodenbewertung“ wurde von der Patientenvertretung der Antrag auf Überprüfung der systemischen Behandlung von Parodontopathien gestellt. Die KZBV begrüßt den Antrag und wird sich konstruktiv in die Beratungen einbringen. Seitens der KZBV wurde, dem zahnärztlichen Konzept zur Vermeidung von frühkindlicher Karies entsprechend, ebenfalls ein entsprechender Beratungsantrag gestellt. Dieser sieht vor, den Katalog bereits bestehender Früherkennungsuntersuchungen zu überprüfen und zu erweitern. Für Kinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat sollen drei zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. Mit Hilfe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder anderer fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Institute werden diese Anträge zunächst bewertet und dann im G-BA bis zur Entscheidungsreife beraten.

➤ Gut beraten und transparent

Richtschnur auch für solche und andere Projekte bleibt in letzter Instanz der Patient, der im Mittelpunkt des zahnmedizinischen Handelns steht. Um seine Mundgesundheit geht es, um seine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung sowie nicht zuletzt um seine individuelle Zufriedenheit. Der Patient soll das Recht und die Freiheit haben, zwischen wissenschaftlich anerkannten Therapiealternativen zu wählen. Eine Voraussetzung dafür ist seine Teilhabe am dynamischen wissenschaftlich-technischen Fortschritt. Mit den zunehmenden Wahlmöglichkeiten verändert sich seine Rolle. Er ist nicht mehr passiver Empfänger einer Leistung in einem paternalistisch geprägten System. Als mündiger Patient ist er aufgefordert, aus Alternativen zu wählen und Entscheidungen zu treffen.

In der Zahnmedizin gibt es für eine Befundsituation häufig mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die sich mit Blick auf die Kosten erheblich unterscheiden können. Daraus entsteht naturgemäß ein Konflikt für Arzt und Patient, der sich in der bestmöglichen Versorgung und einer dauerhaften Finanzierbarkeit der Therapie manifestiert. Dieser Konflikt macht eines der Grundprobleme des Gesundheitswesens sichtbar: Auf der einen Seite steht der Wunsch nach bestmöglicher Gesundheitsversorgung, auf der anderen Seite steht der Zwang zu Begrenzungen, die das System auch in der Phase des demografischen Wandels finanzierbar halten. Gerade in Zeiten eines dynamischen medizinischen Fortschritts drängt sich die ethische Frage auf, welche Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden können und wo Grenzen der Solidarität liegen.

Die Zahnärzteschaft hat sich dieser Diskussion frühzeitig gestellt und Antworten gefunden. Die Wichtigste: Wir unterscheiden zwischen solidarisch finanzierter „need dentistry“ und individueller „want dentistry“. Die Regelversorgung für alle gesetzlich versicherten Patienten ist die „need dentistry“. Sie deckt das medizinisch Notwendige über einen im gesellschaftlichen Konsens entwickelten Grundleistungskatalog ab, der die Chance auf ein zahngesundes Leben eröffnet. Über Mehrkostenvereinbarungen und über das Festkostenzuschussystem für Zahnersatz steht den gesetzlich Versicherten aber auch die „want dentistry“ offen. Patienten, die diesen Weg gehen, verbinden damit zuallererst individuelle, oft auch ästhetisch motivierte Wünsche an die Therapie.


So oder so – die Zahnärzte stehen allen Patienten als Dialogpartner zur Seite und beraten sie in allen Versorgungsfragen transparent. Der mündige Patient hat Anspruch auf verlässliche Aufklärung und Orientierung. Mit vielfältigen, für den Patienten kostenfreien Angeboten trägt die Zahnärzteschaft dem stetig wachsenden Informationsbedürfnis Rechnung. Der Zahnarzt bleibt dabei erster Ansprechpartner. Seine Pflicht ist es, aufzuklären und zu informieren: über Befund, Diagnose sowie über den zu erwartenden Verlauf der Erkrankung sowie der einzusetzenden Therapie. Zudem klärt er über mögliche Behandlungsalternativen auf, erläutert Chancen und Risiken und informiert über mögliche Kosten einer Behandlung.

Unabhängig von Gesetzen, wie dem Ende Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtgesetz, genießt die Patientenberatung einen sehr hohen Stellenwert in der Arbeit der KZBV. Mit der „AG Patientenorientierung“ treibt der Berufsstand auf wissenschaftlicher Grundlage Projekte zu diesem wichtigen Thema voran. Ergänzend dazu wurde gemeinsam mit der BZÄK die Broschüre „Patient im Mittelpunkt“ erarbeitet. Zudem haben beide Partner eine trilaterale Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland geschlossen. Über die UPD erhalten Patienten kostenlos und unverbindlich einen neutralen Rat zu Fragen rund um die zahnmedizinische Behandlung.

Über die von den Standesorganisationen eingerichteten Patientenberatungsstellen oder das Zweitmeinungsmodell für den Bereich Zahnersatz erfahren die Patienten weitere fachlich kompetente Hilfe bei der Lösung ihrer Probleme. Daneben steht seit Jahrzehnten ein mit den Kassen vertraglich vereinbartes Gutachterverfahren zur Verfügung, das bei allen Beteiligten hohe Akzeptanz genießt.

Gestalten





› Kurze Wege führen schneller zum Ziel. Die Hauptstadtvertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) liegt in unmittelbarer Nachbarschaft zu zentralen politischen Institutionen und versteht sich als Mittler zwischen Zahnärzteschaft und Politik. Sie schafft Plattformen und Begegnungsmöglichkeiten für alle maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens. Um die Anliegen des zahnärztlichen Berufsstandes voranzubringen, ihnen Gehör zu verschaffen und Nachdruck zu verleihen, steht die Vertretung dabei fortlaufend im Dialog mit der Politik – auf EU-, Bundes- oder Landesebene.

Das zweite Halbjahr 2013 sowie die vergangenen Monate im Berichtszeitraum waren besonders geprägt durch die Wahlen zum 18. Deutschen Bundestag, die Bildung der Großen Koalition von CDU/CSU und SPD und deren Regierungsantritt. Begleitet wurden diese Entwicklungen durch eine intensive politische Arbeit der KZBV und ihrer Berliner Vertretung. So wurden die zum Teil sehr unterschiedlichen Standpunkte der Parteien zur Gesundheitspolitik umfassend analysiert. Die Vertreterversammlung hat mit der Agenda Mundgesundheit die Positionierung für die nächsten Jahre vorgegeben. Darüber hinaus folgte während der Regierungsbildung die Auseinandersetzung mit wesentlichen gesundheitspolitischen Vereinbarungen für die anstehende Legislaturperiode. Der dazu eingesetzte Dialog und die anhaltende Diskussion mit politischen Entscheidungsträgern – auch aus der parlamentarischen Opposition – sowie mit den Partnern der Selbstverwaltung hilft bei der Standortbestimmung vertragszahnärztlicher Standespolitik in der Bundeshauptstadt.

➤ **Wahljahre als dynamische Entscheidungsjahre – Balance zwischen Bewahren und Aufbruch**

Wahljahre sind dynamische Entscheidungsjahre. Politische Neubestimmungen finden statt – auch zum künftigen Kurs in Sachen Gesundheit. Mit der „Agenda Mundgesundheit“ hat sich die Vertragszahnärzteschaft frühzeitig positioniert. Neben dem Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung stehen wir für die Stärkung der Patientenberatung sowie den Abbau von Bürokratie. Dabei hat das Wahljahr 2013 wieder gezeigt, wie wichtig es ist, mit allen politischen Akteuren einen intensiven Dialog über eigene Ziele und Positionen zu führen. Es geht um Bewahren von Bewährtem und Aufbruch zum Neuen und zu guter Letzt um eine Balance zwischen Beidem. Unsere Kernforderungen dazu lauten:

- Duales Krankenversicherungssystem bewahren aber modernisieren
- Die freie Arztwahl erhalten
- Die zahnärztliche Freiberuflichkeit stärken
- Die erfolgreiche Prävention weiter ausbauen
- Die Qualität als zentrale Aufgabe des Berufsstandes fördern
- Den Wettbewerb um hochwertige Versorgung gestalten
- Die Bürokratielasten in Zahnarztpraxen abbauen.

Ausgehend von der Agenda Mundgesundheit haben wir uns mit den gesundheitspolitischen Zielen auseinandergesetzt, die die Große Koalition in ihrem Koalitionsvertrag verankert hat. Die Regierungspartner haben sich für die Legislaturperiode auf folgende zentrale Reformfelder verständigt: die Krankenhausreform, die Fortsetzung des Reformprozesses von Vertrags-

arztrechtsänderungs- und Versorgungstrukturgesetz, auf Pflegereform und Präventionsgesetz, auf die Abschaffung des pauschalen Zusatzbeitrages und auf die Rückkehr zu einkommensabhängigen Beiträgen. Alles steht dabei unter der Präambel, Gesundheit und Pflegesysteme allen Versicherten gleichermaßen, überall und jederzeit durch eine gute Versorgung auf hohem Niveau zu sichern.

Der Koalitionsvertrag lässt im Bereich Gesundheit aber auch viele Fragen offen – gerade bei der zahnmedizinischen Versorgung. Dennoch hat die KZBV bereits für einige konkrete Vorhaben eine Bewertung vorgenommen. Das betrifft zunächst das Vorhaben der Regierung, die Rahmenbedingungen für Zulassungen von Ärzten zu flexibilisieren und bürokratische Hindernisse abzubauen, sowie um den Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, frei werdende Arztsitze in überversorgten Gebieten aufzukaufen. Wir Zahnärzte haben dazu unsere von der Arbeitsgruppe „Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte“ erarbeiteten und vom Beirat konsentierten Änderungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Zulassungsverordnung an das Bundesministerium für Gesundheit weitergeleitet. Damit sind wir für das anstehende Gesetzgebungsverfahren gut aufgestellt.

Der zweite Komplex betrifft die Zulassung auch von arztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und die Möglichkeit der Einrichtung von Versorgungszentren dieser Art durch Kommunen. Die KZBV lehnt arztgruppengleiche MVZ ab. Für den zahnärztlichen Bereich bedarf es dieser Form der Versorgung nicht. Zumal MVZ für die vertragszahnärztliche Versorgung schon jetzt keine große Rolle spielen.

Ein drittes Projekt der Regierung sieht vor, für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen medizinische Behandlungszentren zu schaffen – analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)medizinischen Behandlung. Dieses Vorhaben begrüßt die KZBV. In solchen Zentren ließe sich das immer wieder auch von der Politik thematisierte Problem der Narkose möglicherweise lösen. Hier sind von der Koalition Vorschläge der Zahnärzteschaft aufgegriffen worden.

In einem vierten Komplex geht es um die Schaffung von Freiräumen für Krankenkassen im Versorgungswettbewerb. Das betrifft konkret die Angleichung der Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung, aber auch Modellvorhaben und selektive Verträge sowie den Abbau von Hemmnissen und die Vereinfachung der Bereinigerungsverfahren. Selektivverträge sollen evaluiert werden. Stimmen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Selektivverträge, sollen sie in die Regelversorgung

überführt werden. Zum Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen hat sich die KZBV mit der „Agenda Mundgesundheit“ eindeutig positioniert. Wenn die Krankenkassen Freiräume im Vertragswettbewerb „erhalten müssen“ und die Bereinigungsverfahren vereinfacht werden sollen, dann wird das zu Lasten der Kollektivverträge gehen. Die Formulierungen im Koalitionsvertrag lassen hier viele Fragen offen. Es besteht aus zahnärztlicher Sicht also erheblicher Korrekturbedarf.

Der Koalitionsvertrag rückt an vielen Stellen die Versorgungsqualität in den Vordergrund. Das ist stimmig, wenn Qualitätssicherung als zentrale Aufgabe des Berufsstandes gesehen wird. Entscheidend bleibt, wie die Regelungen ausgestaltet werden. Die bislang bekannten Maßnahmen reichen im stationären Bereich weit über die Vorhaben zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung hinaus. Zu befürchten ist eine neue „Qualitätsbürokratie“. Die KZBV wird sich mit der neuen Agenda Qualitätsförderung und den dort festgeschriebenen Grundsätzen und Handlungsempfehlungen für eine solche Diskussion entsprechend positionieren.

Die Koalitionsfraktionen haben sich zudem darauf verständigt, einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch zu schaffen. Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz arbeitet bereits mit Hochdruck an der Umsetzung. Die KZBV hat immer betont, dass es für den zahnärztlichen Bereich keines Straftatbestandes der Bestechlichkeit und der Bestechung bedarf. Vielmehr hat die Vergangenheit gezeigt, dass vorhandene Instrumente der Körperschaft ausreichen, um gegen Korruption vorzugehen. Die KZBV hat sich selbst zu „zero tolerance“ verpflichtet und dies auch klar und eindeutig kommuniziert. Der Weg, den die große Koalition mit einer Verankerung im Strafgesetzbuch einschlägt, ist der Regelung im SGB V aus der vergangenen Legislaturperiode vorzuziehen.

Die Standpunkte der verschiedenen Parteien und Akteure zu zentralen zahnärztlichen Fragestellungen sind der KZBV also bekannt. Anstehender Gesprächsbedarf mit den politischen Akteuren in den kommenden Monaten und Jahren ist identifiziert. Anliegen und Argumente der Vertragszahnärzte rund um die Versorgung stehen auf der Agenda des fortgesetzten Dialoges ganz oben. Die Hauptstadtvertretung der KZBV wird auch in Zukunft für entsprechende politische Impulse sorgen.

Der eigentliche Dialog mit der Politik ist eng mit Gesetzgebung verbunden. Prägend für das vergangene Jahr waren die parlamentarischen Verfahren zum Patientenrechtegesetz, zur Abschaffung der Praxisgebühr, zum Pflegeneuaustrichtungsgesetz und die damit verbundenen Verbesserungen in der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung sowie das gescheiterte Präventionsgesetz.

Im Juni 2014 hat die 87. Gesundheitsministerkonferenz der Länder einen Beschluss zu zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen im Sinne der Vertragszahnärzteschaft gefasst. Danach sollen die entsprechenden aktuellen Untersuchungen, die erst ab dem 30. Lebensmonat erfolgen, künftig mit den Kinderuntersuchungen zwischen dem 10. und 12. Monat (U6) sowie zwischen dem 21. und 24. Monat (U7) vernetzt werden.

Für die Zahnärzteschaft von besonderem Interesse ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG), das zum 1. Januar 2015 in Kraft treten wird. Es sieht unter anderem die Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Qualitätsinstituts vor. Aufgabe des Instituts – das voraussichtlich mit Jahresbeginn 2016 seine Arbeit aufnehmen wird – soll es sein, sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen. Die KZBV bewertet die Gründung des Instituts und seiner geplanten Aufgaben grundsätzlich als sachgerecht, sieht aber wie bei anderen Bestimmungen zur Qualitätssicherung die spezifischen Bedingungen der vertragszahnärztlichen Versorgung bislang zu wenig berücksichtigt.

Die KZBV setzt sich für eine nachhaltige und ganzheitliche Förderung der zahnmedizinischen Gesundheit ein. Um das hohe qualitative Niveau dieser Versorgung für alle Bürger zu sichern und auszubauen, sind weitere spezifische Schritte nötig. Die Zahnärzteschaft stellt sich dieser Aufgabe und hat dazu die „Agenda Qualitätsförderung“ aus dem Jahr 2004 gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer und unterstützt von einem großen Kreis von Experten grundlegend überarbeitet.

Die Neufassung der Agenda beschreibt Grundsatzpositionen der Zahnärzteschaft und gibt Handlungsempfehlungen zur Förderung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung zum Wohl der Patienten. Sie zeigt Wege auf, die bereits heute qualitativ hochwertige zahnmedizinische Patientenversorgung weiter zu verbessern. Zu den wichtigsten Zielen der Agenda zählt die kontinuierliche Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und damit der Mundgesundheit der Bevölkerung durch wirksame präventive und therapeutische Maßnahmen sowie die Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Die präventive Ausrichtung der Behandlung ist bei der Qualitätsförderung Kernbeitrag zahnmedizinischen Handelns. Die neue Agenda Qualitätsförderung geht von einem partnerschaftlichen Verhältnis aller Beteiligten aus, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung gemeinsam Verantwortung übernehmen. Die Förderung und Sicherung der Qualität ist wesentliche Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Es entspricht dem Selbstverständnis der Zahnärzteschaft, Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen.

› Diskurse, Veranstaltungen und Diskussionen

Wer Zukunft gestalten will, kann seinen Diskurs nicht nur auf die aktuelle Gesetzgebung konzentrieren. Deshalb veranstaltet die KZBV regelmäßig Foren und Veranstaltungen zur Diskussion von Themen, wie das Diskussionsforum zur „Agenda Mundgesundheits“ im Vorfeld der Bundestagswahl oder die gemeinsame Tagung mit der Ärzteschaft zum Thema „Barrieren abbauen“. Auf- und Ausbau politischer Kontakte finden aber nicht nur auf Fachveranstaltungen allein statt. Traditionell veranstaltet die KZBV gemeinsam und in Arbeitsteilung mit der Bundeszahnärztekammer jedes Jahr einen

Innerzahnärztliche Kooperation

Als Spitzenverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) vor Ort vertritt die KZBV die Interessen einer der größten Facharztgruppen in Deutschland. Dazu zählen 54.000 Vertragszahnärzte und etwa 11.000 Zahnärzte, die als Angestellte in Praxen arbeiten. Die KZBV ist ein Organ der Selbstverwaltung in Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Um das Spektrum der Interessen des gesamten Berufsstandes erfolgreich vertreten zu können, benötigt die Bundesorganisation die Erfahrungen, das Wissen und die Legitimation ihrer Mitglieder. Daher werden politische Grundsatzentscheidungen und strategische Weichenstellungen in der Vertreterversammlung (VV) diskutiert und mandatiert.

Dieses höchste parlamentarische Gremium der KZBV besteht seit dem Jahr 2005 aus 60 Mitgliedern. Gesetzlich

Neujahrsempfang und ein Frühjahrsfest. Den Neujahrsempfang organisiert die BZÄK, die KZBV das Frühjahrsfest. Im Mai 2014 folgten einmal mehr etwa 400 Gäste aus Politik, Medien, aus der Gesundheitswirtschaft sowie aus dem zahnärztlichen Berufsstand und der Selbstverwaltung der Einladung der Vertragszahnärzteschaft in die Britische Botschaft. Unter den Gästen war auch der neue Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), der in seinem Grußwort seine Bereitschaft versicherte, die auf Konsens und konstruktive Problemlösungen orientierte Zusammenarbeit zwischen Zahnärzteschaft und Bundesregierung fortzusetzen.

vorgeschriebene Mitglieder sind der Vorsitzende jeder KZV und einer seiner Stellvertreter, die zusammen 34 Sitze stellen. Die übrigen 26 Delegierten werden von den Vertreterversammlungen der KZVen aus ihren Reihen nach dem Verhältniswahlrecht gewählt. Eine der Hauptaufgaben der VV sind Beschlüsse zu einer ordnungsgemäßen Satzung. In dieser sind unter anderem die Mitgliederzahl der VV, Zusammensetzung, Beschlussverfahren und Aufgaben, das Verfahren der Vorstandswahlen sowie Rechte und Pflichten der KZVen geregelt.

Bei der Sitzung der Vertreterversammlung in Frankfurt am Main am 6. und 7. November 2013 beschloss die VV verschiedene klarstellende und redaktionelle Änderungen der Satzung. In die Satzung aufgenommen wurden auch Regelungen zur Einrichtung eines Datenkoordinationsaus-



› Veranstaltung „Barrieren abbauen“, September 2013

Dr. Wolfgang Eßer, Dipl.-Med. Regina Feldmann, Dr. Christoph von Ascheraden, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (v.l.n.r.)



› Frühjahrsfest, Mai 2014

Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit, spricht zu den Gästen der Veranstaltung

schusses. Diesem Gremium obliegt Aufbau und kontinuierliche Pflege von ausgewählten statistischen Basisdaten zur Versorgungs- und Leistungsstruktur in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Eine weitere Vertreterversammlung fand im Berichtszeitraum am 4. und 5. Juli 2014 in Köln statt.

Der Austausch zwischen bundes- und landespolitischer Ebene der zahnärztlichen Standesorganisationen wird zwischen den Vertreterversammlungen in der Regel über den Beirat

gepflegt. Dieser setzt sich zusammen aus den Vorsitzenden der KZVen und fungiert als zentrales Konsultationsgremium, das im Berichtszeitraum fünf Mal zusammentraf. Ergänzt wird diese Form der innerzahnärztlichen Kooperation durch Klausurtagungen, insbesondere zu strategischen Fragen der Vertragspolitik sowie weitere regelmäßige Konsultationen und jour fixes zu ausgewählten Einzelprojekten zwischen KZBV und BZÄK auf Arbeits- und Vorstandsebene.

Das internationale Umfeld

Längst ist die Koordination und Abstimmung nationaler zahnärztlicher Interessenpolitik grenzüberschreitend und seit vielen Jahren international vernetzt. Die Gesundheitsmärkte funktionieren im weltweiten Austausch, während insbesondere die fortschreitende Regelungsdichte auf europäischer Ebene nach einer Organisationsform verlangt, die über nationale Landesgrenzen hinaus geht. Vor diesem Hintergrund koordinieren Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre Aktivitäten bewusst auch in internationalen Organisationen. Auch der Freie Verband der Deutschen Zahnärzte (FVDZ) beteiligt sich an dieser Zusammenarbeit. Auf globaler Ebene vertritt der Berufsstand der deutschen Zahnärzteschaft seine Vorstellungen in der Fédération Dentaire Internationale (FDI).

Der 101. FDI-Weltkongress für Mundgesundheit fand vom 28. bis 31. August 2013 in Istanbul in der Türkei statt. Auf dem Kongress vertreten waren Delegierte aus 137 Ländern und rund 200 internationale Berufsverbände. Die Generalversammlung der FDI verabschiedete vor dem Hintergrund der wissenschaftlich nachgewiesenen Verbindung von Mundkrankheiten und systemischen Erkrankungen eine Erklärung zur hohen Belastung der weltweiten Mundgesundheit durch Karies und Parodontalerkrankungen und der Unerlässlichkeit einer verbesserten Zusammenarbeit und eines fachübergreifenden Ansatzes von Zahnärzten, Allgemeinmedizinerinnen und anderen medizinischen Berufen. Diese „Istanbul-Erklärung“ fordert Zahnärzte unter anderem auf, zusätzlich zur Förderung der Mundgesundheit mehr Verantwortung zur Verbesserung der Allgemeingesundheit und Lebensqualität der Patienten sowie der Allgemeinheit zu übernehmen und gemäß der FDI-Vision 2020 den Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation „WHO NCD Action Plan 2013 – 2020“ zu unterstützen. Mit der Vision 2020 benennt die FDI aktuelle Probleme der zahnmedizinischen Versorgung und formuliert globale Handlungsempfehlungen. Inhaltliche Kernforderung des Papiers ist unter anderem die nachhaltige Beseitigung und Verringerung von Ungleichheit beim Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung vor allem in Krisenstaaten.

Eines der wichtigsten Themen des FDI-Weltkongress war die sogenannte „Minimata Convention“. Dabei handelt es sich um durch das UN-Umweltprogramm (UNEP) angestoßene international verbindliche Quecksilberabkommen. Vorgesehen sind unter anderem ein schrittweiser Abbau der Verwendung von Zahnamalgam, die Implementierung von Ansätzen für eine verstärkte gesundheitliche Aufklärung sowie der Ausbau von Präventionsprogrammen. Die Konvention unterstützt die Gesundheit weltweit und berücksichtigt zugleich umwelt-spezifischen Anliegen.

Durch eine EntschlieÙung der FDI-Generalversammlung, für den zurückgetretenen Präsidenten der WHO Mundgesundheitsprogramme, Dr. Poul Erik Petersen, die Führungsposition und Hauptarbeit dieser WHO-Mission zu übernehmen, konnte die Kontinuität der Vertretung der Mundgesundheit in der weltweiten Gesundheitsagenda sichergestellt werden.


In Istanbul wurde auch eine halbtägige Vollversammlung der Europäischen Regionalorganisation der FDI (ERO) abgehalten, an der sich die deutsche Delegation in den Arbeitsgruppen „Das zahnärztliche Team“, „Freie zahnärztliche Berufsausübung in Europa“, „Qualität“ und „Integration“ beteiligte. Die ERO-Vollversammlung zum 50-jährigen Jubiläum der Organisation fand vom 11. bis 12. April 2014 in Paris statt.

Die Interessen der Zahnärzteschaft innerhalb der Europäischen Union werden vom Council of European Dentists (CED) vertreten. Anlässlich der CED-Vollversammlung am 22. November 2013 in Brüssel, Belgien nahmen die Mitglieder des CED unter Beteiligung der deutschen Delegierten folgende Dokumente an: Memorandum of Understanding zwischen CED und CPME; Mandat der Arbeitsgruppe ‚Patientensicherheit‘; Mandat der CED-Arbeitsgruppe ‚Zahnbleichmittel‘; Mandat der CED-Arbeitsgruppe ‚Infektionskontrolle und Abfallmanagement‘.

Kommunizieren

22





› Der Austausch von Informationen, Positionen und Argumenten hat sich durch Internet und Digitalisierung revolutionär verändert. Diese dynamische Entwicklung hat nach wie vor einschneidende Auswirkungen auf die politische Kommunikation. Als Interessenvertretung der deutschen Zahnärzteschaft muss die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre Ziele öffentlich darlegen, ihnen Gehör verschaffen und Rechenschaft ablegen. Sie legt großen Wert auf eine nachhaltige Wahrnehmung bei Stakeholdern in Politik und Medien, fungiert als Kommunikationsdienstleister für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und damit für die Vertragszahnärzteschaft in ihrer organisierten Gesamtheit. Zugleich versteht sich die KZBV als Ansprechpartnerin für Patientinnen und Patienten auf der Höhe der Zeit.

Kommunizieren

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

24

Auf dem Marktplatz politischer Öffentlichkeit gehört die KZBV zu den Institutionen im Gesundheitswesen, die bei Bedarf gezielt und effektiv mediale Hebelwirkung entfalten kann. Im Berichtszeitraum ist es durch eine orchestrierte Öffentlichkeitsarbeit gelungen, der hohen Dynamik im Medienbereich Rechnung zu tragen, und Themen und Belange von 54.000 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten in der öffentlichen Diskussion zu platzieren. Die inhaltliche Durchschlagskraft zentraler Debatten wurde dabei kontinuierlich verstärkt und durch die Wahrung und Durchsetzung eigener, berechtigter Interessen gefördert. Zurückzuführen ist das unter anderem auf einen Kommunikationsmix, in dem der Online-Bereich weiter an Bedeutung gewinnt.

Die stärkere Ausrichtung auf die Themen Online und Multimedia entspricht der globalen Veränderung politischer, wirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Prozesse und ihrer noch zunehmenden Beschleunigung. Die Vertragszahnärzteschaft stellt sich diesen Herausforderungen durch neue Technologien, die bei Bedarf eine weltweite Echtzeitvernetzung ermöglichen. Eine veränderte Medienlandschaft, die anhaltende Digitalisierung traditioneller Printprodukte über Online-Ausgaben, das steigende Angebot an News-Portalen, die flächendeckende Verbreitung von mobilen Endgeräten, über die Meldungen und Schlagzeilen sekundlich verbreitet werden – all das ist mit anhaltend hoher Dynamik verbunden, auf die die KZBV auch im Bereich proaktiver Presse- und Öffentlichkeitsarbeit die richtigen Antworten geben muss. Vor allem Themen von allgemeinem Interesse, wie die zahnmedizinische Versorgung, müssen in der Kommunikation den wachsenden Anforderungen transparenter Entscheidungsprozesse und -abläufe gerecht werden. Auf die gewandelten Anforderungen hat sich auch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der KZBV mit vielfältigen Maßnahmen eingestellt. Dazu zählt die Kommunikation über einen YouTube-Kanal, Twitter und Facebook. Diese Bereiche und die Website der KZBV sollen künftig weiter ausgebaut, entwickelt und multimedial vernetzt werden.

> Interne Kommunikation

Die KZBV hat ihre antizipierende und auf Dienstleistung ausgelegte Pressearbeit im Berichtszeitraum fortgesetzt. Als Spitzenverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen versteht sie sich als Mittler von Informationen und unterstützt eine ausgewogene Interessenvertretung in den Regionen. Intensive Austausch- und Abstimmungsprozesse tragen dazu bei, dass die Vertragszahnärzteschaft mit einer

Stimme spricht. Die im Jahr 2013 gegründete Arbeitsgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“ hat dazu erheblich beigetragen. So wurden den KZVen für die Vorbereitung auf die Veröffentlichung des „Monitor Patientenberatung“ der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) wie auch des „Barmer-GEK Zahnreports“ umfangreiche Argumentationshilfen und eine Muster-Pressemitteilung zur Verfügung gestellt, um die regionale Pressearbeit zu unterstützen.

Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat die KZBV die Landesorganisationen auf Landesebene zudem mit Informationen versorgt, die wesentliche Eckdaten zum Start der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) sowie passende Textbausteine für die Pressearbeit vor Ort enthielt. Zur Vorbereitung der Vorstellung des ECC-Konzeptes zur Bekämpfung von frühkindlicher Karies (early childhood caries) wurde den KZVen Ende Januar bereits das gedruckte Konzept übermittelt. Solche und weitere Druckerzeugnisse werden auch künftig durch die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich Redaktion, Layout, Produktion und Distribution verantwortet.

> Dynamik in der Online-Kommunikation

In der breitgefächerten Kommunikation der KZBV haben Online-Aktivitäten besondere Bedeutung. So betreut und koordiniert die Online-Redaktion der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit die Registrierung und Freischaltung der Teilnehmer für die bundesweite App zur Zahnarztssuche inhaltlich und administrativ. Zum 1. Juni 2014 wurde die App freigeschaltet, nachdem sich bis dahin bundesweit rund 15.000 Zahnärzte registriert hatten.

Im Vorfeld der Bundestagswahl hat die KZBV Wahlprüfsteine der Parteien auf der Website veröffentlicht und die Diskussion um das Reizthema Bürgerversicherung mit einer eigenen Themenseite sowie einem Fragen- und Antworten-Katalog begleitet. Auf der Website wurde zudem ein Parodontitis-Kurztest für Patienten integriert. Ausgewählte digitale Publikationen der KZBV sind seit Anfang 2014 als Flipping Books komfortabel über die Website aufrufbar. Darüber hinaus wurde die Pressearbeit im Internet durch Posts auf Facebook und bei Twitter gezielt unterstützt. Die Zahl der Likes und Follower steigt stetig. Im Sommer 2014 hat die KZBV einen virtuellen Rundgang durch eine Zahnarztpraxis veröffentlicht. Dieser soll Zahnärzte motivieren, ihre Praxis so barrierearm wie möglich umzugestalten.

> Klassische Kommunikation

Zu der umfassenden Medienarbeit der KZBV gehören auch weiterhin klassische Instrumente wie Pressekonferenzen, Newsletter und Videoangebote. Die Vorstellung des Konzeptes zur Bekämpfung von frühkindlicher Karies im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der Bundeszahnärztekammer fand im Februar 2014 statt. Um den breiten Ansatz der Konzeption zu dokumentieren, war das Podium interdisziplinär mit Fachleuten aus Berufspolitik, Wissenschaft und Verbandsarbeit besetzt. Vor der Pressekonferenz war eine Exklusivkooperation mit der Süddeutschen Zeitung (SZ) vereinbart worden, die ECC als Problem und das entsprechende zahnärztliche Konzept als Lösung am Tag der Pressekonferenz an prominenter Stelle im Panorama-Teil beschrieb. Die SZ hatte schon am Vortag eine Vorabmeldung zum Exklusivbericht

an die Nachrichtenagentur dpa gegeben – ein strategisches Vorgehen, das maßgeblich zur medialen Verbreitung des ECC-Konzepts beitrug. Weitere Agenturen sowie Radio- und TV-Sender wurden frühzeitig auf das Thema aufmerksam. Der Berliner Sender B2 sowie HR 1 strahlten Radio-Interviews mit dem Vorstandsvorsitzenden der KZBV aus.

Zum Diskussionsforum der KZBV unter dem Titel „Agenda Mundgesundheit“ im Juni 2013 in Erfurt wurde ein Video-Beitrag produziert, der über die Website und YouTube abrufbar ist. Zur fachübergreifenden Konferenz „Barrieren abbauen“ im September 2013 in Berlin haben KZBV, BZÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer erstmalig eine gemeinsame Pressekonferenz ausgerichtet, um die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Barrierearmut in der Versorgung zu unterstreichen.



> Kommunikation online und offline – Website, App und Pressekonferenz zum ECC-Konzept

zm

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sind gemeinsamer Herausgeber der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm), dem offiziellen Mitteilungsorgan der Zahnärzte in Deutschland. Sie sind die größte und auflagenstärkste zahnärztliche Fachzeitschrift im gesamten Dentalsektor und damit Marktführer.

› Die Marke zm

Nach dem erfolgreichen Relaunch von zm-online im September 2012 haben die zm ihre Marktführerschaft im Berichtszeitraum weiter ausgebaut. In enger Verzahnung von Print und Online arbeitet die Redaktion fundierte Informationen aus dem gesamten Spektrum zahnärztlicher Standespolitik, aus Politik und Gesellschaft, aus der Wissenschaft sowie aus dem Bereich Praxismanagement auf. Berichte, Hintergründe, interaktive Fortbildung sowie Meinungsbeiträge werden in allen Formaten abgebildet. Crossmediales Arbeiten in Print- und Online-Inhalten ist mittlerweile gelebter Redaktionsalltag. zm-online ermöglicht eine täglich neue und damit aktuelle Berichterstattung rund um das zahnärztliche Wirken.

zm-online verzeichnet einen deutlichen Zuwachs an Zugriffen auf redaktionelle Inhalte. Das zeigen zum Beispiel die Zahlen aus dem vergangenen Quartal. Nach 112.800 Page-Impressions (PIs) im Dezember 2013 waren es im März 2014 bereits 191.300 – ein Plus von fast 70 Prozent. Noch positiver zeigt sich die Entwicklung für die Zahnmedizinstudenten und jungen Zahnärzte

im Bereich Starter, der sich – wenn auch noch auf niedrigem Gesamtniveau – einer stark steigenden Nachfrage erfreut: Im Dezember 2013 konnten mehr als 5.800 PIs, im März 2014 bereits mehr als 10.500 PIs verzeichnet werden. Auch die Zahl der Gesamt-PIs (inklusive Markt, Termine und Kleinanzeigen) verdeutlicht die wachsende Bedeutung des Online-Auftritts von zm: Gab es im 3. Quartal des Jahres 2013 noch 558.800 Klicks, so waren es im 1. Quartal 2014 bereits 819.500 Klicks.

Der Zugriff auf zm-online erfolgt zusehends mit mobilen Endgeräten: Im Juni 2013 lag die Quote bei 16,7 Prozent und stieg bis April 2014 auf 27,6 Prozent. Auch die Nachfrage nach dem wöchentlichen Newsletter entwickelte sich positiv: die Zahl der Abonnenten stieg von rund 4.100 (Stand Ende Juni 2013) auf knapp 5.100 (Stand Ende April 2014). Das entspricht einem Zuwachs von mehr als 20 Prozent. Diese Entwicklung wird die Redaktion mit entsprechenden Konzepten künftig weiter verstärken.

Die im März 2014 publizierte repräsentative LA-MED-Dentalstudie lieferte wichtige Hinweise zu der Mediennutzung von Zahnärzten. Inhaltlich bescheinigt die Untersuchung den zm, dass sie die Hauptquelle für Zahnärzte sind, wenn es um Informationen aus den Selbstverwaltungskörperschaften geht. Die Studie unterstreicht eindeutig die generelle Relevanz von Printprodukten für Zahnärzte bei der Beschaffung von Fachinformationen für den Berufsalltag: Fachzeitschriften werden von Zahnärzten gerne gelesen und entsprechende



› 14/2013



› 15/2013



› 16/2013



› 17/2013

Informationen als hilfreich empfunden. Im Online-Bereich ist der Newsletter überaus gefragt, gefolgt von E-Learning und Webinaren. Digitale Fachmedien werden von mehr als 60 Prozent der Zahnärzte für die Recherche genutzt. Immerhin 25 Prozent der Nutzer geben bei der Suche direkt zm-online ein. Für die zm ist es strategisch besonders wichtig, sich diesen Markttrends zu stellen und sich angesichts des Wandels in der medialen Landschaft weiterzuentwickeln. Nur so wird auch künftig die Marktführerschaft der zm in der Branche gehalten werden können. Nach dem erfolgreichen Online-Relaunch soll als nächstes der Print-Relaunch erfolgen, für den bereits erste strategische Vorüberlegungen existieren. Mit dem Ausscheiden des langjährigen zm-Chefredakteurs zum 30. Juni 2014 wird dieses Vorhaben allerdings erst nach der Neubesetzung der Stelle weiter verfolgt werden können.

> Berufspolitik

Die zm unterstützen die Standespolitik der Herausgeber mit Print- und Online-Angeboten. Breiten Raum nahmen im Berichtszeitraum die Belange von Menschen mit Behinderung (AuB) ein. Besonders das Thema „Barrierearmut im Gesundheitswesen“ und die Weiterentwicklung des AuB-Konzeptes waren Schwerpunkte der Berichterstattung, gefolgt von Gesundheitspolitik vor und nach der Bundestagswahl und der Analyse des Koalitionsvertrages. Die zm begleiteten die Debatten um die Systemanalysen zu Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung und zur Weiterentwicklung des dualen

Systems. Die Vorstandswahlen auf der Vertreterversammlung der KZBV begleitete die Redaktion mit einem Schwerpunkt.

Berufspolitische Fragestellungen zum Thema Leitlinien, zur elektronischen Gesundheitskarte, zum Umgang mit sensiblen Daten, zur Professionalisierung des Gutachterwesens, zum zahnmedizinischen Nachwuchs, zu neuen Modellen der Berufsausübung und zur Work-Life-Balance fanden in der zm-Berichterstattung genauso ihren Niederschlag wie das Präventionskonzept von BZÄK und KZBV zur Frühkindlichen Karies (ECC). Neben Beiträgen über die Einflüsse aus Europa auf den Berufsstand gab es Einblicke in den zahnmedizinischen Alltag im außereuropäischen Ausland.

Die Berichterstattung richtete sich ferner auf die Gesellschafts- und Versorgungspolitik mit Blick auf die Demografiedebatte oder auf Lebensqualität und Medizin. Verstärkt wurde im Jahr 2014 über die Pläne der Regierung im Jahr der Pflege berichtet, mit Analysen zum Barmer GEK-Pflegereport oder zur Definition der Pflegebedürftigkeit. Der Werdegang des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV (GKV-FQWG) wurde dokumentiert, mit speziellem Fokus auf die Diskussion um das neue Qualitätsinstitut und die Positionen des Berufsstandes zum Bereich Qualität. Auch die Arbeit der Herausgeber in dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung - im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) - findet in den zm regelmäßig ihren Niederschlag.



> 18/2013



> 20/2013



> 21/2013



> 22/2013

> Zahnmedizin – Medizin – Wissenschaft

In einer eigenen Rubrik werden in fast jedem Heft der zm außergewöhnliche Fallsituationen geschildert und analysiert. Dieses Wissen kann auf zm-online über eine zertifizierte Fortbildung vertieft werden. Nachwuchszahnmediziner referieren über weltweite zahnmedizinische Forschungsaktivitäten und präsentieren in verständlicher Form ein internationales Forum zahnmedizinischer Forschung.

Die technischen Innovationen in der Zahnmedizin waren in den vergangenen Jahren vielfältig, ebenso wie die Berichte der zm über diese Entwicklungen. Der Fortbildungsteil im Herbst befasste sich mit dem Generalthema „Endodontie“ und beim Fortbildungsteil im Frühjahr stand die digitale Praxis im Mittelpunkt. Die neue Abfolge von Praxisfällen zum Thema Traumatologie gibt dem Zahnarzt Hilfestellung bei der Therapie unterschiedlicher Verletzungsarten.

Regelmäßig bereitet die zm wissenschaftliche Neuerungen auf, wie zum Beispiel das Thema Stammzellforschung. Inhalte aus der Berufspolitik wurden durch Originalbeiträge von Wissenschaftlern ergänzt, so etwa zu ECC oder zur Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten. Besonders relevant für den Praxisalltag war die Titelgeschichte „Rund um die Händehygiene“ mit umfassender crossmedialer Begleitung.

> Praxismanagement

In der Rubrik „Praxisführung“ wird die Praxis als Arbeits-, Aufenthalts- und Lebensraum für den Behandler, das Team und die Patienten thematisiert. Ein wichtiges aktuelles Thema war die IT-Sicherheit in der Zahnarztpraxis. Insbesondere die Spähaffäre des US-Geheimdienstes NSA hatte den Blick dafür noch einmal geschärft.

Im Bereich „Wirtschaft/Finanzen“ ging es im Berichtszeitraum unter anderem um die SEPA-Umstellung oder um den Liquiditäts-Tiefstand vieler Zahnärzte zum 30. September, den Risikoschutz bei Bankdarlehen, Steuertipps, Kundenservice bei Banken oder Anlageformen. Hinzu kamen Themen wie Altersvorsorge sowie Praxisneugründungen und -übernahmen, ein für den Berufsstand besonders wichtiger Bereich.

Die Rubrik „Recht“ umfasste sowohl aktuelle Urteile als auch Tendenzen in der Rechtsprechung, die die Berufsausübung tangieren.

> zm-Leserservice

Der Leserservice der zm ist Dienstleistung für die Zahnärzte und unverzichtbares Element der Leser-Blatt-Bindung. Anfragen erreichen den zm-Leserservice per Telefon, E-Mail oder



> 24/2013



> 01/2014



> 02/2014



> 03/2014

Briefpost. Vorrangig werden Hilfestellungen bei der Online-Fortbildung geleistet, Literaturlisten abgerufen, Rechercheaufträge erteilt und praktische Alltagsfragen beantwortet.

In Form von Leserzuschriften und Kommentaren auf zm-online.de spiegelt sich das Interesse der Zahnärzteschaft an bestimmten Themen besonders wider. Diese Zuschriften werden von der Redaktion nach einer Prüfung veröffentlicht.

Zum Angebot der *zm* zählt ebenso der bundesweit wohl umfassendste Terminkalender im Heft wie auch online, mit dessen Hilfe sich die Leser direkt bei Fortbildungsveranstaltungen von Kammern und KZVen sowie bei freien Anbietern anmelden können. Jede einzelne Veranstaltung wird vor Veröffentlichung redaktionell geprüft und so die Qualität der Einträge gesichert.

> Weitere Rubriken

Im Berichtszeitraum wurde die Ausrichtung der entwicklungs-politischen Arbeit der Bundesregierung skizziert und über die sozialen Aktivitäten von Zahnärzten berichtet. So sind die *zm* beispielsweise auf die neue Afrika-Politik des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) eingegangen. Einen festen Platz hat die Arbeit der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ).

Der Aufarbeitung von Kultur und Geschichte des Berufsstandes ist traditionsgemäß eine kleine, aber mit intensiv und aufwendig recherchierten Beiträgen versehene Sparte gewidmet. So erschien zum 200. Jahrestag der Völkerschlacht bei Leipzig der Artikel „Zähne vom Schlachtfeld“ über die makabre Praxis der Leichenfledderei und deren kulturhistorische Betrachtung. Ferner wurde ein Beitrag zur Sonderausstellung „Praxiswelten“ des Medizinhistorischen Museums Berlin veröffentlicht, mit Einblicken in den Alltag eines Arztes Mitte des 18. Jahrhunderts. Eine umfassende Geschichte über die Gesundheit Karls des Großen sowie die Geschichte des Bade(n)s aus hygienischer Sicht wurden online publiziert.



> 04/2013



> 05/2013



> 06/2013



> 08/2013

Vertragsgeschäft



› Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat als Organ der Selbstverwaltung eine Aufgabe, die für das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung ist: Sie verhandelt mit Krankenkassen und Heilfürsorgeträgern Verträge und passt diese bei Bedarf an veränderte Rahmenbedingungen an. In diesen Regelungswerken sind unter anderem der Versorgungshorizont und die Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen bundesweit festgelegt.

Vertragsgeschäft

32

Zahnärztliche Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Im April 2014 wurden die Voraussetzungen für die zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen entscheidend verbessert. KZBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie den Verbänden der Pflegeberufe eine Rahmenvereinbarung unterzeichnet, mit der das Zusammenwirken von Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert und qualitativ verbessert werden soll. Die Vereinbarung formuliert Mindeststandards für bestimmte Kooperationsverträge, die Zahnärzte mit stationären Pflegeeinrichtungen abschließen können. Ziel ist es, die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Die Betroffenen haben meist besondere Bedürfnisse in der zahnmedizinischen Behandlung, können aber häufig nicht mehr selbst eine Praxis aufsuchen.

Für Zahnärzte, die entsprechende Kooperationen eingehen, haben KZBV und GKV-SV im Bewertungsausschuss dafür spezielle Gebührenpositionen vereinbart. Abgebildet sind die neuen Leistungsziffern im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Neben der Einführung neuer und inhaltlicher und bewertungsmäßiger Anpassung bestehender Gebührenpositionen wurde die bisher der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entlehene Gebühren-Nr. 60 für konsiliarische Erörterungen in die BEMA-Nrn. 181 und 182 überführt. Die beiden Positionen unterscheiden – bei identischer Bewertung – danach, ob das Konsil im Rahmen eines Kooperationsvertrages stattfindet oder nicht. Die neuen Leistungen sind zum 1. April 2014 in Kraft getreten.

Verbesserte Prävention bei Kleinkindern

Bei Kindern im Vorschulalter zählt Karies zu den häufigsten chronischen Krankheiten. Bestreben der Vertragszahnärzte ist es, Vorsorge und Therapie bei Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr spürbar zu verbessern. KZBV und die Bundeszahnärztekammer haben dafür im Berichtszeitraum ein wissenschaftliches Konzept vorgestellt, um eine entsprechende Versorgungslücke zeitnah zu schließen.

Bislang haben aber lediglich einzelne Kassen auf das nach wie vor bestehende Defizit angemessen reagiert. Im Oktober 2013 ist insbesondere die BARMER GEK einer von der KZBV an alle Krankenkassen gerichteten Aufforderung zur Aufnahme von Gesprächen über die Verbesserung der Früherkennung und Bekämpfung von Karies bei Kleinkindern gefolgt.

In diesen Gesprächen konnte eine Nachbesserung des Leistungsangebotes bei Früherkennungsuntersuchungen in den Verträgen auf Landesebene erreicht werden und die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten auf Kleinkinder ab dem 6. bis zum 30. Lebensmonat. Als ergänzender Be-

standteil konnte die lokale therapeutische Applikation von Fluoridlack bei Kindern mit initialen Kariesläsionen in den Verträgen verankert werden. Diese Leistung kann zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat bis zu zweimal je Kalenderhalbjahr zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen erbracht und abgerechnet werden.

Nach den aktuellen Verträgen der BARMER GEK mit den KZVen können Früherkennungsuntersuchungen nun bereits ab dem 6. Lebensmonat erbracht werden. Der Leistungsumfang von zwei Untersuchungen zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat bleibt dabei bestehen. Bereits vorher mit einigen KZVen abgeschlossene Verträge sollen nachgebessert werden. Die KZBV wertet die Initiative der BARMER GEK als wichtigen Schritt, sieht aber nach wie vor Handlungsbedarf für die nachhaltige und effektive Bekämpfung frühkindlicher Karies.

Leistungsverzeichnis Zahntechnik (BEL-II)

Das zwischen dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) und dem GKV-Spitzenverband vereinbarte Bundes-einheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL-II 2014) ist zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten.

Das BEL-II für das Jahr 2014 ist das Ergebnis der seit Anfang des Jahres 2010 andauernden und zum Teil vor dem Bundes-schiedsamt für die zahntechnische Versorgung geführten Verhandlungen zwischen dem VDZI und dem GKV-Spitzen-verband. Die Verhandlungspartner haben den gesetzlichen

Vorgaben entsprechend die KZBV über die beabsichtigten Änderungen unterrichtet, aber nicht alle Positionen der KZBV vollumfänglich übernommen.

Die Vereinbarung über die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise für zahntechnische Regelleistungen wurde zwischen VDZI und GKV-Spitzenverband Ende Januar geschlossen. Ein gemeinsames Rundschreiben von VDZI und GKV-Spitzen-verband informiert über die Neuerungen unter Berücksichti-gung von Empfehlungen der KZBV.

Rechtsverordnung in der Heilfürsorge für Angehörige der Bundespolizei

Die Heilfürsorge von Bundespolizisten war bislang in Richtlinien des Bundesministeriums des Innern geregelt. Zum 1. Juli 2014 ist dieser Versorgungsbereich in eine Rechtsverordnung über-führt worden. Das Ministerium hat die Gelegenheit genutzt, die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bundespoli-zisten auch inhaltlich umzugestalten. Vor allem wurden die Behandlungsabläufe für Bundespolizisten, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, durch eine weitestgehende Angleichung an das System der GKV vereinfacht. Der Bundespolizist gilt in der Arzt- und Zahnarztpraxis damit nicht mehr als Sonderfall, der zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursacht. Entspre-chend werden nun auch die Formulare und Vordrucke aus dem GKV-Bereich verwendet. Die KZBV hat diesen Prozess beratend begleitet. Die Neuregelung in der Heilfürsorge für Angehörige der Bundespolizei sieht unter anderem vor, dass bei der Versorgung mit Zahnersatz künftig die befundbezoge-

nen Festzuschüsse angewendet werden (Paragraphen 55 ff. SGB V). Anders als in der GKV sollen bei der Regelversorgung aber die tatsächlichen Kosten in voller Höhe übernommen werden. Ausgenommen davon sind Mehrkosten für Reinmetall und Edelmetalllegierungen. Bei gleich- und andersartiger Versorgung wird der Festzuschuss in doppelter Höhe gewährt, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten. Für die Berechnung des doppelten Festzuschusses wird der mit den Trägern der Heil-fürsorge verhandelte Punktwert bei Zahnersatzleistungen zu Grunde gelegt. Für die ebenfalls anwendbaren Leistungen der Individualprophylaxe entsprechend BEMA-Z hat das Ministe-rium mit der KZBV einen besonderen bundeseinheitlichen Punktwert vereinbart, der für das Jahr 2014 bei 1,1140 Euro liegt. Anders als in der GKV werden einmal im Kalenderjahr die Kosten einer professionellen Zahnreinigung nach der Ge-bührenordnung für Zahnärzte (GOZ) übernommen.

Nationale Kontaktstelle

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (Abteilung DVKA beim GKV-SV) ist seit dem 25. Oktober 2013 gesetzlich verpflichtet, die Aufgaben einer nationalen Kontakt-stelle zur Information von EU-Ausländern über die jeweiligen Gesundheitsdienstleister und -institutionen in den europä-ischen Nationalstaaten wahrzunehmen. Um diese Aufgaben in Deutschland erfüllen zu können, wurden die Deutsche

Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundes-vereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Private Krankenversicherung (PKV) verpflichtet, die Kontaktstelle mit den erforderlichen Informationen zu ver-sorgen. Die nationale Kontaktstelle hat im Jahr 2013 ihre Arbeit aufgenommen und ist im Internet unter www.eu-patienten.de präsent.

Qualität

34



› Die Förderung und Sicherung von Qualität sind Grundvoraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem und damit auch eine zentrale Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes. Wie alle Heilberufe stellt sich die Vertragszahnärzteschaft der anhaltenden gesellschaftlichen Diskussion um die Qualität von medizinischer Versorgung. Der Umgang mit Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Leitlinien hat in der zahnärztlichen Praxis seinen festen Platz.



Qualität

36

Der Gesetzgeber hat mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ weitere Vorgaben zur Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemacht. Mit dieser rechtlichen Norm wird aus Sicht der Zahnärzteschaft eine Institutionalisierung der Qualitätsmessung und -bewertung von außen verstärkt. Aktuell soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein eigenes Qualitätsinstitut angegliedert werden. Der bewusst durch die Politik initiierte Qualitätswettbewerb soll den Preiswettbewerb ablösen.

Im Berichtszeitraum haben eine Vielzahl von Sitzungen der Arbeitsgruppe Qualität der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und ihrer Unterarbeitsgruppen stattgefunden, die sich mit Qualitätsmanagement, Qualitätsprüfung und -sicherung befasst haben. So war eine intensive aktive Begleitung der Diskussion um das Thema Qualität gegeben.

Förderung und Management von Qualität

Die bereits seit 2007 bestehende QM-Richtlinie Vertragszahnärztliche Versorgung trägt den Besonderheiten des zahnärztlichen Sektors Rechnung. Nach einer Übergangszeit müssen nunmehr seit 2011 alle Vertragszahnärzte und zahnärztlichen Einrichtungen ein einrichtungsinternes QM eingeführt haben.

Dass QM auf breiter Front in den Zahnarztpraxen eingesetzt wird, belegt sehr deutlich der bereits zum zweiten Mal gegenüber dem G-BA abgegebene Bericht der KZBV. Auf Basis der Richtlinie erheben die KZVen seit dem Jahr 2011 den Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen QM in den Praxen. Dazu fordern die KZVen jährlich mindestens 2 Prozent zufällig ausgewählter Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. Die ausgewählten Zahnärzte werden in allen KZV-Bereichen mittels eines bundeseinheitlichen Berichtsbogens zum Stand ihres einrichtungsinternen QM befragt. Die KZVen melden die Ergebnisse der KZBV, die auf Basis dieser Informationen seit dem Jahr 2012 dem G-BA jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen QM in den zahnärztlichen Praxen berichtet.

Die Zahlen belegen, dass sich die bereits sehr guten Daten aus dem ersten Bericht zur Einführung und Umsetzung des QM bei fast allen Vertragszahnärzten bestätigen.

Durch das Patientenrechtegesetz wurde ein neuer Absatz 1d in den § 137 des SGB V aufgenommen. Damit wird der G-BA beauftragt, die QM-Richtlinien in Bezug auf Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit zu ergänzen. Er ist danach besonders verpflichtet, Mindeststandards von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen festzulegen.

Der G-BA ist diesem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und hat entsprechende Mindeststandards für Fehlermeldesysteme und zum Risikomanagement beschlossen. Diese wurden in der QM-Richtlinie für die zahnärztliche Versorgung umgesetzt, deren aktualisierte Fassung am 8. April 2014 in Kraft getreten ist. Obwohl damit die gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz aufgegriffen und umgesetzt wurden, wird im G-BA bereits eine neue QM-Richtlinie für alle Versorgungssektoren beraten.

Aktualisierung der Agenda Qualitätsförderung

Bereits im Jahr 2004 haben KZBV und BZÄK eine Agenda zur Qualitätsförderung vorgelegt. Ziele dieses Grundsatzpapiers waren eine Positionierung des Berufsstandes zum Thema Qualitätsförderung, die Präsentation der freiwilligen Aktivitäten und ihrer Weiterentwicklung sowie die Darstellung der Bezüge zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Seitdem sind zehn Jahre vergangen und die Diskussion um Qualität und Effizienz prägt inzwischen nicht nur die gesellschaftspolitische, sondern zunehmend auch die gesundheitspolitische Diskussion. Dementsprechend haben sich mittlerweile auch die gesetzgeberischen Rahmenbedingungen geändert. Diese haben KZBV und BZÄK aufgegriffen und umgesetzt. Darüber hinaus wurde die Agenda Qualitätsförderung durch ein übergreifendes Redaktionsteam des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ), der KZBV und der BZÄK, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der AG Qualität der KZBV, dem Ausschuss Qualität der BZÄK sowie mit wissenschaftlicher Begleitung durch Herrn Professor Dr. Winfried Walther, Direktor der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe grundlegend überarbeitet.

Die Agenda richtet sich primär an Politik und Zahnärzte sowie in der zahnärztlichen Versorgung tätige Personen, Öffentlichkeit und an Patienten. Alle Beteiligte übernehmen dabei in einem partnerschaftlichen Verhältnis ihre jeweilige Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die Agenda wirbt für eine nachhaltige Unterstützung bei der Umsetzung der beschriebenen Empfehlungen.

Einleitend werden in den „Grundsätzen der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung“ das Selbst-

verständnis der Zahnärzteschaft, ihre Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen, ihre Ansprüche hinsichtlich angemessener personeller und organisatorischer Strukturen sowie finanzieller Ressourcen vorangestellt. Für die Zahnärzteschaft ist die Selbstverpflichtung zur Qualität eine immanente, aus ihrem freiberuflichen Selbstverständnis entwickelte Aufgabe. Die Mitwirkung des Patienten und die Stärkung seiner Eigenverantwortlichkeit werden als Teil des Leitbildes einer an (zahn-)medizinischen Erkenntnissen und dem Patientenwohl orientierten Versorgung benannt. Die Durchführung und Weiterentwicklung des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. In der zahnärztlichen Versorgung soll Qualitätsförderung die Mundgesundheit und die Patientenzufriedenheit verbessern, wobei die Erwartungen der Patienten und ihre Mitarbeit (Compliance) eine zentrale Rolle spielen. Ziele sind die kontinuierliche Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und damit der Mundgesundheit der Bevölkerung durch wirksame präventive und therapeutische Maßnahmen sowie die Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Insgesamt ist die präventive Ausrichtung der Kernbeitrag zahnmedizinischen Handelns zur Qualitätsförderung. Mit der Entwicklung bedarfsgerechter zahnmedizinischer Versorgungskonzepte ist die Prävention strategisch angelegt – und in den Deutschen Mundgesundheitsstudien regelmäßig mit epidemiologischen Daten belegt. Die Agenda Qualitätsförderung wurde im Mai 2014 dem Beirat der KZBV und dem Vorstand der BZÄK abschließend vorgelegt und wird im Herbst 2014 veröffentlicht.

Qualitätstagung der KZBV

Die KZBV hat im Mai 2014 ihre zweite Qualitätstagung für die KZVen ausgerichtet, wie bereits die erste Qualitätstagung im Jahr 2013 mit durchweg positiver Resonanz. Mit Herrn Professor Dr. jur. Dr. h.c. Rainer Pitschas und Herrn Professor Dr. med. Franz Porzolt konnten Referenten aus der Wissenschaft gewonnen werden, die den Blick von außen auf aktuelle Qualitätsthemen lenkten. Herr Prof. Pitschas stellte in seinem Vortrag zu „Qualitätsmanagement durch Risiko- und Fehlervermeidungssysteme“ aus rechtlicher Sicht Optionen zur Optimierung von Behandlungsabläufen zum Schutz der

Patientinnen und Patienten dar. Herr Prof. Porzolt reflektierte in seiner Präsentation zum Thema „Wirkung – Wirksamkeit – Nutzen“ die Rolle von Evidenz in der Zahnmedizin auf Qualitätssicherung und Gesundheitsökonomie. Sein Konzept der „Confidence-based Medicine“ geht über das im Moment vorherrschende Prinzip der „besten verfügbaren Evidenz“ hinaus. Die Leiterin der Abteilung Qualitätsförderung der KZBV ergänzte mit ihren Ausführungen zu den einzelnen Qualitätsmanagementinstrumenten aus der aktuellen QM-Richtlinie deren Anwendung in der Praxis.

Qualitätssicherung

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag zur externen Qualitätssicherung berät der G-BA über ein Thema zu einem datengestützten sektoralen QS-Verfahren nach § 137 SGB V. Die AG Qualität der KZBV begleitet diese Beratungen sehr intensiv. Das AQUA-Institut hat dazu nach einem Beschluss des G-BA eine erste wissenschaftliche Aufbereitung zahnmedizinischer Themenvorschläge in Form einer Informationssammlung/Konzeptskizze erstellt. Die Endfassung dieser von AQUA erstellten Konzeptskizze wurde im April 2014 vom Plenum des G-BA abgenommen.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Konzeptskizze hat die AG Qualität der KZBV einen Entwurf für die Beauftragung des AQUA-Instituts für ein Qualitätssicherungsverfahren zur „Systemischen Antibiotikatherapie im Rahmen der parodontalen und konservierend-chirurgischen Behandlung“ vorbereitet. Dieser Auftrag wird voraussichtlich im Herbst 2014 vom Plenum des G-BA erteilt. Der Bericht des AQUA-Instituts wird nach Vorlage in einer zahnärztlichen QS-Richtlinie berücksichtigt werden.

Leitlinien

Die KZBV ist aktiv in laufende Leitlinienprojekte eingebunden. Sie fördert deren Entwicklung und beteiligt sich an der konkreten Ausgestaltung, wobei der Schwerpunkt auf deren Praxistauglichkeit liegt. Dabei gilt das übergeordnete Prinzip, dass Handlungsempfehlungen in Form von medizinischen Leitlinien der klinischen Expertise des individuellen Behandlers und auch den Präferenzen und Wünschen eines individuellen Patienten ausreichend Raum lassen müssen. Eine Leitlinie beschreibt daher einen Handlungskorridor, der Zahnarzt und Patient eine Orientierung über diejenigen Therapieoptionen bietet, die im individuellen Fall verantwortbar sind, um für und mit dem Patienten gemeinsam, die für seine Lebenssituation richtige und angemessene Therapieform zu wählen. Nur ein patientenbezogener Ansatz gewährleistet die Individualität der Behandlungsplanung. Leitlinien unterstützen diesen Prozess und müssen fortlaufend auf ihren wissenschaftlichen Gehalt und Nutzen für den Praxisalltag hin überprüft werden.

Aktuell werden die Beratungen zu den Leitlinienprojekten „Chemische Plaquerreduktion in der Gingivitis- und Parodontitistherapie“, „Dentales Trauma im bleibenden Gebiss“,

„Diagnostik und Therapie von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mundschleimhaut“, „Keilförmiger Defekt“ und „Vollkeramische Kronen und Brücken“ begleitet. Zudem ist die KZBV in das Leitlinienprojekt der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) „Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten“ eingebunden.

Im Berichtszeitraum wurden im zahnmedizinischen Bereich 14 Leitlinien entwickelt, darunter auch fünf S3-Leitlinien, also Leitlinien der höchsten methodischen Stufe. Sie sind auf den Webseiten des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aufgeführt. Zudem sind die zahnmedizinischen Leitlinien zum Teil auch auf der Webseite der KZBV unter www.kzbv.de abrufbar.

Zentrum Zahnärztliche Qualität

Im Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) werden Problemstellungen der zahnärztlichen Qualitätsförderung und der externen Qualitätssicherung bearbeitet. Im Berichtszeitraum wurde das Aufgabenprofil des ZZQ priorisiert. Die Aufgabenbeschreibung ist in Module gegliedert. Diese lassen sich drei „Säulen“ zuordnen:

- Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EbM),
- Qualitätsentwicklung,
- Patientenorientierung.

Als Querschnittsbereich ist Wissensmanagement gesetzt.

Neben grundlegenden Vorarbeiten zur Qualitätsförderung sowie der Entwicklung und Bewertung von Instrumenten der Qualitätsförderung sollen im Bereich der Patientenorientierung eigene Ressourcen entwickelt werden. Für Patientinformationen können Mindeststandards hinsichtlich der Methodik und der Inhalte, beispielsweise zur Kommunikation von Risiken und Nutzen entwickelt werden. Hier bietet sich eine Weiterentwicklung leitliniengestützter Patientinformationen an – mit dem Ziel, im Leitlinienprozess bewert-

tetes Wissen den Patienten zur Verfügung zu stellen (Oral Health Literacy). Die geplante Evaluation der zahnärztlichen Patientenberatung komplettiert die dritte Säule.

ZZQ und IDZ waren auf der Jahrestagung des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin in Halle/Saale, die unter dem Titel „Prävention zwischen Evidenz und Eminenz“ stattfand, mit einem wissenschaftlichen Beitrag zur „Evidenzbasierung in der Kariesprävention“ vertreten. Am Beispiel der Leitlinien zu Fluoridierungsmaßnahmen und zur Fissurenversiegelung wurde gezeigt, dass die zahnärztliche Präventionsstrategie evidenzbasiert ist. In den Leitlinien wird die Evidenz für Präventionsmaßnahmen, die Karies vermeiden oder in ihrer Progression aufhalten können, dargestellt und im Hinblick auf Empfehlungen für den Versorgungsalltag bewertet. Ergebnis sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Empfehlungen für angemessene ärztliche und zahnärztliche diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen bei Präventionsmaßnahmen, die Zahnärzte und Patienten bei der partizipativen Therapieentscheidung unterstützen.

Gutachterwesen

Anders als in den meisten Industriestaaten existiert in Deutschland ein Gutachterwesen für die zahnmedizinische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenkasse oder – in bestimmten Fällen – auch der Zahnarzt können bei Bedarf einen Gutachter einschalten, der beurteilt, ob eine geplante Therapie angemessen ist und von der Krankenkasse übernommen werden muss, oder ob eine prothetische Behandlung unter Umständen Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient damit der Überprüfung und Förderung der Behandlungsqualität.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben zum 1. April 2014 die bislang unterschiedlichen Gutachtervereinbarungen

im Primär- und im Ersatzkassenbereich vereinheitlicht. Die Regelungen für alle Kassenarten sind damit nun identisch. Die Vertragspartner hatten die Verhandlungen über das Gutachterverfahren vorgezogen und bereits vor der insgesamt Zusammenführung der Bundesmantelverträge in Kraft gesetzt, da insbesondere aufgrund des Patientenrechtegesetzes einige Änderungen erforderlich geworden waren. Die neuen Bestimmungen finden sich daher – wenn auch inhaltsgleich – in beiden Vertragswerken. Mit der Vereinheitlichung ist das vertragliche Gutachterwesen zugleich in Sachen Qualität und Rechtssicherheit weiterentwickelt worden. Auslegungsbedürftige Vorschriften wurden klarer gefasst und damit Streitpunkte insbesondere bei der Übernahme von Kosten für Gutachter ausgeräumt. In den Verhandlungen war es ein zentrales Anliegen

gen der KZBV, die Begutachtungsqualität weiter auszubauen. Mit der Neuregelung ist die Basis für ein dauerhaft tragfähiges, funktionierendes Gutachterwesen geschaffen worden. Im Bereich Zahnersatz wurden im Jahr 2013 insgesamt 124.522 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme um 7,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Bei 109.195 Planungsgutachten wurden 55,5 Prozent der Planungen befürwortet (Vorjahr 56,1 Prozent), 19,6 Prozent wurden nicht befürwortet (Vorjahr 19,3 Prozent). 24,9 Prozent der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 24,6 Prozent). Bei etwa 9,8 Millionen prothetischen Behandlungen zuzüglich etwa 0,5 Millionen andersartiger Versorgungsfälle wurden lediglich 15.327 Mängelgutachten angefordert. Dabei wurden in 66,7 Prozent dieser Fälle auch tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl durchgeführter Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und ist damit ein Indikator für eine qualitativ gute Zahnersatzversorgung.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten im Jahr 2013 um 17,1 Prozent auf 13.110, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 1,2 Prozent auf 993.000 gestiegen ist. Die Begutachtungsquote

lag bei 1,3 Prozent aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (1,6 Prozent) rückläufig. 44,5 Prozent der PAR-Statens wurden ganz, 34 Prozent wurden teilweise und 21,5 Prozent wurden durch die Gutachter nicht befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste im Jahr 2013 nur 12 Mal durchgeführt werden. In sechs Fällen wurde dabei die geplante Behandlung abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde im Jahr 2013 in 56.329 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer Abnahme um 12,2 Prozent. In knapp 51 Prozent der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in etwa 30 Prozent teilweise und in etwa 20 Prozent nicht zugestimmt. Bei 125 (- 25,1 Prozent) durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 82 Fällen (66 Prozent) der Behandlungsplanung des Zahnarztes oder des Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm im Vergleich zum Jahr 2012 um 7,1 Prozent auf 2.347 Fälle zu. In 58,9 Prozent der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 9,9 Prozent teilweise und in 31,2 Prozent nicht zugestimmt. 19 Obergutachten (- 47,2 Prozent) wurden durchgeführt. Dabei wurde die geplante Behandlung in sechs Fällen abgelehnt.

Parodontologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %
Behandlungsfälle	599.200	596.600	- 0,4	381.800	396.400	3,8	981.000	993.000	1,2
Gutachten	12.847	10.521	- 18,1	2.971	2.589	- 12,9	15.818	13.110	- 17,1
Obergutachtenanträge vom Zahnarzt beantragt	24	12	- 50,0	4	7	75,0	28	19	- 32,1
von der Krankenkasse beantragt	24	11	- 54,2	4	7	75,0	28	18	- 35,7
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	0	1		0	0	0	0	1	
durchgeführte OG-Verfahren	11	5	- 54,5	2	2	0	13	7	- 46,2
Behandlungsplanung abgelehnt	13	7	- 46,2	2	5	150,0	15	12	- 20,0
Behandlungsplanung zugestimmt	0	2		1	4		1	6	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	5	1		1	1		6	2	
	8	4		0	0		8	4	


Kieferorthopädie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %
Gutachten	41.760	38.820	- 7,0	22.367	17.509	- 21,7	64.127	56.329	- 12,2
Obergutachtenanträge Vom Zahnarzt beantragt	141	119	- 15,6	80	58	- 27,5	221	177	- 19,9
Von der Krankenkasse beantragt	131	105	- 19,8	76	55	- 27,6	207	160	- 22,7
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	10	14	40,0	4	3	- 25,0	14	17	21,4
durchgeführte OG-Verfahren	34	36	5,9	20	16	- 20,0	54	52	- 3,7
Behandlungsplanung abgelehnt	107	83	- 22,4	60	42	- 30,0	167	125	- 25,1
Behandlungsplanung zugestimmt	80	52		44	30		124	82	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	20	26		14	9		34	35	
	7	5		2	3		9	8	

Implantologie	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %
Gutachten	1.390	1.395	0,4	801	952	18,9	2.191	2.347	7,1
Obergutachtenanträge vom Zahnarzt beantragt	37	28	- 24,3	30	23	- 23,3	67	51	- 23,9
von der Krankenkasse beantragt	17	14	- 17,6	12	13	8,3	29	27	- 6,9
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	20	14	- 30,0	18	10	- 44,4	38	24	- 36,8
durchgeführte OG-Verfahren	18	19	5,6	13	13	0,0	31	32	3,2
Behandlungsplanung abgelehnt	19	9	- 52,6	17	10	- 41,2	36	19	- 47,2
Behandlungsplanung zugestimmt	9	3		8	3		17	6	
Behandlungsplanung teilw. zugestimmt	8	4		9	7		17	11	
	2	2		0	0		2	2	

Digitales Gesundheitswesen

42

Elektronische Speicherung und Übermittlung von Daten sind im Gesundheitswesen und damit auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung bereits seit vielen Jahren an der Tagesordnung. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gestaltet Telematikanwendungen im Sinne von Patienten und Vertragszahnärzten aktiv mit. Zu den wichtigsten Aufgaben zählt dabei, eine sichere Infrastruktur zu gewährleisten, mit der Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) und Zahnarztpraxen sensible Patientendaten geschützt speichern und übermitteln können.





EDV für die Praxis

44

In nahezu jeder zahnärztlichen Praxis laufen Praxisorganisation, Patientendokumentation und vor allem die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen über ein Dentalsoftwaresystem. Im vierten Quartal 2013 wurden 99,6 Prozent der konservierend-chirurgischen Leistungen und 98,8 Prozent der kieferorthopädischen Leistungen elektronisch abgerechnet. Dabei sind die korrekte Verarbeitung der Daten sowie die Datensicherheit sehr wichtig. Die Prüfstelle der Abteilung Vertragsinformatik der KZBV legt daher entsprechende Kriterien fest und führt Eignungsfeststellungsverfahren für alle Dentalsysteme durch. In den Zahnarztpraxen können nur Dentalsysteme eingesetzt werden, die dieses Verfahren erfolgreich durchlaufen haben. Nicht nur neue Programme für die Zahnarztpraxis werden geprüft. Auch bei Änderung der Eignungskriterien durch vertragliche oder gesetzliche Vorgaben oder Feststellung von Mängeln durch eine KZV bei einem Dentalsystem ist eine erneute Begutachtung notwendig. Derzeit verwaltet die Prüfstelle 70 Dentalsoftwaresysteme, darunter Programme, die in vielen Praxen eingesetzt werden, aber auch solche, die von Zahnärzten oder Kieferorthopäden ausschließlich für den Einsatz in der eigenen Praxis entwickelt wurden.

Um die Abrechnungsabläufe sicherzustellen, hat die KZBV in mehreren Veranstaltungen Dentalsoftwarehersteller über Änderungen in den Modulen informiert, die unter anderem durch Neuerungen im Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) und das neue bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis (BEL) erforderlich wurden. Unter Federführung der Abteilung Vertragsinformatik arbeiten Vertreter von Dentalsoftwarehäusern und Zahnärzten zudem in einer Arbeitsgruppe gemeinsam an einer Schnittstelle für die sichere Übernahme von Patientendaten beim Wechsel des Dentalsoftwareprogramms.

> Elektronische Abrechnung

Zahnärztliche Leistungen müssen für die elektronische Abrechnung aufbereitet und zusammengestellt werden. Die Abteilung Vertragsinformatik der KZBV entwickelt dafür Abrechnungsmodule für die Prüfung und Zusammenstellung der Abrechnungs- und Laborabrechnungsdaten sowie Sendemodule, die für die Übermittlung der Abrechnungsdaten der Praxis an die KZV eingesetzt werden. Diese Module müssen von den Dentalsoftwareherstellern in ihre Systeme integriert werden. Die KZVen wiederum erhalten zur Weiterverarbeitung der Abrechnungsdaten von der KZBV entsprechend entwickelte Empfangsmodule, die aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Änderungen regelmäßig angepasst werden.

Die KZBV benötigt für Vertragsverhandlungen detaillierte Angaben zum Leistungsgeschehen in Form von statistischen Informationen über Art und Häufigkeit unter anderem der abgerechneten Zahnersatz-Leistungen. Diese Daten werden bislang in Papierform übermittelt, sollen künftig aber in elektronischer Form geliefert werden. Diese freiwillige Datenlieferung soll mit einem möglichst geringen Aufwand für Zahnärzte verbunden sein. Für die elektronische Übermittlung der statistischen Daten hat die Arbeitsgruppe „IT in der Zahnarztpraxis – Unter-AG Vertragsinformatik“ eine weitere Variante des Zahnersatz-Sende- und des Zahnersatz-Empfangsmoduls beschlossen. Die Abteilung Vertragsinformatik hat dazu ein Konzept zur Umsetzung der Schnittstelle für die Statistikdatenlieferung entwickelt und dieses den Dentalsoftwareherstellern bereits vorgestellt.

Die Dienstleistungen der KZBV umfassen neben der Abrechnung zwischen Praxen und KZVen auch die Realisierung der elektronisch basierten Abrechnung zwischen KZVen und Krankenkassen. So wird den KZVen für die Zusammenstellung der Abrechnungsdaten für den Weg von der KZV zur Krankenkasse ein von der KZBV entwickeltes Sendemodul zur Verfügung gestellt. Zudem verwaltet die KZBV ein bundeseinheitliches Kassenverzeichnis, das den Zahnarztpraxen als Informationsquelle für die Kassennummern der Kostenträger und den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Krankenkassen dient.

Die Abteilung Vertragsinformatik übernimmt für alle KZVen die Datensammlung und -aufbereitung und die daraus resultierende Rechnungsstellung an die Krankenkassen zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Überdies unterhält die KZBV das Bundeszahnarztregister, in dem gemäß Zulassungsverordnung alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte erfasst sein müssen. Die Abteilung Vertragsinformatik prüft die von den KZVen gelieferten Daten, stellt sie den vertraglichen Vorgaben entsprechend zusammen und übermittelt sie gemäß gesetzlicher Regelung monatlich an die Krankenkassen.

Zahnärzte-Online Deutschland (ZOD)

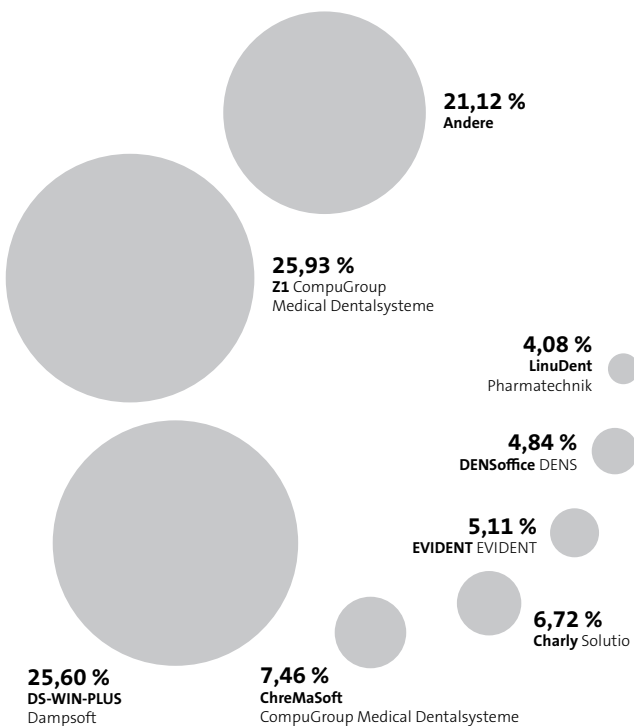
Die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) bereits seit einigen Jahren in einem marktöffnenen Zulassungsverfahren betriebene Public Key-Infrastruktur „Zahnärzte-Online Deutschland“ (ZOD) hat weiterhin großen Zuspruch in der Zahnärzteschaft. Als qualifizierte Signaturkarte ermöglicht die ZOD-Karte den sicheren Nachweis der Identität des Zahnarztes in der elektronischen Welt. ZOD ist mit derzeit rund 14.000 Karteninhabern eines der größten und erfolgreichsten Kartenprojekte im deutschen Gesundheitswesen. Die KZBV übernimmt im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen nach wie vor die zweite Prüfung der eingehenden Kartenanträge. Zudem erbringt sie als Dienstleister für zehn Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) die vollständige Bearbeitung der Anträge.

Um das hohe Sicherheitsniveau des Systems zu gewährleisten, werden die Karten nur von ZOD-Anbietern ausgegeben, die bei der KZBV ein Zulassungsverfahren erfolgreich durchlaufen haben. In enger Abstimmung mit den KZVen wurden im Jahr 2013 das Anforderungsprofil und die Policy abermals angepasst. Dabei wurde unter anderem die Übermittlung

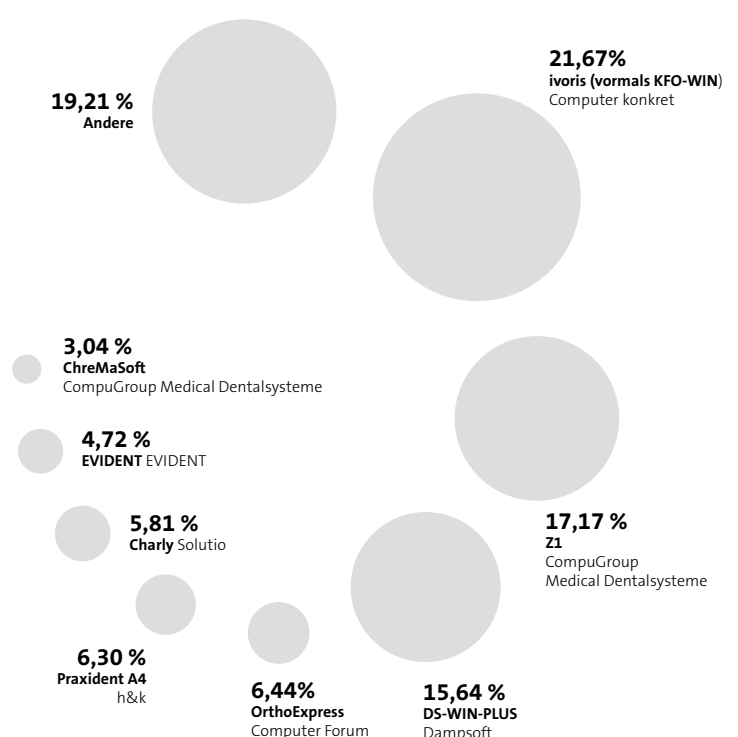
der Daten im Rahmen der Antragsbearbeitung der Karten bei Fortführung der strengen Sicherheitsvorgaben vereinfacht, um eine effektivere Antragsbearbeitung in den KZVen und beim Anbieter sicherzustellen. Auf die bisher zusätzlich angebotene ZOD-Team-Karte wurde in Abstimmung mit den KZVen mit Blick auf den mit Aufbau der eGK-Telematikinfrastruktur perspektivisch verfügbaren elektronischen Praxisausweis verzichtet. Der Betrieb der ZOD-Wurzelinstanz wurde auf weitere fünf Jahre bis zum 31. Juli 2019 verlängert. Dieses Zertifikat der KZBV versetzt zugelassene Anbieter technisch in die Lage, ZOD-Zertifikate herzustellen. Ausgegebene ZOD-Karten können damit bis zum Ende ihrer Laufzeit eingesetzt werden.

Die Anforderungen des Signaturgesetzes, des ZOD-Anforderungsprofils und der ZOD-Policy bedingen absehbar den Einsatz eines weiterentwickelten Kartentyps mit aktualisierten Krypto-Algorithmen als technische Basis der ZOD-Karte. Die Zulassung der neuen Karte wurde von der medisign GmbH als derzeit einzigen zugelassenen Anbieter im Mai beantragt und soll im September abgeschlossen sein.

KCH



KFO



Die weiterentwickelte Karte muss unter anderem die Anforderungen zur Erstellung einer qualifizierten, elektronischen Signatur, sowie einer Verwendung als so genannter Vorläufer-HBA in der derzeit im Aufbau befindlichen eGK-Telematikinfrastruktur erfüllen. Die KZBV hat erreicht, dass in der von der gematik vorangetriebenen Erprobung der Online-Prüfung der eGK und der qualifizierten elektronischen Signatur (vergleiche nachfolgendes Kapitel) neben dem elektronischen Heilberufsausweis auch die – in weiten Teilen identische – ZOD-Karte als „Vorläufer-HBA“ einbezogen wird. Damit ist sichergestellt, dass die derzeit von den KZVen ausgegebenen ZOD-Karten bei Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur mit dieser genauso funktionieren, wie mit den heute in der Praxis eingesetzten Kartenlesegeräten mit entsprechender Software.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

> eGK-Vereinbarung

Die Verhandlungen zur „Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Vereinbarung)“ mit dem GKV-Spitzenverband wurden erfolgreich abgeschlossen. Vereinbart wurde, dass ab 1. Januar 2014 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in den Praxen die bisherige Krankenversichertenkarte (KVK) als alleiniger Versicherungsnachweis ersetzt. Eine Übergangsregelung stellt jedoch sicher, dass die KVK bis zum 30. September 2014 noch als Versicherungsnachweis in den Praxen akzeptiert wird. Zuletzt geführte Verhandlungen deuten darauf hin, dass das Ende der Übergangsfrist auf den 31. Dezember 2014 verlegt werden könnte. Ab 1. Januar 2015 ist dann die KVK aber definitiv kein Versicherungsnachweis mehr.

> Online-Rollout Stufe 1

Herr Dr. Günther E. Buchholz wurde im Dezember 2013 einstimmig von den Trägern der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) zum stellvertretenden Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung gewählt. Er vertritt damit weiterhin die Interessen aller Leistungserbringerorganisationen im Verwaltungsausschuss der gematik. Nachdem Anfang des Jahres 2012 die gematik mit den Arbeiten zur Umsetzung der ersten Stufe des Online-Rollout begonnen hatte, wurden die Vergabeverfahren zur Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zum Ende des Jahres 2013 mit der Beauftragung mehrerer Industrieunternehmen erfolgreich abgeschlossen.

Neben den beiden Konsortien der Industrie, welche die Erprobung in den Testregionen „Nordwest“ (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz) und „Südost“ (Sachsen,

An der Erprobung der Telematikinfrastruktur und der vorgesehenen Anwendungen teilnehmende Zahnärzte sollen nach derzeitiger Planung der gematik im ersten Quartal 2015 mit elektronischen Zahnarztausweisen und Praxisausweisen („SMC-B“, Secure Module Card) ausgestattet werden. Die Zahnärztekammer Saarland (keine Testregion) gibt bereits seit Oktober 2013 elektronische Zahnarztausweise im Wirkbetrieb aus. Die Konzepte für die Ausgabe des elektronischen Praxisausweises, welcher im Wirkbetrieb bundesweit durch die KZVen ausgegeben werden soll, werden seitens der KZBV eng begleitet und kontinuierlich mit den an der Erprobung teilnehmenden KZVen abgestimmt.

Bayern) durchführen, sind auch Auftragnehmer mit der Produktion und Ausgabe der so genannten zweiten Kartengeneration („G2-Karten“) beauftragt. Sie werden die Erprobungsteilnehmer mit den erforderlichen Heilberufsausweisen (elektronischer Zahnarztausweis) und Praxisausweisen ausstatten.

Des Weiteren ist eine wissenschaftliche Evaluation der Praktikabilität der Komponenten der Telematikinfrastruktur und der Prozesse der vorgesehenen Anwendungen in den Praxen beauftragt werden.

Die erste Stufe des Online-Rollout wird – in zwei aufeinander folgenden Phasen – die Erprobung der Online-Prüfung der eGK („Versichertenstammdatenmanagement, VSDM“) und der „qualifizierten, elektronischen Signatur (QES)“ umfassen. Die für die Erprobung der „QES-Basisdienste“ (Signatur, Ver- und Entschlüsselung, Authentisierung) vorgesehene Anwendung „Übermittlung eines signierten und verschlüsselten Fallzahlprotokolls im Rahmen der Abrechnung“ wurde seitens der KZBV in enger Abstimmung mit allen KZVen erarbeitet.

Alle KZVen der Testregionen Nordwest und Südost werden an der Erprobung teilnehmen. Dabei übernehmen sie dann neben der Sicherstellung der Verfügbarkeit der Anwendung zur Erprobung der qualifizierten elektronischen Signatur auch zentrale Aufgaben bei der Auswahl der teilnehmenden Zahnarztpraxen und der Herausgabe des elektronischen Praxisausweises. Der Nachweis der erfolgten Online-Prüfung der Versichertenstammdaten der eGK muss von den Praxen nach den rechtlichen Vorgaben an die KZVen übermittelt werden. Die technischen Einzelheiten des Verfahrens werden zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbart. Auch die Übermittlung des Prüfnachweises im Rahmen der Abrechnung wird Bestandteil der Erprobung sein.

Die Aufgaben der KZVen in den Testregionen werden derzeit auf der Basis der von der gematik erstellten Vorgaben seitens der KZBV in enger Abstimmung mit den KZVen in zahlreichen Dokumenten konkretisiert, die zum Beispiel Ausgabeprozesse für den elektronischen Praxisausweis, Zeitplanung, FAQs zum Inhalt haben. Zentrale Informations- und Abstimmungsplattform zwischen den Fachebenen der KZVen und der KZBV ist dabei der Jour fixe „Telematik“ der KZVen als langjährig etablierte regelmäßig in zweimonatlichen Abständen stattfindende Veranstaltung.

Neben dem Beginn der Gewinnung von Erprobungsteilnehmern haben die Auftragnehmer mit der Vorlage der ersten Konzepte und Dokumente bei der gematik begonnen. Aufgabe der gematik und ihrer Gesellschafter ist die Güteprüfung dieser umfangreichen Liefergegenstände wie zum Beispiel Spezifikationen der Komponenten, Informationsmaterialien für die Praxen oder Verträge mit den Erprobungsteilnehmern. Damit verbundene Kommentierungen und Workshops sind für alle Beteiligten mit erheblichen Aufwendungen verbunden.

Die zum Berichtszeitpunkt (Ende Juli) vorliegende Zeitplanung der gematik sieht den Beginn der Erprobung in den Praxen im zweiten Quartal 2015 vor. Damit ist zur ursprünglichen Zeitplanung bisher eine Verzögerung von sechs Monaten entstanden. An der Erprobung teilnehmende Praxen und Krankenhäuser erhalten für ihre Aufwände Erstattungsbeträge. Diese sehen neben den kostenfrei zur Verfügung gestellten Komponenten und Schulungen eine einmalige Aufwandspauschale sowie monatliche Aufwandsentschädigungen vor. Die Pauschalbeträge gelten über den gesamten Erprobungszeitraum und sind nach Größe der Praxis gestaffelt.

Interoperabilitätsstudie und eHealth-Rat

Die Vertreterversammlung der KZBV hatte im November 2013 beschlossen, die Schaffung der Telematikinfrastruktur allein in der Hoheit der Träger der Selbstverwaltung und der von diesen Organisationen als Gesellschafter geführten gematik zu belassen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in der „Planungsstudie Interoperabilität“ empfohlene, zusätzliche Gremium eines so genannten „eHealth-Rates“ mit Entscheidungs- und Zulassungskompetenzen zu Telematik-anwendungen und -komponenten wurde explizit abgelehnt. Nahezu alle Gesellschafter der gematik sind vielmehr dem Vorschlag der KZBV gefolgt, diese Position den Teilnehmern der damaligen Koalitionsgruppe „Gesundheit und Pflege“ und dem BMG in einem gemeinsamen Schreiben deutlich zu machen. Die Initiative hatte Erfolg, wie Schreiben von Teilnehmern der Koalitionsgruppe gezeigt haben.

> Online-Rollout Stufe 2 und weitere Anwendungen

Neben der Erprobung des Online-Rollout Stufe 1 arbeiten die gematik und die jeweils von der Gesellschafterversammlung mit der fachlichen Steuerung der Anwendung beauftragten Gesellschafter – wie zum Beispiel die Bundesärztekammer für die Anwendung „Notfalldatenmanagement“ – an den Anwendungen der zweiten Stufe des Online-Rollout. Dabei werden die Anwendungen „Notfalldatenmanagement (NFDm)“, „Sichere Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE)“, „Elektronische Fallakte (eFA)“ und „Anwendungen des Versicherten (AdV)“ erprobt. Der Start der Erprobung ist für das Jahr 2016 geplant.

Auf Drängen der Leistungserbringerorganisationen soll die „Sichere Kommunikation Leistungserbringer“ in die erste Stufe vorgezogen werden, um mit komfortabel integrierten Signatur- und Verschlüsselungsmöglichkeiten einen höheren Mehrwert für Arzt- und Zahnarztpraxen zu erreichen. Ein entsprechender Beschluss der Gesellschafterversammlung der gematik stand zum Berichtszeitpunkt noch aus.

In späteren Stufen sollen weitere Anwendungen wie die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) und elektronische Organspendeerkklärungen (OSE) folgen. Hier werden derzeit die Lastenhefte erarbeitet, die die einzelnen Anwendungsfälle und -prozesse beschreiben. Die fachlichen Abläufe einzelner Anwendungen sowie deren Relevanz für den zahnärztlichen Sektor – etwa ob Praxen in die praktische Erprobung einbezogen werden sollen – werden von der KZBV in enger Abstimmung mit der Vorstands-Arbeitsgruppe „IT in der Zahnarztpraxis“ sowie dem „Datenschutzkontrollausschuss der Vertreterversammlung der KZBV“ geprüft und bewertet.

Zum Berichtszeitpunkt dauerte die Abstimmung der konkreten Umsetzung der Ergebnisse der Interoperabilitätsstudie zwischen den Gesellschaftern der gematik und dem BMG noch an. Konkret ist geplant, durch die gematik ein Verzeichnis von Standards und Leitfäden für Anwendungen erstellen und fortlaufend pflegen zu lassen. Damit soll die Grundlage dafür geschaffen werden, dass die Interoperabilität der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen mit künftigen weiteren regionalen oder bundesweit (intersektoralen) Anwendungen zur weiteren Verbesserung der Versorgung sichergestellt ist. Die Einrichtung eines eHealth-Rates hingegen wird nicht weiter verfolgt.

Forschung

48



> In der deutschen Forschungslandschaft ist das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine angesehene Fachgröße. Es stellt belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse und valide Daten auf dem komplexen Gebiet der Gesundheitsforschung bereit. Diese sind maßgeblich für die Formulierung von berufspolitischen Forderungen und die Entwicklung von Versorgungskonzepten.



Forschung

50

Das IDZ ist eine organisatorisch selbstständige Forschungseinrichtung in Trägerschaft von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV). Organ des IDZ ist der Gemeinsame Vorstandsausschuss, der die langfristige Aufgabenplanung festlegt. Den Vorsitz im Vorstandsausschuss führen im jährlichen Wechsel der Präsident der BZÄK und der Vorsitzende der KZBV. Dem Vorstandsausschuss gehörten im Berichtszeitraum an: Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Günther E. Buchholz, Dr. Peter Engel (Altern. Vors. 2014), Dr. Wolfgang Eßler (Stellv. Vors. 2014), Dr. Jürgen Fedderwitz, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich.

Forschungsschwerpunkte von IDZ und der Stabsstelle ZZQ sind Fragen der Oralepidemiologie, Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie, Zahnärztlichen Berufsausübung, Verhaltensmedizin und der Qualitätssicherungsforschung. Die Ergebnisse aus den IDZ-Forschungsprojekten liefern wesentliche Basismaterialien und Problemaufrisse zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen.

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

> Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)

Seit dem Ende der 1980er-Jahre führt das IDZ in regelmäßigen Abständen die großen nationalen Mundgesundheitsstudien durch. Sie haben einen großen Teil zu der Anerkennung beigetragen, die das Institut heute in Wissenschaft und Gesundheitspolitik genießt. Für die Berufspolitik der Zahnärzteschaft stellen die DMS-Studien einen herausragenden Datenpool dar, um sowohl Erfolge als auch neue Herausforderungen der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland empirisch belegen zu können.

Seit Herbst 2013 befindet sich die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie in der sogenannten Feldphase. Seitdem werden mit mehreren Projektteams insgesamt 90 Untersuchungsstandorte in ganz Deutschland aufgesucht. Das IDZ arbeitet hierbei mit einem Projektpartner zusammen, mit dem die Feldarbeit gemeinsam organisiert wird und der das zentrale Datenmanagement übernimmt. Der Abschluss dieser Untersuchungsphase ist für Sommer 2014 geplant.

Vor dem Hintergrund der großen demografischen Veränderung in Deutschland, einer doppelten Altersdynamisierung ergibt sich der Fokus der DMS V: Senioren (65 Jahre und älter), ihr Mundgesundheitszustand sowie das persönliche Mundgesundheitsempfinden und -verhalten. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe liegt der Schwerpunkt auf pflegebedürftigen Menschen in häuslicher wie Heimbetreuung.

Die DMS V orientiert sich an den Vorgängerstudien, um Zeitvergleiche zu ermöglichen. Zu den Zielerkrankungen gehören die detaillierte Erfassung der Karies- und Parodontitislast – dies sind die oralen Haupterkrankungen. Auch andere, nicht-kariöse Zahnhartsubstanzdefekte, zum Beispiel Erosionen, wurden in das Befundungsprogramm aufgenommen, ebenso wie die Versorgung mit Zahnersatz. Gleichzeitig werden mit der Erfassung von Mundschleimhauterkrankungen zahnmedizinisch-klinische Untersuchungsaspekte zurückliegender DMS-Studien zur epidemiologischen Aktualisierung wieder aufgegriffen. Weil sich die DMS-Studien im besten Sinne als sozialepidemiologische Surveys verstehen, werden die zahnmedizinischen Erhebungen flankiert von einem umfassenden sozialwissenschaftlich orientierten Fragebogen, um später wichtige Aussagen zwischen verhaltensbezogenen und krankheitsbedingten Zusammenhängen herausarbeiten zu können. Die repräsentativen versorgungsepidemiologischen Erkenntnisse aus der DMS V werden wertvolle Informationen liefern, um bestehenden Behandlungsbedarf zu identifizieren, zu fokussieren und andererseits den Präventionsgedanken, der in den vergangenen Jahrzehnten durch Individual-, Gruppen- und Kollektivprophylaxe in der jungen Bevölkerung so vorbildliche Ergebnisse gezeigt hat, auf den gesamten Lebensbogen auszuweiten.

Ökonomische Forschung

> Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

Das IDZ analysiert seit dem Jahr 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. In der Analyse für das Jahr 2012 wurden erstmals gesamtdeutsche Finanzierungsvolumina der allgemein Zahnärztlichen Praxen dargestellt. Das Investitionsgeschehen in zahnärztlichen Fachpraxen wurde zudem separat für die Bereiche Kieferorthopädie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichts- (MKG) beziehungsweise Oralchirurgie analysiert. Neu ist zudem das detaillierte Zahlenmaterial zur Investitionstätigkeit bei der Gründung und Übernahme von Berufsausübungsgemeinschaften. In der neuen Fassung wird der InvestMonitor Zahnarztpraxis insofern zum Praxisvergleich deutlich geschärft.

Die Analyse zeigt, dass analog zu Einzelpraxen auch bei den Berufsausübungsgemeinschaften im Jahr 2012 für die Neugründung im Schnitt das höchste Finanzierungsvolumen benötigt wurde (340.000 Euro). Für die Neugründung einer oralchirurgischen oder MKG-Fachpraxis waren sogar 500.000 Euro zu veranschlagen.

> Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren – Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen

Der Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen befindet sich in einer Umbruchphase. Seit dem Jahr 2007 ist die Zahl der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte rückläufig, während die Zahl angestellter Zahnärzte zugenommen hat. Für die Veräußerung von Zahnarztpraxen bedeutet dies, dass aus dem bisherigen Nachfrageüberhang mittlerweile ein Angebotsüberhang geworden ist. Die veränderten Marktbedingungen wirken sich insbesondere auf den als „Goodwill“ bezeichneten ideellen Wert der Zahnarztpraxen aus.

Das IDZ hat in Kooperation mit Prof. Dr. Thomas Sander von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein empirisches Projekt zur Bestimmung des Praxiswertes im Kontext einer Praxisveräußerung durchgeführt. Unter anderem wurden Daten zum Kaufpreis, zum Goodwill sowie zum Alter der Praxis abgefragt. Zudem wurden offene qualitative Einschätzungsfragen gestellt.

Ziel der Untersuchung war es, die in der Praxis relevanten Faktoren bei Kaufpreisverhandlungen mit den in gängigen Praxisbewertungsverfahren begründeten Kriterien zu vergleichen.

Dabei wurde besonderes Augenmerk auf Sozialkapitalaspekte gelegt.

Die Geltung des Sozialkapitalansatzes in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung beruht auf der personengebundenen Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient, die zum einen die freie Berufsausübung der Zahnärzte stark prägt, und die sich zum anderen betriebswirtschaftlich vorteilhaft in der Bindung des Patienten an die Praxis äußert. Die gelungene Patientenbindung zeigt sich unter anderem darin, dass der eigene Zahnarzt (Nahbild) im Vergleich zu anderen Zahnärzten (Fernbild) von seinen Patienten deutlich positiver wahrgenommen wird.

Die zentrale Bedeutung des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses für den Aufbau und die Erhaltung des Praxiswertes wird nicht genügend gewürdigt: Gängige Bewertungsverfahren ziehen primär betriebswirtschaftliche Kennzahlen heran, während Aspekte wie „der gute Ruf der Praxis“ oder das vertrauensvolle, über Jahre gewachsene Zahnarzt-Patienten-Verhältnis nur diffus in die Kaufpreisverhandlungen und die Goodwillberechnung einfließen.

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

Die nationalen Gesundheitssysteme unterliegen vermehrt dem Einfluss Europas. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Strukturen (zahn-)medizinischer Versorgung in den Nachbarstaaten zu kennen. Seit der Erstauflage des EURO-Z-Projekts im Jahr 1999 gab es relevante Änderungen der Rahmenbedingungen in Deutschland und bei den europäischen Nachbarn: Nach 14 Jahren war ein Update (EURO-Z-II) des damaligen IDZ-Projektes geboten. In Zusammenarbeit mit der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) wurden im Rahmen einer zweistufigen Expertenbefragung die Preise ausgewählter typischer zahnmedizinischer Leistungen erhoben und vor dem Hintergrund der landesspezifischen Kontextinformationen bewertet. In die Untersuchung einbezogen sind neben Deutschland die Nachbarstaaten Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Schweiz sowie Ungarn.

Ziel dieser Untersuchung ist es, die aktuellen Preise für bestimmte zahnärztliche Behandlungen eines Patienten in den genannten Ländern zu ermitteln und miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse des europäischen Preisvergleichs werden voraussichtlich Ende 2014 im Rahmen der IDZ-Materialienreihe als zweisprachige Buchpublikation herausgegeben.

Versorgungsforschung

> Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung

Das IDZ ist Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), das sich zum Ziel gesetzt hat, medizinische Wissenschaft und Versorgungsforschung zusammenzuführen sowie die Versorgungsforschung in Deutschland insgesamt zu fördern. Der jährliche Kongress zur Versorgungsforschung fand vom 23. bis 25. Oktober 2013 statt und stand unter dem Motto: „Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“. Das IDZ hat sich hier mit verschiedenen Studien in Vorträgen und im Kongressband präsentiert.

> Qualitätsmanagement und Qualitätsverständnis

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Richtlinie „Vertragszahnärztliche Versorgung“ die Einführung eines Qualitätsmanagements in vertragszahnärztlichen Praxen verpflichtend gemacht. Seit dem Jahr 2011 muss stichprobenartig der Umsetzungsgrad geprüft werden. Ergebnisse dieser Stichproben zeigen, dass in nahezu allen Praxen Qualitätsmanagementsysteme implementiert wurden. Freiwillige Instrumente des Qualitätsmanagements werden je nach Bedarf genutzt. Wenig bekannt ist dagegen, wie die Umsetzung des Qualitätsmanagements sich auf die zahnärztliche Praxis auswirkt und welches Verständnis Zahnärzte von Qualität haben. Daher führte das IDZ gemeinsam mit dem ZZQ eine bundesweite repräsentative Querschnittsstudie durch, um Vereinbarkeit und Probleme in der Praxis sowie das Qualitätsverständnis der Zahnärzte zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Befragung sollen helfen, Anreize sowie Barrieren bei der Umsetzung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu identifizieren.

Im Rahmen dieser Studie wurden 2.083 niedergelassene Zahnärzte im September 2013 in einer bundesweiten Zufallsstichprobe gebeten, einen Fragebogen zu beantworten. Die Ausschöpfungsquote lag bei 40 Prozent. Gerade Praxisinhaber, die sich in der Implementierungsphase des Quali-

tätsmanagementsystems befanden, waren mitunter noch nicht durchgängig vom Nutzen für Praxisabläufe überzeugt. Das subjektive Qualitätsverständnis der Praxisinhaber war dagegen hoch, wobei vor allem die Zufriedenheit des Patienten und ein vertrauensvoller Umgang mit diesem als wichtig erachtet wurden.

> Patientenzufriedenheitsforschung und Patientenberatung

Die gemeinsame AG „Projekt Patientenberatung“ von BZÄK und KZBV hat das Ziel, die Patientenberatungsstellen der Körperschaften stärker auf die Patienten Anliegen auszurichten sowie das Beratungsgeschehen bundesweit nach einheitlichen Kriterien zu erfassen und zu evaluieren. Dafür sind sogenannte „Grundlagen“ der Patientenberatung nötig. Um die aktuelle Beratungspraxis in den Ländern darzustellen und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten, führte das IDZ im Juli 2013 in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Michael Dick von der Universität Magdeburg zwei Gruppendiskussionen mit Patientenberatern der Körperschaften durch. Neben Berichten zur gängigen Beratungspraxis wurden die jeweiligen Stärken und Schwächen herausgearbeitet und Wünsche sowie Optimierungsansätze thematisiert. Die Diskussionen wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet, um daraus die Grundlagen zu entwickeln. Im Nachgang zu den Gruppendiskussionen wurden Fragebögen an alle Teilnehmer versandt, in der die diskutierten Themen und Wünsche priorisiert wurden.

Die Ergebnisse wurden mit der aktuellen Literatur zur Kommunikation gespiegelt und im Abschlussbericht „Grundlagen der Patientenberatung“ präsentiert. Neben einer Darstellung der Gemeinsamkeiten und Wünsche der Patientenberatungsstellen und den erarbeiteten Grundlagen wurden Kommunikationskonzepte und -modelle in einen Kontext zu den Beratungen gesetzt und erläutert. Die Grundlagen wurden als zentrale Inhalte des Abschlussberichts zusätzlich in einem didaktischen Leitfaden zusammengefasst.

HTA: ZZQ/IDZ ist für die KZBV aktiv im Kuratorium Health Technology Assessment (HTA) des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), einer nachgeordneten Behörde des Bundesgesundheitsministeriums. HTAs sind systematische wissenschaftliche Bewertungen gesundheitsrelevanter Themen, die als Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitssystem dienen. Das Kuratorium berät die verantwortliche Abteilung des DIMDI bei der Entwicklung der wissenschaftlichen Fragestellungen.

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

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

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

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

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

> Sonstige Forschungsvorhaben und laufende Aktivitäten am IDZ

IDZ-Informationen

Nr. 2/13: Klingenberg, D., Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2012 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

Nr. 1/14: Klingenberg, D., Sander, T.: Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren – Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen

Vorträge/Präsentationen/Fachbeiträge

Jordan, R. A., Micheelis, W.: The National German Oral Health Study – 5th update study design. Vortrag zum 46th Meeting of the Continental European Division of the International Association for Dental Research, 04.-07.09.2013 in Florenz, Italien

Heinrich-Weltzien, R., Wagner, A., Micheelis, W.: Behandlung von Kindern mit Behinderungen. Befragung der Thüringer Zahnärzteschaft zu Fachwissen und subjektiver Belastung. Thüringer Zahnärzteblatt (tzb) Nr. 9/2013, S. 18-20

Jordan, A. R.: Zahnmedizinische Versorgungsforschung. DMS V-Studie ist in Arbeit. Zahnärztl Mitt 103, 2013, 20, S. 34-35

Jordan, A. R., Micheelis, W.: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Versorgungsepidemiologischer Fokus. Postervortrag zum 12. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 23.-25.10.2013 in Berlin

Jordan, A. R., Micheelis, W.: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Methodik und Forschungsschwerpunkte. Vortrag auf dem Deutschen Zahnärztag, 08.-09.11.2013 in Frankfurt/M.

Kettler, N.: Zahnärztliche Betreuung von Kleinkindern in der Praxis – ein repräsentativer Survey. Postervortrag auf dem Deutschen Zahnärztag, 08.-09.11.2013 in Frankfurt/M.

Jordan, A. R., Zimmer, S.: Relative kariespräventive Wirksamkeit von fluoridiertem Speisesalz bei Kleinkindern. Fachbericht auf der Sitzung des Wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde am 22.11.2013 in Frankfurt/M.

Chenot, R.: „Leitlinien in der Zahnmedizin. Wieso? Weshalb? Warum?“ Vortrag auf der Winterakademie 2014 des ZFZ Stuttgart, 18.01.2014 in Stuttgart

Schützhold, S., Holtfreter, B., Schiffner, U., Hoffmann, T., Kocher, T., Micheelis, W.: Clinical factors and self-perceived oral health. Eur J Oral Sci 122, 2014, 2, S. 134-141; doi: 10.1111/eos.12117; Epub: 05.02.2014

Zhan, Y., Holtfreter, B., Meisel, P., Hoffmann, T., Micheelis, W., Dietrich, T., Kocher, T.: Prediction of periodontal disease: modelling and validation in different general German populations. J Clin Periodontol 41, 2014, 3, 224-231; doi: 10.1111/jcpe.12208. Epub: 05.01.2014

Chenot, R., Jordan, R. A.: Evidenzbasierung in der Kariesprävention. GMS German Medical Science 2014, doi: 10.3205/14ebm121; Epub: 10.03.2014

Klingenberg, D.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2012 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). Vortrag beim Arbeitskreis Marketing/Vertrieb Inland des VDDI e. V. am 20.05.2014 in Köln


Klingenberg, D., Sander, T.: „Sozialkapital“ ist für den Verkäufer wichtiger als für den Käufer. Interview. Die Zahnarztwoche (DZW) Nr. 21/14, 21.05.2014, S. 1/4

Klingenberg, D., Hofmann, U., Schneider, M.: Methodische Aspekte eines gesundheitssystemübergreifenden Preisvergleiches zahnärztlicher Leistungen. Postervortrag auf dem 13. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 24.-27.06.2014 in Düsseldorf

> Publikationen/Fachbeiträge

Interne Organisation





› Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ist eine moderne Dienstleistungsorganisation. Ihr größtes Kapital sind kompetente und motivierte Mitarbeiter mit spezialisierten Kenntnissen in den unterschiedlichsten Fachbereichen des Gesundheitswesens. Eine vorausschauende Personalplanung sowie ein gutes Personalmanagement haben daher zentrale Bedeutung für den Erfolg der Organisation. Im Berichtszeitraum hat sich die Zahl der Mitarbeiter um zwei erhöht. Das Team der KZBV umfasst damit insgesamt 107 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten Köln und Berlin. Seit dem 1. August 2013 bildet die KZBV nach langjähriger Ausbildungspause wieder eine Kaufrau für Bürokommunikation aus.

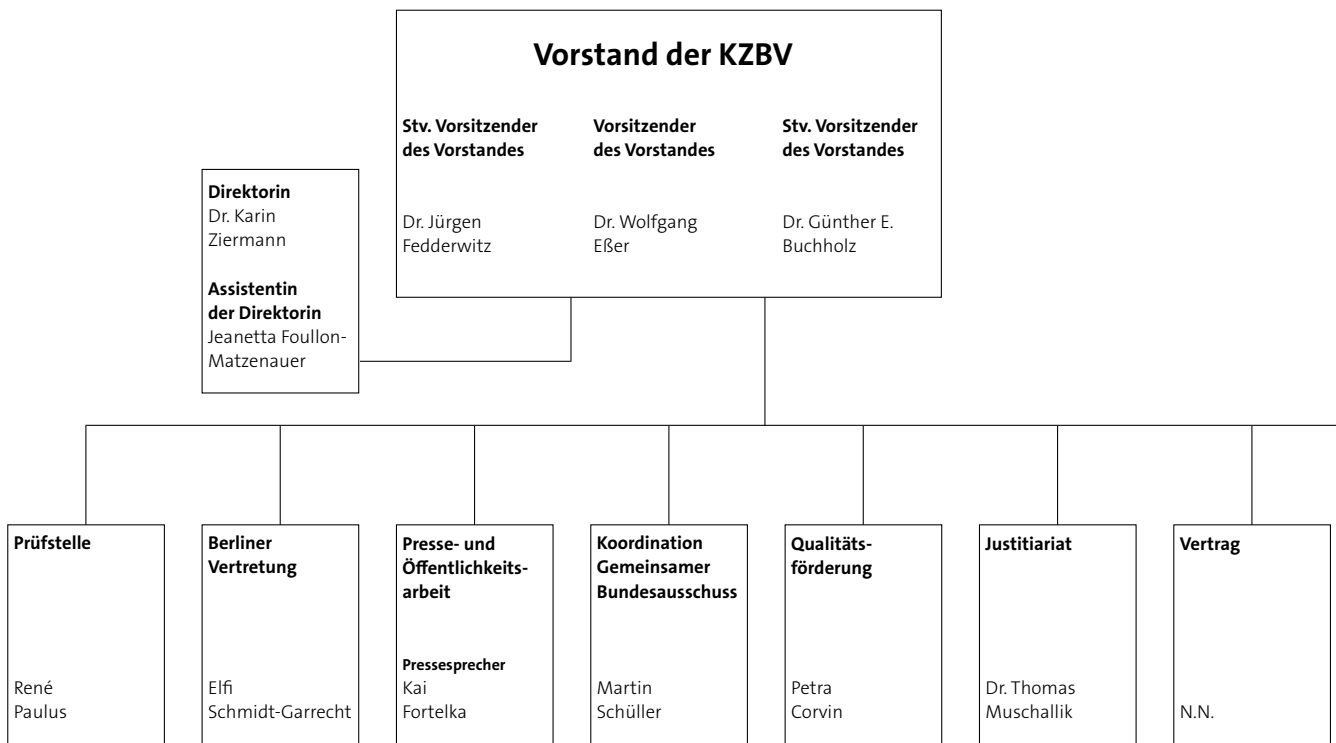
Interne Organisation

Personalplanung

56

Die KZBV muss sich einer zunehmenden Fülle unterschiedlicher Aufgaben stellen und dafür Vorsorge treffen. Verstärktes Augenmerk wird deshalb auf die externe Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter gelegt. Für diese Investition in das Humankapital der KZBV werden sukzessive mehr Mittel bereitgestellt. Im Jahr 2013 wurden mehr als 85.000 Euro in Fort- und Weiterbildungen investiert.

Zum 1. Januar 2014 wurde die bisherige Abteilung Personal/Finanzen in zwei eigenständige Abteilungen aufgeteilt. Durch eine zunehmende Komplexität und steigenden Arbeitsaufwand war die Trennung nötig geworden, um den künftigen Anforderungen der jeweiligen Kernaufgaben gerecht zu werden. Der neue Leiter der Abteilung Finanz und Innere Verwaltung hat ebenfalls die kommissarische Leitung der Abteilung Personal übernommen, so dass diese Umstrukturierung ohne zusätzliche Neueinstellungen kostenneutral umgesetzt werden konnte.

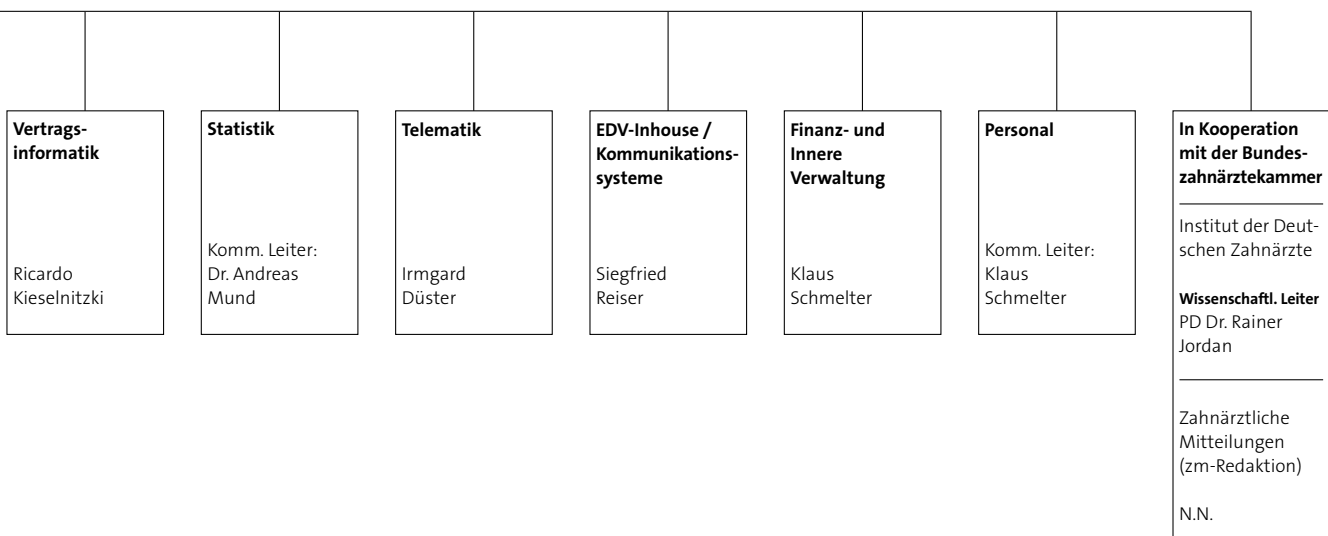


Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

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

E-Mail: post@kzbv.de · www.kzbv.de



Haushalt

Die KZBV finanziert sich aus Beiträgen ihrer Mitgliedsorganisationen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV). Im Jahr 2013 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 17,70 Euro. Hinzu kommt ein zeitlich begrenzter Sonderbeitrag für die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, für Gutachten zur Morbiditätsentwicklung und weitere Unterstützungsleistungen für die KZVen in Höhe von EUR 1,30 je beitragspflichtiges Mitglied. Seit dem 1. Januar 2014 beträgt der Mitgliedsbeitrag 21,35 Euro, der Sonderbeitrag 0,75 Euro.

> Haushaltsabschluss 2013

Für das Wirtschaftsjahr 2013 war im Haushalt ursprünglich eine Vermögensabnahme von 2.164.585 Euro vorgesehen. Tatsächlich wurden aber zum 31. Dezember 2013 saldierte Mehreinnahmen von 221.929 Euro erzielt und saldierte Minderausgaben von 133.053 Euro ausgewiesen. Somit betrug die Vermögensabnahme zum Jahresende 1.809.603 Euro. Das in der Bilanz Ende des Jahres 2013 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit auf nunmehr 4.324.053 Euro gesunken. Die Jahresrechnung 2013 wurde durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Verhülsdonk & Partner GmbH geprüft und ohne Einschränkungen bestätigt.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
A. Beiträge	13.761.396	A. Aufwandsentschädigungen, Beiträge	272.291
B. Zinsen	352.231	B. Öffentlichkeitsarbeit	105.195
C. Sonstige	658.514	C. Externe Dienste	1.721.775
D. Vermögensabnahme	<u>1.809.603</u>	D. Reise- und Tagungskosten	2.204.053
		E. Personalkosten	10.381.270
		F. Sonstiger Verwaltungsaufwand	<u>1.897.160</u>
	16.581.744		16.581.744

> Haushaltsplanung 2014

Der Haushalt der KZBV wird zu einem erheblichen Teil von Fixkosten bestimmt. Darüber hinaus beeinflussen aber auch strategische und operative Entscheidungen das Volumen des Etats. Für das Jahr 2014 weist der Haushaltsplan Ausgaben in Höhe von 18.444.177 Euro aus. Das entspricht einer Steigerung von 10,4 Prozent im Vergleich zum Ansatz des Vorjahres. Dabei sieht der Haushaltsplan eine Vermögensabnahme von 1.450.418 Euro vor.

Die avisierten Mehrkosten haben vor allem drei Gründe: Erstens steigen aufgrund von Neueinstellungen die Personalkosten. Zweitens wurde die Gremienarbeit im Vergleich zum Vorjahr weiter intensiviert, was mit einem Anstieg der Reise- und Tagungskosten einhergeht. Drittens wurde für das Jahr 2014 die Errichtung eines Datenkoordinationsausschusses geplant. Dieser Ausschuss dient dem Aufbau und der kontinuierlichen Pflege einer Zusammenstellung statistischer Basisdaten für die Versorgungs- und Leistungsstruktur in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg	7.577
Bayerns	9.744
Berlin	3.546
Brandenburg	1.761
Bremen	464
Hamburg	1.649
Hessen	4.699
Mecklenburg-Vorpommern	1.271
Niedersachsen	5.913
Nordrhein	6.716
Rheinland-Pfalz	2.529
Saarland	598
Sachsen	3.431
Sachsen-Anhalt	1.733
Schleswig-Holstein	2.033
Thüringen	1.878
Westfalen-Lippe	5.429
	60.971

> Mitgliedszahnärzte je KZV 2013

Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

60

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



Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

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

Jährlich wird von der Abteilung Statistik das „KZBV Jahrbuch“ als aktuelle Dokumentation der statistischen Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung vorgelegt. Über die Fortschreibung von Datenreihen hinaus zeigt es in Kurzberichten

wichtige Entwicklungstrends auf. In einem gesonderten Teil werden Daten aus dem Abrechnungsgeschehen im privat-zahnärztlichen Bereich ausgewiesen.

Das Jahrbuch wird Entscheidungsträgern in zahnärztlichen Organisationen, aber auch relevanten Verbänden im Gesundheitswesen, Bundesministerien, dem Statistischen Bundesamt, interessierten Hochschulen sowie einer Reihe von Instituten zur Verfügung gestellt. Als objektive Informationsquelle über Strukturdaten zur zahnärztlichen Versorgung ist es weithin anerkannt. Es beinhaltet ausschließlich hieb- und stichfeste Daten aus amtlichen bzw. offiziellen Statistiken.

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

Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

> Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen

Bei der Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die Abschaffung der Praxisgebühr (Zuzahlung der Versicherten nach § 28 Abs. 4 SGB V) zum 1. Januar 2013 beschlossen hatte, die im Jahr 2004 eingeführt worden war.

Bei einem Vergleich der Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr wäre ein direkter Vergleich der Ausgaben der Kassen ohne Berücksichtigung des Wegfalls der Praxisgebühr nicht sinnvoll. Daher wurde bei der Ermittlung der Veränderungen der Kassenausgaben dieser Sondereffekt dadurch berücksichtigt, dass die Zuzahlungen der Versicherten (Praxisgebühr) fiktiv den Kassenausgaben des Jahres 2012 hinzuaddiert wurden, um so zu aussagefähigen Vergleichswerten zu gelangen. Die Praxisgebühr betrug im Jahr 2012 im Bereich konservierend-chirurgische Behandlung etwa 400 Millionen Euro, was einem Anteil am Honorar in diesem Bereich von rund 5,5 Prozent entspricht.

Unter Berücksichtigung dieses Sondereffektes erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr bundesweit um 3,7 Prozent je Kassenmitglied. In den einzelnen Teilbereichen war die Entwicklung unterschiedlich. Der Anstieg bei den konservierenden Leistungen betrug 4,3 Prozent. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 2,5 Prozent und machten 6,2 Prozent am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen Bereich aus.

Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich verzeichnete mit + 4,2 Prozent einen deutlichen Anstieg, der in unmittelbarem Zusammenhang mit der Aufhebung der Praxisgebühr zu sehen ist. Darüber könnte sich ein Verschiebungseffekt aufgrund des Wegfalls der Praxisgebühr zusätzlich auf die Fallzahlen im Jahr 2013 ausgewirkt haben, wenn Versicherte im Jahr 2012 geplante Zahnarztbesuche aufgrund der Ankündigung der Aufhebung der Praxisgebühr in das Jahr 2013 aufgeschoben haben. Bei der Entwicklung im konservierend-chirurgischen Bereich ist allerdings zu beobachten, dass das Behandlungsvolumen weniger stark gestiegen ist als die Zahl der Abrechnungsfälle. Die Zahl der Parodontalbehandlungen stieg um 0,5 Prozent, die Fallzahlen im Bereich Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen erhöhte sich um 11,7 Prozent, was unter anderem auf die zunehmende Zahl der Behandlungsfälle mit Schienentherapien zurückzuführen ist. [Tabelle 1a]

> Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied im Jahr 2013 um 2,1 Prozent, die Zahl der Fälle um 0,2 Prozent. Damit setzte sich die in Deutschland in den letzten Jahren festzustellende Aufwärtsentwicklung bei den Ausgaben im Bereich Kieferorthopädie in abgeschwächter Form fort.

Die Entwicklung beim Zahnersatz muss vor dem Hintergrund der Einführung des Festzuschussystems im Januar 2005 gesehen werden. Seit diesem Zeitpunkt werden die andersartigen Versorgungen (etwa 5 Prozent aller Fälle) nicht mehr über die KZVen, sondern direkt zwischen Patient und Zahnarzt abge-

rechnet. Um Vergleichbarkeit mit Abrechnungsdaten vor dem Jahr 2005 herzustellen, müssen die auf diese Versorgungsleistungen entfallenden Abrechnungsdaten in einer Gegenüberstellung mit Zeiträumen ab dem Jahr 2005 einbezogen werden.

Nach Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 war ein deutlicher Rückgang der Neuversorgungsfälle bei Zahnersatz zu beobachten. Da diese oft kostenintensiv sind, erklärt dies zum Teil den Rückgang der Ausgaben im Jahr 2005. Der seit dem Jahr 2006 festzustellende Normalisierungsprozess setzte

sich ab dem Jahr 2012 nicht weiter fort. So gingen im Jahr 2012 die Ausgaben je Mitglied im Vergleich zum Jahr 2011 um 3,8 Prozent und die Zahl der Fälle um 4,7 Prozent zurück. Im Jahr 2013 stiegen die Ausgaben je Mitglied leicht um 0,3 Prozent, wobei die Zahl der Fälle um 1,8 Prozent zurückging.

Der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 0,9 Prozent im Jahr 2012 und um 2,1 Prozent im Jahr 2013. [Tabelle 1b]

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstrukturerhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2011 wurden rd. 33.000 nach dem Zufallsprinzip aus dem Zahnarztregister der KZBV ausgewählte Zahnärzte schriftlich befragt. Die ausgefüllten Fragebogen wurden einer eingehenden Plausibilitätskontrolle unterworfen.

> Entwicklung im Bundesdurchschnitt

Nach dem Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses (Einkommen vor Steuern) um 4,4 Prozent je Praxisinhaber in Deutschland im Jahr 2005 im Vergleich zum Vorjahr (insbesondere aufgrund der Entwicklung im Bereich Zahnersatz im Zusammenhang mit der Einführung der Festzuschüsse) und einem weiteren Rückgang im Jahr 2006 stieg der Einnahmen-Überschuss in den Jahren 2007 bis 2011 wieder an. Im Jahr 2011 lag der Einnahmen-Überschuss mit 130.411 Euro um 4,0 Prozent über dem Vorjahreswert. Im Vergleich zum Jahr 2004 ist damit der Einnahmen-Überschuss um 18,1 Prozent (durchschnittlich jährlich um 2,4 Prozent) gestiegen. Da sich aber in diesem Zeitraum der allgemeine Preisindex um 12,2 Prozent erhöhte, ist der Einnahmen-Überschuss real, also unter Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung, nur um 5,3 Prozent (durchschnittlich jährlich 0,7 Prozent) an-

gestiegen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses im Jahr 2011 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahr auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3,5 Prozent bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um 3,3 Prozent.

> Alte Bundesländer

In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber im Jahr 2011 im Vergleich zum Vorjahr um 3,6 Prozent. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 3,4 Prozent. Daraus resultierte ein Anstieg des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 4,1 Prozent (real + 2,0 Prozent) auf 136.122 Euro. Der im Jahr 2011 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss lag nominal um 34 Prozent über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahr 1976, also vor 35 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 0,8 Prozent. Allerdings hat in diesem Zeitraum eine Preissteigerung (Inflationsrate) von rund 127 Prozent den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf 59 Prozent, also im Vergleich zum Jahr 1976 um fast die Hälfte reduziert.

2013 2012 Deutschland

	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Konserv. Leistungen	+ 4,3 %	+ 2,2 %	+ 3,5 %
Parodontologie	+ 3,3 %	+ 1,4 %	+ 2,6 %
Kieferbruch	+ 9,9 %	+ 10,4 %	+ 10,3 %
Kons., Par. und Kfbr.	+ 4,4 %	+ 2,5 %	+ 3,7 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen

[Tabelle 1a]

	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Kieferorthopädie	+ 1,4 %	+ 3,2 %	+ 2,1 %
Zahnersatz*	- 0,7 %	+ 2,1 %	+ 0,3 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen

* inkl. Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungsleistungen)

[Tabelle 1b]

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

> **Kieferorthopädie und Zahnersatz** Ausgaben je Mitglied

Im Jahr 2011 blieben 55 Prozent der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnittswert von 136.122 Euro, 45 Prozent lagen darüber. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2011 bei 123.590 Euro. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 47,5 Stunden pro Woche tätig, davon 34,8 Stunden behandelnd. Durchschnittlich wurden in der Praxis 5,88 Personen – einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger – beschäftigt.

➤ Neue Bundesländer

In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr 2010 um 2,9 Prozent. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 2,7 Prozent, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Überschusses um 3,2 Prozent (real + 1,1 Prozent) auf 103.088 Euro resultiert. Insgesamt führten die Einkommensrückgänge in den Jahren 2005 und 2006 und die Einkommensanstiege in den Jahren 2007 bis 2011 zu einer Erhöhung des Einnahmen-Überschusses um 10,0 Prozent im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr 2004, was einer durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate von 1,4 Prozent entspricht. Aufgrund der allgemeinen Preis-

entwicklung, die zwischen den Jahren 2004 und 2011 12,2 Prozent betrug, ist der Einnahmen-Überschuss in diesem Zeitraum real um 2,0 Prozent zurückgegangen.

Im Jahr 2011 blieben 57 Prozent der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert von 103.088 Euro, 43 Prozent erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2011 in den neuen Bundesländern bei 93.490 Euro.

Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,6 Stunden, davon entfielen 34,5 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden in der Praxis 3,94 Personen – einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger – beschäftigt.

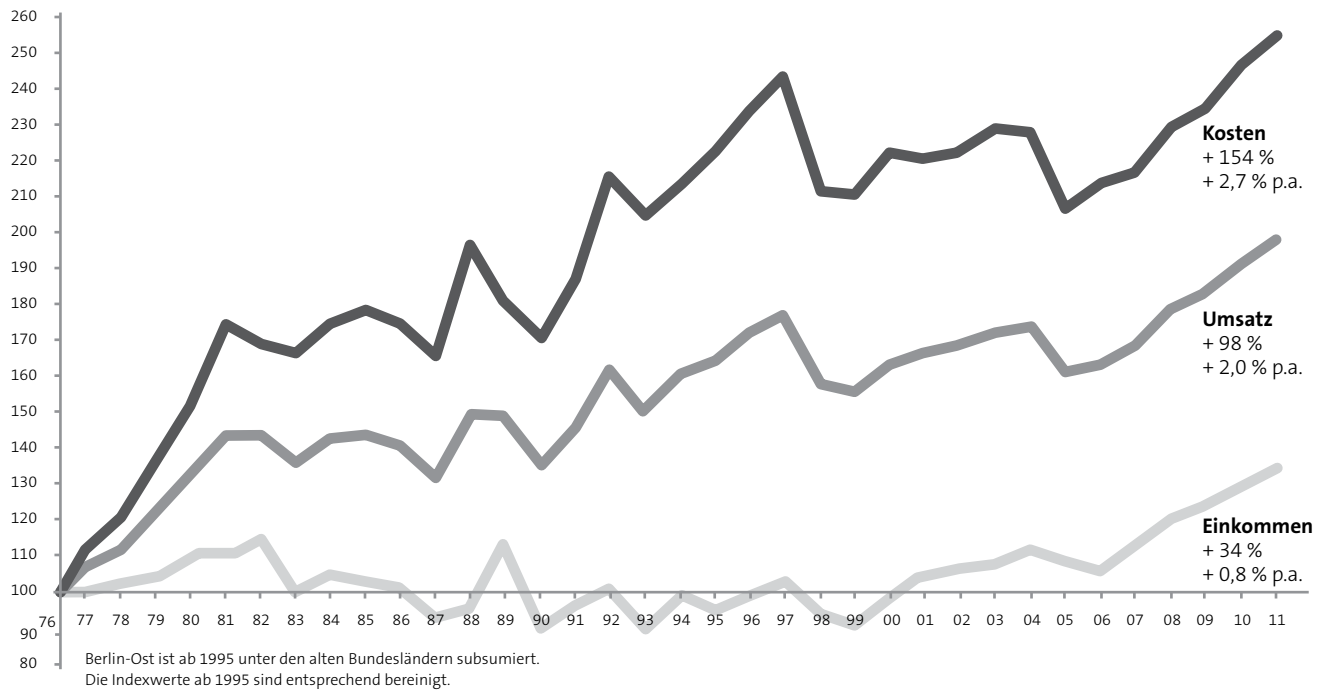
Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,6 Stunden, davon entfielen 34,5 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,94 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

Jahr	Umsatz (aus selbst. zahnärztlicher Tätigkeit) in €	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsaus- gaben) in €	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen- Überschuss) in €	Veränderung	Median des Einnahmen- Überschusses in € bei
1992	336.715	+ 19,5 %	237.836	+ 21,9 %	70,6 %	98.879	+ 14,1 %	87.050
1993	309.265	- 8,2 %	221.270	- 7,0 %	71,5 %	87.995	- 11,0 %	74.840
1994	330.285	+ 6,8 %	234.598	+ 6,0 %	71,0 %	95.687	+ 8,7 %	82.680
1995	337.691	+ 2,2 %	244.104	+ 4,1 %	72,3 %	93.587	- 2,2 %	81.130
1996	352.931	+ 4,5 %	254.606	+ 4,3 %	72,1 %	98.325	+ 5,1 %	85.500
1997	364.672	+ 3,3 %	263.609	+ 3,5 %	72,3 %	101.063	+ 2,8 %	88.450
1998	321.025	- 12,0 %	228.352	- 13,4 %	71,1 %	92.673	- 8,3 %	81.950
1999	317.145	- 1,2 %	226.900	- 0,6 %	71,5 %	90.245	- 2,6 %	77.560
2000	336.602	+ 6,1 %	239.980	+ 5,8 %	71,3 %	96.622	+ 7,1 %	83.560
2001	342.874	+ 1,9 %	238.959	- 0,4 %	69,7 %	103.915	+ 7,5 %	92.080
2002	346.575	+ 1,1 %	241.386	+ 1,0 %	69,6 %	105.189	+ 1,2 %	93.590
2003	355.038	+ 2,4 %	248.293	+ 2,9 %	69,9 %	106.745	+ 1,5 %	95.360
2004	357.811	+ 0,8 %	247.359	- 0,4 %	69,1 %	110.452	+ 3,5 %	99.090
2005	330.207	- 7,7 %	224.605	- 9,2 %	68,0 %	105.602	- 4,4 %	94.150
2006	337.263	+ 2,1 %	233.348	+ 3,9 %	69,2 %	103.915	- 1,6 %	93.810
2007	348.092	+ 3,2 %	237.309	+ 1,7 %	68,2 %	110.783	+ 6,6 %	97.680
2008	366.896	+ 5,4 %	249.627	+ 5,2 %	68,0 %	117.269	+ 5,9 %	103.270
2009	377.840	+ 3,0 %	256.948	+ 2,9 %	68,0 %	120.892	+ 3,1 %	107.900
2010	393.545	+ 4,2 %	268.137	+ 4,4 %	68,1 %	125.408	+ 3,7 %	111.980
2011	407.392	+ 3,5 %	276.981	+ 3,3 %	68,0 %	130.411	+ 4,0 %	116.790

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern

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

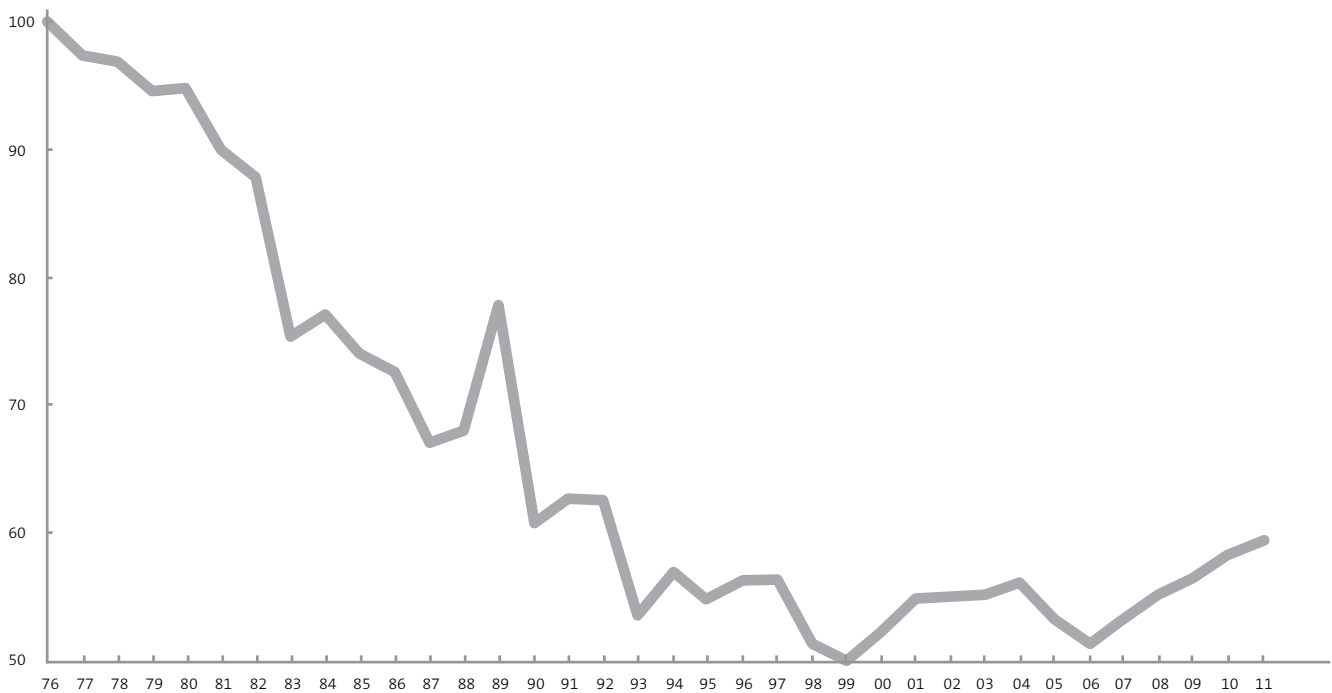
INDEX 1976 = 100



> Umsatz, Kosten und Einkommen je Praxisinhaber – Alte Bundesländer

[Grafik 1]

INDEX 1976 = 100



> Realwertentwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses – Alte Bundesländer

[Grafik 2]

Zahl der Zahnärzte

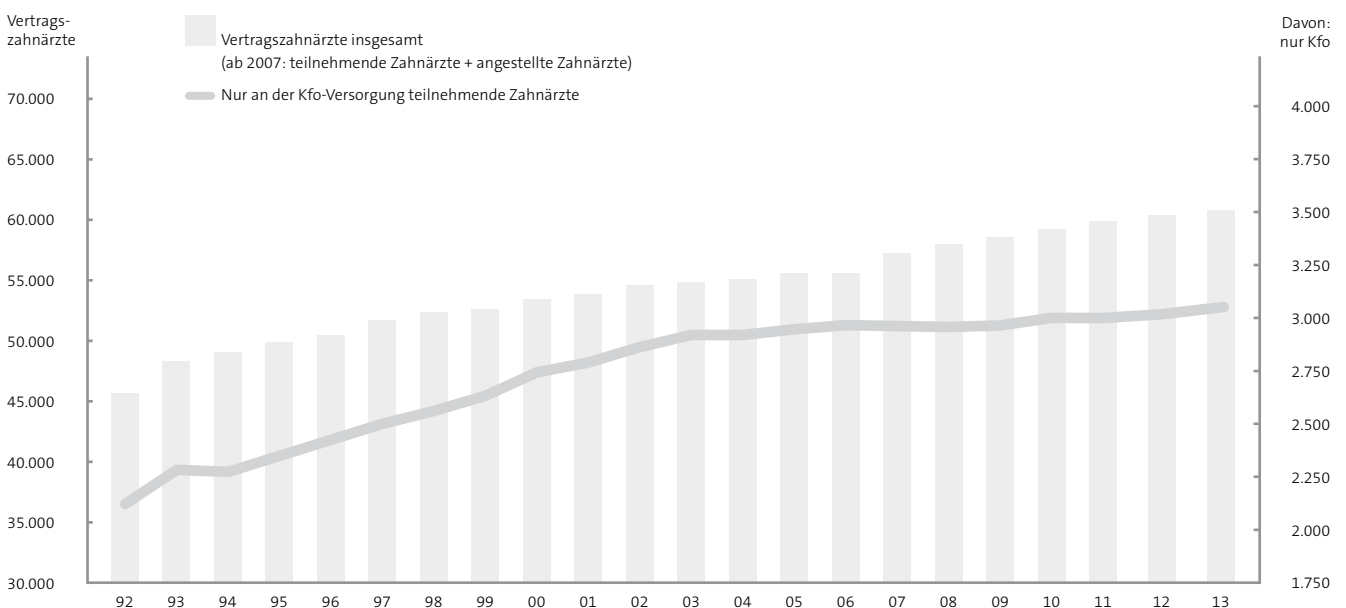
Das seit dem 1. Januar 2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde zum 1. Juli 2007 durch Änderungen der Bundesmantelverträge präzisiert. Damit wurden neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen. Vertragszahnärzte können nun in erweitertem Umfang Zahnärzte anstellen, Zweigpraxen eröffnen oder gemeinsam überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gründen. Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ist die Bedarfszulassung zum 1. April 2007 weggefallen.

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) in Deutschland betrug Ende des Jahres 2013 53.264 (alte Bundesländer und Berlin 44.065, neue Bundesländer 9.199). Damit verringerte sich die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Prozent (alte Bundesländer – 0,6 Prozent, neue Bundesländer – 1,0 Prozent). Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende des Jahres 2013 auf 3.044 (alte Bundesländer und Berlin: 2.628, neue Bundesländer ohne Berlin 416) und stieg damit im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal um 0,7 Prozent.

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

Versorgung dar, sondern muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des VÄndG Anfang des Jahres 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 2012 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 6.907, Ende des IV. Quartals 2013 auf 7.733. Wesentliche Gründe für den Anstieg der Zahl der angestellten Zahnärzte dürften sein, dass einerseits Vertragszahnärzte aus der Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis gewechselt sind und andererseits Berufsanfänger in stärkerem Maße statt der Selbstständigkeit ein Angestelltenverhältnis bei Vertragszahnärzten gewählt haben.

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte betrug am Ende des IV. Quartals 2012 60.533 (+ 1,0 Prozent gegenüber IV/2011) und am Ende des IV. Quartals 2013 60.997 (+ 0,8 Prozent gegenüber IV/2012). Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV).

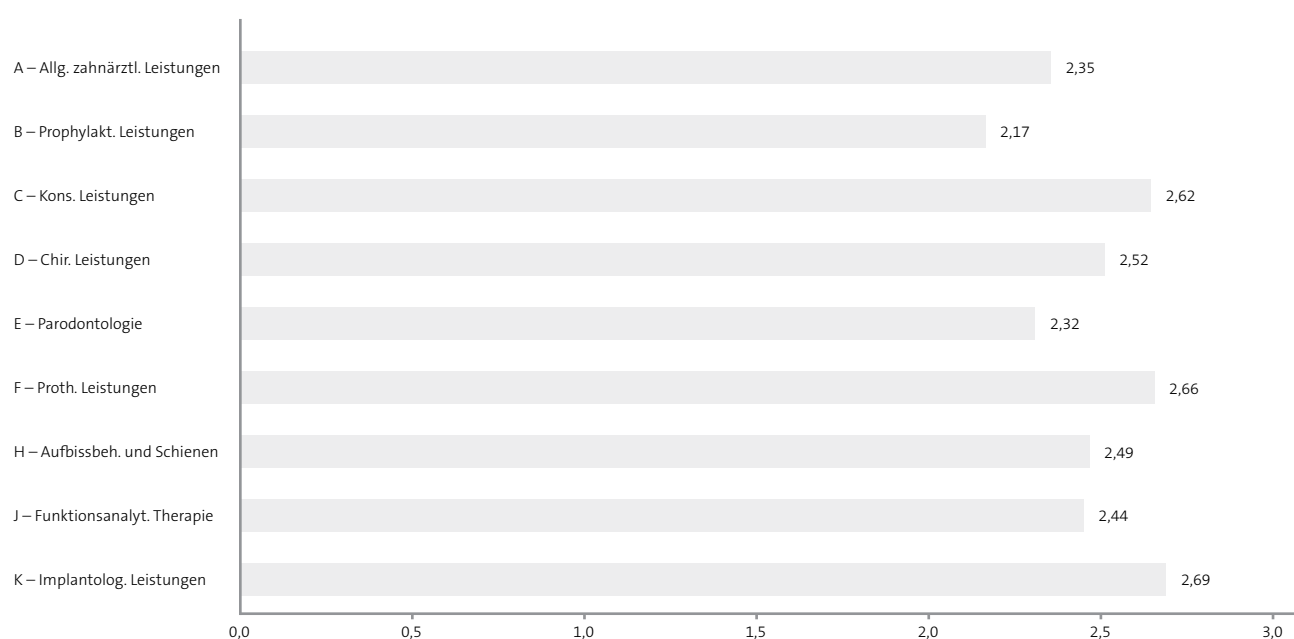


Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

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 (BZÄK) unter Beteiligung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) 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 mehr als 500 Zahnärzte gewonnen werden. Die Gebührenordnung der Zahnärzte wurde zum 1. Januar 2012 novelliert. Die neue Gebührenordnung löste die seit dem Jahr 1988 unverändert geltende alte Gebührenordnung für Zahnärzte ab.

Für das Jahr 2012 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kernergebnisse zum Liquidationsverhalten bei der Behandlung von Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,46 für persönliche Leistungen und bei 1,93 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 70,3 Prozent der Leistungen zum 2,3-fachen GOZ-Faktor liquidiert. 18,5 Prozent wurden unter dem 2,3-fachen und 11,1 Prozent 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
Kai Fortelka, Andrea Kleu-Özcan, Daniela Dorsch, Sabine Schubert, Sylvia Schröder

Layout atelier wieneritsch, beau bureau

Fotos F1online/Bernd Lauter Imagebroker · [istockphoto.com/Gewitterkind](https://www.istockphoto.com/Gewitterkind) · ARochau - Fotolia.com
berc - Fotolia.com · Darchinger/KZBV · [istockphoto.com/Matt_Brown](https://www.istockphoto.com/Matt_Brown) · [istockphoto.com/EpicStockMedia](https://www.istockphoto.com/EpicStockMedia)
[istockphoto.com/Lorado](https://www.istockphoto.com/Lorado) · KBV · Axentis/Lopata · Jonas Glaubitz - Fotolia.com · Kai Mehnert/ZM
Darchinger/KZBV · [istockphoto.com/skynesher](https://www.istockphoto.com/skynesher) · [gettyimages/Hero Images](https://www.gettyimages.com/Hero_Images) · Stefan Schurr - Fotolia.com
