

»» Agenda Mundgesundheit

Grundsätze und Strategien für
eine präventionsorientierte
vertragszahnärztliche Versorgung

2017

2016

2015

2014

2013

»» Agenda Mundgesundheit

Grundsätze und Strategien für
eine präventionsorientierte
vertragszahnärztliche Versorgung

2017

2016

2015

2014

2013

KZBV

4

Die KZBV vertritt die Interessen der gut 54.000 Vertragszahnärzte in Deutschland. Sie ist die Dachorganisation der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die die zahnärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen. Die KZBV hat den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Als Einrichtung der zahnärztlichen Selbstverwaltung verhandelt sie mit dem Spitzenverband der Krankenkassen Vereinbarungen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Honorierung der Zahnärzte. Die KZBV mitgestaltet die zahnmedizinische Versorgung laut gesetzlichem Auftrag bei vielfältigen Gesetzesvorlagen.

Inhaltsverzeichnis

Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung	6	5
Zielsetzung	7	
Standortbestimmung	8	
Patient im Fokus	10	
Präventionsstrategie	12	
Qualität und Transparenz	18	
Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung	20	
Das Umfeld: Wettbewerb im Gesundheitswesen	24	

Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung

6

- Der Patient steht im Zentrum unseres Versorgungsgeschehens. Wir wollen die Mundgesundheit und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter verbessern, den Patienten in seiner Mündigkeit fördern und unterstützen, ihm als Partner in der zahnmedizinischen Versorgung zur Seite stehen und uns für seine Belange einsetzen.
- Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Sie ist Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen und das partnerschaftliche Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.
- Als überzeugte Freiberufler stehen wir Zahnärzte in Deutschland zu unserer ethischen und sozialen Verantwortung.
- Wir setzen auf den weiteren Ausbau der erfolgreichen Präventionsstrategie in der Zahnmedizin. Sie ist beispielgebend für das gesamte Gesundheitswesen.
- Wir wollen Versorgungsdefizite frühzeitig erkennen und die Betreuung von Risikogruppen intensivieren. Wir machen Vorschläge für eine bessere Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, die Prävention von Parodontalerkrankungen sowie den Ausbau der Vorsorge bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und Kleinkindern.
- Wir stehen zum Anspruch einer qualitativ hochwertigen und transparenten Patientenversorgung und sehen die Sicherung und Förderung von Qualität als Aufgabe des Berufsstandes an.
- Wir stellen uns dem Zielkonflikt zwischen der bestmöglichen Patientenversorgung und der dauerhaften Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir haben deshalb eine sozial abgedeckte Grundversorgung definiert, die auf der Basis eines gesellschaftlichen Konsens zwischen solidarisch finanzierter „need dentistry“ und individueller „want dentistry“ unterscheidet.
- Wir wollen ein Gesundheitswesen, in dem es Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung gibt. Dazu braucht es Angebotsvielfalt auf Seiten der Leistungsträger und der Kostenträger. Ein duales Versicherungssystem mit unterschiedlichen Anbietern und eine moderne private Gebührenordnung sind dafür die Voraussetzung. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab.
- Wir unterstützen praxistaugliche Telematikanwendungen im Gesundheitswesen, die die Versorgung der Patienten verbessern und ihre Daten schützen.
- Eine von Regulierung, Reglementierung und Bürokratisierung geprägte Krankenversicherung entmündigt den Patienten und schadet einem freiberuflich und wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem.
- Für eine qualitätsgesicherte und patientenorientierte Versorgung ist ein gewisser Verwaltungsaufwand notwendig. Wir fordern aber, die bürokratische Überbelastung der Praxen abzubauen, um so mehr Zeit für die Patientenversorgung zu bekommen.
- Wir sprechen uns für den Erhalt kollektiver Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung aus.
- Wir fordern zugleich, dass die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzgebung und den Strukturen der Selbstverwaltung stärker Berücksichtigung finden.
- Wir setzen weiterhin auf eine föderale Organisationsstruktur der vertragszahnärztlichen Versorgung im Zusammenspiel von KZBV und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Eine Zentralisierung im Gesundheitswesen lehnen wir ab.

Zielsetzung

Die Zahnärzteschaft in Deutschland hat ein klares Ziel: Wir wollen die Mundgesundheit der Bevölkerung weiter verbessern. Bei Kindern und Jugendlichen nimmt sie im internationalen Vergleich schon heute einen Spitzenplatz ein. Wir möchten diese Erfolge auch in höheren Lebensaltern und bei Risikogruppen ausbauen. Die Menschen sollen auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können – auch dann, wenn sie ein erhöhtes individuelles Erkrankungsrisiko haben.

Voraussetzung dafür ist eine zahnärztliche Versorgung, die konsequent präventionsorientiert, qualitativ hochwertig, patientenorientiert und wohnortnah ist.

Eine konsequente Präventionsorientierung bedeutet, Änderungen im Versorgungsbedarf einer sich wandelnden Gesellschaft zu antizipieren. Die demografische und soziale Entwicklung in Deutschland rückt neue Problemfelder in der Zahnmedizin in den Vordergrund. Altersassoziierte Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten wie Parodontitis oder Wurzelkaries nehmen zu. Für die besondere Situation von Menschen, die aus Alters- oder Gesundheitsgründen zur eigenverantwortlichen Verhütung von Zahnerkrankungen nicht in der Lage sind, brauchen wir bedarfsgerechte Versorgungskonzepte. Um Risikogruppen, die an der sukzessiven Verbesserung der Zahngesundheit nur unterdurchschnittlich partizipieren, müssen wir uns noch intensiver kümmern. Und vor allem die zahnmedizinische Betreuung in den ersten drei Lebensjahren soll besser werden. Denn in dieser frühen Phase wird der Grundstein für ein zahn-gesundes Leben gelegt.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung bedeutet, dass alle Patienten langfristig und auf der Basis einer gesell-

schaftlich vereinbarten Grundversorgung den Zugang zum zahnmedizinischen Fortschritt behalten. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist zu schützen. Bewährte Versorgungsstrukturen müssen erhalten und ausgebaut werden. Dazu soll die Freiberuflichkeit gefördert und die Planungssicherheit für die Praxen verbessert werden. Wir setzen uns für faire Wettbewerbsbedingungen auf dem Fundament kollektivvertraglicher Regelungen und verlässlicher Gebührenordnungen ein.

Die großen technischen und fachlichen Fortschritte, das konsequente Umsteuern der Zahnmedizin weg von der rein kurativen hin zur überwiegend präventiven Betreuung machen die lebenslange Gesunderhaltung der Zähne weiter Bevölkerungsteile zu einem erreichbaren Ziel. Doch auf dem Weg zu diesem Ziel müssen auch ethische Fragen geklärt werden. Nicht alles, was in der modernen Zahnmedizin therapeutisch möglich ist, ist über eine solidarisch organisierte Krankenversicherung finanzierbar. In der zahnmedizinischen Versorgung gibt es über nahezu alle Leistungsbereiche bei einer festgestellten Therapienotwendigkeit mehrere Therapiealternativen, die sich in Aufwand und Komfort unterscheiden. Es bedarf daher einer Diskussion über die Abgrenzung zwischen einer solidarisch finanzierten, qualitativ hochwertigen Versorgung einerseits „need dentistry“ und darüber hinausgehenden individuellen Wünschen des Patienten andererseits „want dentistry“. Die Vermeidung sozialer Härten und die Eröffnung gleicher Chancen auf ein zahngesundes Leben sind dabei entscheidende Voraussetzungen. Die KZBV hat diese Diskussion im Zuge der Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz in der GKV zum Jahr 2005 frühzeitig begonnen. Und wir bleiben weiter im Dialog.

Standortbestimmung

8

Hohes Versorgungsniveau im europäischen Kontext

Deutschland belegt bei der Mundgesundheit einen internationalen Spitzenplatz. Im weltweiten Vergleich ist die soziale Absicherung gegen Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Deutschland außergewöhnlich weitreichend. Alle gesetzlich Krankenversicherten können hier auf einen umfassenden, solidarisch finan-

zierten Leistungskatalog inklusive einer weitgehenden Regelversorgung mit Zahnersatz und entsprechender Sonderregelungen zur Vermeidung sozialer Härten zurückgreifen. Im europäischen Umfeld ist die zahnmedizinische Versorgung nur in sehr begrenztem Umfang solidarisch versichert.¹

Erfolge durch Prävention

Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten zwanzig Jahren ganz erheblich verbessert. Allein in den letzten zehn Jahren ist die Karieslast bei Kindern und Jugendlichen um mehr als 60 Prozent zurückgegangen. Sie lag im Jahr 2005 für Deutschland nur noch bei durchschnittlich 0,7 Zähnen mit Karieserfahrung für die Altersgruppe der 12-Jährigen, während der weltweite Durchschnittswert bei 1,61² lag. Damit hat Deutschland im internationalen Vergleich längst eine Spitzenposition in der Mundgesundheit eingenommen. Die außerordentlich positive Entwicklung beruht auf mehreren Faktoren. Sie ist nicht nur auf die Einführung von Gruppen- und Individualprophylaxe und den Einsatz von Fluoriden zurückzuführen, sondern auch auf die beharrliche Aufklärungs-

arbeit der Zahnärzteschaft, die Schaffung eines neuen Bewusstseins für Mundgesundheit und Mundhygiene und die feste Verankerung des Präventionsgedankens.

Die Erfolge der Prävention führen zunächst dazu, dass immer mehr Zähne erhalten werden, auch solche, die eine parodontale oder kariöse Vorschädigung haben. Diese Zähne müssen über den gesamten Lebensbogen des Patienten betreut werden („teeth at risk“). Dadurch gewinnen Fragen zur Versorgung bzw. Verhütung von Zahnbett- bzw. Parodontalerkrankungen an Bedeutung, und es entsteht erheblicher Erhaltungsaufwand. Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV-Studie) hat aufgezeigt, vor welchen Herausforderungen die Zahnmedizin im Bereich der Parodontologie steht.³

Herausforderungen durch soziodemografischen Wandel

Die soziodemografische Entwicklung in Deutschland stellt auch die zahnmedizinische Versorgung vor große Herausforderungen.

Bereits heute muss eine große Zahl an alten Menschen bzw. Menschen mit altersbedingten Handicaps zahnmedizinisch betreut werden. Pflegebedürftige und

Menschen mit Behinderungen haben heute eine deutlich schlechtere Mundgesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt.⁴ Sie weisen höhere Kariesaktivität und schwerere Parodontalerkrankungen auf. Sie gehören zu den Hochrisikogruppen bei diesen Erkrankungen, haben besondere Behandlungsbedarfe und bedürfen spezieller Versorgungskonzepte. Die Zahl der Betroffenen wird

¹ Eine aktualisierte EURO-Z-Studie erscheint im Frühjahr 2013

² Vgl. Wolfgang Micheelis, Ulrich Schiffner, (Gesamtbearbeitung), Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV-Studie) Band 31, Institut der Deutschen Zahnärzte, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln, 2006; vgl. Prof. Dr. Klaus Pieper, Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), Bonn 2010

³ Vgl. DMS IV-Studie, 2006

⁴ Vgl. Imke Kaschke, Ina Nitschke, Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Bundesgesundheitsblatt, 2011

durch den demografischen Wandel in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

Die Gesellschaft wird nicht nur durch eine sukzessive Überalterung, sondern auch durch zunehmende soziale Disparitäten geprägt. Diese Disparitäten gefährden die weitere Verbesserung der Zahngesundheit. Kinder und Jugendliche, die in schwierigen sozialen Verhältnissen leben oder aus bildungsfernen Schichten kommen, haben in den vergangenen Jahren nicht im gleichen Umfang wie der Durchschnitt ihrer Altersgenossen von der allgemeinen Verbesserung der Mundgesundheit profitiert. Es gibt eine zunehmende Schieflage in der Kariesverteilung (Polarisation) bei Kindern. 1997 hatten 22 Prozent der 12-Jährigen 61 Prozent aller Kariesfälle

in dieser Altersgruppe. 2005 konzentrierte sich die gleiche Karieslast auf nur noch 10,2 Prozent der Kinder.⁵ Auch wenn die Risikogruppe kleiner geworden ist, ist das Ausmaß der Karies innerhalb der Risikogruppe nicht nennenswert zurückgegangen.

In diesem Zusammenhang ist entscheidend, dass „Karieskarrieren“ in der Regel bereits im frühkindlichen Alter beginnen, wenn das Milchgebiss in Entwicklung ist. Gerade in der Phase bis zum dritten Lebensjahr gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung aber keine spezifischen zahnmedizinischen Betreuungsangebote für Eltern und Kind. Die rein beobachtende Betreuung durch Kinderärzte hat sich als nicht ausreichend erwiesen.

⁵ Vgl. DMS IV-Studie, 2006

Patient im Fokus

Wahlrechte des Patienten erhalten und ausbauen

Ausgangspunkt unserer Überlegungen sind die Patienten. Sie stehen im Zentrum des Versorgungsgeschehens. Um ihre Mundgesundheit geht es, um ihre qualitativ hochwertige, zeitgemäße sowie wohnortnahe zahnmedizinische Versorgung und um ihre individuelle Zufriedenheit. Wir brauchen dazu ein Gesundheitssystem, das diese Versorgung flächendeckend garantiert und eine Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse ermöglicht. Voraussetzung hierfür ist die freie Arzt- und Zahnarztwahl der Patienten, ebenso die Schaffung von Anreizen für junge Menschen, den zahnärztlichen Beruf zu ergreifen.

Der Patient soll auch das Recht und die Freiheit haben, zwischen unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Therapiealternativen in der Zahnmedizin wählen zu können. Er muss am dynamischen medizinisch-techni-

schen Fortschritt teilhaben dürfen. Mit den zunehmenden Wahlmöglichkeiten hat sich die Rolle des Patienten verändert. Er ist nicht mehr passiver Empfänger einer Leistung in einem paternalistisch geprägten System. Er ist heute aufgefordert, aus Alternativen zu wählen und Entscheidungen zu treffen. Wir fordern und unterstützen den mündigen Patienten, der sich informieren und an Therapieentscheidungen partizipieren will.

Möglich ist das nur in einem geschützten Vertrauensverhältnis. Ärzte und Zahnärzte sind deshalb die natürlichen Anwälte ihrer Patienten im Gesundheitswesen. Sie tragen tagtäglich Verantwortung für Gesundheit und Gesundheit ihrer Patienten. Sie setzen sich für ihre bestmögliche Versorgung ein. Ärzte und Zahnärzte übernehmen damit eine wesentliche Lotsenfunktion im Gesundheitswesen.

Patientenberatung stärken

Der mündige Patient hat Anspruch auf verlässliche Aufklärung und Orientierung in einem komplexer gewordenen Gesundheitswesen. Die Zahnärzteschaft unterstützt sein Informationsbedürfnis mit vielfältigen, für den Patienten kostenfreien Informationsangeboten. Der behandelnde Zahnarzt ist natürlich erster Ansprechpartner seiner Patienten. Jeder Zahnarzt hat seinem Patienten gegenüber eine Aufklärungs- und Informationspflicht. Dazu gehören Informationen über Befund, Diagnose sowie den erwartbaren Verlauf der Erkrankung. Außerdem klärt er über Therapiealternativen auf, nennt deren Chancen und Risiken und informiert über mögliche Kosten einer Behandlung.

Über die Beratung in der Praxis hinaus haben die Zahnärzteorganisationen zusätzlich Patientenberatungsstellen eingerichtet und für den Bereich Zahnersatz eigens ein Zweitmeinungsmodell ins Leben gerufen. Jedes Jahr werden so Tausende von Beratungsgesprächen geführt und Patienten fachlich kompetent bei der Lösung ihrer Probleme unterstützt.

Die Zahnärzteschaft koordiniert ihre Beratungstätigkeit zusätzlich mit anderen Beratungsträgern. So haben Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer eine trilaterale Kooperationsvereinbarung mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) geschlossen.

Daneben steht den Patienten bereits seit Jahrzehnten ein vertraglich vereinbartes Gutachterverfahren zur Verfügung, dessen Details in Verträgen mit den Krankenkassen geregelt sind. Einvernehmlich bestellte Gutachter sind in den Bereichen Prothetik, Kieferorthopädie, Parodontologie und bei der implantologischen Versorgung in besonderen Fällen tätig. In Planungsgutachten beurteilen sie, ob eine vorgesehene Therapie angemessen bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist. Im Rahmen einer Nachbegutachtung überprüfen sie im Nachgang zu einer Behandlung, ob diese fachlich korrekt war. Das Gutachterverfahren gibt dem Patienten damit die Möglichkeit, seinen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu vertreten und etwaige

Fehler bei der Behandlung feststellen zu lassen. Zudem ist im Rahmen des Verfahrens eine Schlichtung möglich. Das Gutachterverfahren genießt bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz. Das Gutachterverfahren stellt ein

wichtiges und anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung dar. Es ist damit beispielgebend für das Gesundheitswesen.

Gutachterwesen

Anders als in den anderen Versorgungsbereichen gibt es im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung ein zwischen Krankenkassen und KZBV vertraglich vereinbartes Gutachterwesen. Das Gutachterverfahren hat die fachliche Beurteilung eines Behandlungsplans zum Ziel. Der Gutachter beurteilt, ob eine geplante Therapie angemessen bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist. In der prothetischen Versorgung besteht darüber hinaus die Möglichkeit einer Nachbegutachtung. Im Jahr 2011 gab es 16.100 Nachbegutachtungen.

Weitergehende Begutachtungen bzw. Verfahren vor einem Einigungsausschuss wirken als Schlichtungsstellen und geben den Beteiligten die Möglichkeit eine Zweitmeinung eines besonderen Experten bzw. Expertengremiums einzuholen. Das Gutachterverfahren dient damit der Sicherung und Förderung der Behandlungsqualität.

Behandlungsfälle und Gutachten in genehmigungspflichtigen Leistungsbereichen im Jahr 2011

	Anzahl Behandlungsfälle in Tsd.	Anzahl Planungsgutachten in Tsd.	Gutachtenquote in Prozent
Zahnersatz	10.901,2	125,6	1,2
Kieferorthopädie	411,2 *	50,6	12,3
Parodontalbehandlung	971,6	17,9	1,8
Implantologie **	2,3	2,3	100,0

* Zahl der abgerechneten Kfo-Neubehandlungsfälle (Bema-Position 5)

** Implantologie: Pflichtbegutachtung für besonders schwere Fälle, in denen Anspruch auf implantologische Versorgung als Sachleistung besteht

Präventionsstrategie

Prävention ausbauen – Risikogruppen mitnehmen

Die Mundgesundheit der Bevölkerung hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen einen Spitzenplatz ein. In der Breite der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen außerordentlich hohen Versorgungsgrad erreicht. Für diese Erfolgsgeschichte gibt es einen Grund: Eindeutiger als in anderen Gesundheitsbereichen wurde auf Prävention gesetzt.

Es ist gelungen, das Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung grundlegend positiv zu verändern, was sich unter anderem in einem deutlich verbesserten eigenverantwortlichen Mundpflegeverhalten und der Bereitschaft niedergeschlagen hat, den Zahnarzt regelmäßig zur Kontrolle des Mundgesundheitszustandes aufzusuchen. Unter Einbeziehung ergänzender Bausteine wie der Gruppen- und Individualprophylaxe, umfangreichen Aufklärungskampagnen und dem Einsatz von Fluoriden konnte ein Paradigmenwechsel in der Zahnheilkunde erreicht werden, der von der Zahnärzteschaft eingeleitet und wesentlich gestaltet wurde. Auch das Robert-Koch-Institut führt die Erfolge bei der Mundgesundheit auf den Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin von einer kurativen hin zu einer präventiven Ausrichtung der Zahnheilkunde zurück.⁶

Ziel der Zahnärzteschaft ist es, den erfolgreichen Präventionsansatz weiter auszubauen. Es soll eines Tages der Regelfall sein, dass Menschen auch bei wachsender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne und damit ein hohes Maß an Lebensqualität bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Präventionsstrategie über

den gesamten Lebensbogen hinweg konsequent und mehrstufig weiter ausgebaut werden. In der Primärprävention ist das Ziel, den Eintritt einer Erkrankung zu verhindern oder zumindest zu verzögern. In der Sekundärprävention geht es um die Früherkennung und Frühbehandlung von Erkrankungen. Und in der Tertiärprävention sollen Folgeschäden vermieden und das Wiederauftreten von Krankheitsbildern gehemmt werden. Versorgungsdefizite müssen frühzeitig identifiziert, thematisiert und Lösungen müssen erarbeitet werden. Die Risikogruppen, die durch das Raster der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Leistungen fallen, sind bekannt. Gemeinsam mit der Wissenschaft hat die Zahnärzteschaft Konzepte erarbeitet, wie diese Risikogruppen besser erreicht werden können. Die Politik ist aufgefordert, diese Konzepte aufzugreifen und die Versorgungsansprüche der Patienten gesetzlich zu verankern.

Die Deutschen Mundgesundheitsstudien zeigen, dass es eine wachsende Schieflage in der Kariesverteilung (Kariespolarisation) bei Kindern und Jugendlichen gibt. Bei den 12-Jährigen tragen ca. zehn Prozent der Kinder über 60 Prozent der Karieslast der Altersgruppe.⁷ Diese Risikogruppe, die sich vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund rekrutiert, profitiert nicht im gleichen Maß wie der Bevölkerungsdurchschnitt von der Verbesserung der Mundgesundheit. Hier sind deshalb weitere Anstrengungen zur Aufklärung, Motivation sowie gezielter Therapie gefordert, wie sie in der Gruppen-, Intensiv- und Individualprophylaxe vorgesehen sind, um eine Verbesserung der Mundgesundheit zu erzielen.

⁶ Grischa Brauckhoff, Thomas Kocher, Birte Holtfreter, Olaf Bernhardt, Christian Splieth, Reiner Biffar, Anke-Christine Saß, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47 – Mundgesundheit, Robert-Koch-Institut, Berlin, 2009

⁷ Vgl. DMS IV-Studie, 2006

Frühkindliche Karies eindämmen

Es gibt bereits heute vielfältige Aktivitäten, um die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Das beginnt mit Früherkennungsuntersuchungen bis zum 72. Lebensmonat. Für Kinder im Alter zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat gibt es drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Wird dabei ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt, kann diesem mit effizienten Mitteln begegnet werden. Im Rahmen der Gruppenprophylaxe erfolgt die Betreuung in Kindergärten und Schulen. Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sind im Rahmen der Gruppenprophylaxe Maßnahmen zur Intensivprophylaxe vorgesehen.

Die Gruppen- und Intensivprophylaxe wird durch die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis ergänzt. Im Rahmen der Individualprophylaxe haben Kinder und

Jugendliche vom 6. bis zum noch nicht vollendeten 18. Lebensjahr Anspruch auf Individualprophylaxe-Leistungen, die darauf abzielen, das Mundgesundheitsverhalten für ein ganzes Leben positiv zu beeinflussen und Erkrankungen von Anfang an zu verhindern.

Die Gruppenprophylaxe zielt auf Kinder und Jugendliche, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Ab dem 12. Lebensjahr erhalten Jugendliche ein Bonusheft zum Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen. Das Bonusheft dient dem Versicherten als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Festzuschüsse beim Zahnersatz. Es ist ein bewährtes Anreizsystem.

Bonusheft

Das Bonusheft, das 1989 mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführt wurde, bietet Patienten einen Anreiz, regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt in Anspruch zu nehmen. Können Patienten während der letzten fünf Jahre regelmäßige jährliche Zahnarztbesuche mit einem Stempel im Bonusheft nachweisen, erhöht sich der Festzuschuss bei Zahnersatzbehandlungen um 20 Prozent. Nach zehn Jahren kontinuierlicher, lückenloser Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt erhöht sich der Bonus um 30 Prozent. Um einen Bonus zu bekommen, müssen Patienten ab dem 18. Lebensjahr jährlich einmal zur zahnärztlichen Kontrolle. Kinder ab dem 6. Lebensjahr und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten den Bonus, wenn sie zweimal im Jahr die Individualprophylaxe-Untersuchungen in Anspruch genommen haben. Jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung – auch mitversicherte Familienangehörige, z. B. Kinder und Jugendliche – haben Anspruch auf ein Bonusheft.

Das Bonusheft hat nicht nur finanzielle Vorteile für den Patienten. Im Vordergrund stehen die Mundgesundheit und die lebenslange Gesunderhaltung der eigenen Zähne. Das Bonusheft stößt bei den Patienten auf eine sehr hohe Akzeptanz und ist als Anreizsystem für präventives Verhalten etabliert und anerkannt.

Diese vielfältigen Maßnahmen der Gruppen-, Intensiv- und Individualprophylaxe werden durch epidemiologische Studien⁸ begleitet. Sie dokumentieren eindrucksvoll die außerordentlich positive Entwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Diese Studien zeigen aber auch die Problemfelder auf:

Neben dem Kariesrisiko bei Kindern zeichnet sich ein weiteres Versorgungsproblem bei Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr ab: die frühkindliche Karies, in der wissenschaftlichen Literatur als „early childhood caries“ (ECC) bezeichnet. Deutschland verfügt über ein gutes System der Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche, aber die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) setzen erst ab dem 30. Lebensmonat ein. Die Betreuung durch den Kinderarzt in den ersten drei Lebensjahren reicht jedoch nicht aus. Immer öfter weisen Kinder, wenn sie die als vorbildlich geltenden Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe erreichen, bereits kariöse Zähne auf. Annähernd die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sind bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden.

Die Bundeszahnärztekammer⁹ hat auf der Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Weltzahnärzteverbandes (FDI) für Deutschland unter anderem das mundgesundheitliche Ziel formuliert, dass im Jahr 2020 80 Prozent der 6- bis 7-Jährigen kariesfrei sein sollen. Wir wollen dieses

Ziel erreichen, indem wir die Entstehung von Karies bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt bekämpfen. Das bedeutet, dass schon die werdenden Eltern unter Einbeziehung von Gynäkologen und Hebammen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung über Mundgesundheitsfragen aufgeklärt werden müssen. Gerade bei Kleinkindern kommt der elterlichen Betreuung eine ganz besondere Bedeutung zu. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie und auf welche Weise Eltern motiviert werden können, bereits ab den ersten Lebensmonaten für die Zahn- und Mundgesundheit vorzusorgen.

Kinder müssen bereits mit Durchbrechen des ersten Milchzahnes auch systematisch zahnmedizinisch betreut werden können. Und das Kinder-Untersuchungsheft muss um zahnärztliche Frühuntersuchungen erweitert werden, um eine gezielte systematische Betreuung zu sichern.

Mit der frühestmöglichen zahnmedizinischen Betreuung können wir die Zahngesundheit von Kleinkindern verbessern, auch und gerade, wenn sie in Familien aus sozialen Risikogruppen leben. Doch wenn Eltern ihre Kinder nicht zur zahnärztlichen Untersuchung vorstellen, und wenn Kinder nicht den Kindergarten besuchen, laufen auch Individual- und Gruppenprophylaxe ins Leere. Hier sind gesamtgesellschaftliche Anstrengungen gefordert, Kinder aus Risikogruppen in ein soziales und medizinisches Betreuungsumfeld zu integrieren, das gezielte Prävention möglich macht.

⁸ Vgl. Prof. Dr. Klaus Pieper, Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), Bonn 2010

⁹ Vgl. Ziller, S., Oesterreich, D., Micheelis, W.: Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 – Zwischenbilanz und Ausblick. In: Kirch, W., Hoffmann, Th., Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Thieme-Verlag Stuttgart 2012, Seite 1002 - 1023

Alters- und Behindertenzahnmedizin weiter voranbringen

In Deutschland findet eine ganz zentrale gesellschaftliche Entwicklung statt: Wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft. Bereits heute lebt in Deutschland eine große Zahl von Menschen, die pflegebedürftig sind oder mit Behinderungen leben müssen. Diese Zahl wird weiter steigen. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung können an der positiven Entwicklung der Mundgesundheit nicht angemessen partizipieren. Das stellt auch die zahnmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen. Die demografische Entwicklung hat eine strukturelle Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung offenbart.

Dieser Katalog basiert auf drei Annahmen: Erwachsene können eigenverantwortliche Mundhygiene betreiben, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren. Es gibt eine wachsende Zahl von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, die motorisch eingeschränkt, immobil oder wegen kognitiver Einschränkungen bei der zahnärztlichen Behandlung nicht kooperationsfähig sind. Auf sie treffen diese Annahmen ganz oder teilweise nicht zu. Ausgerechnet die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft fallen damit durch das Raster der GKV-Versorgung und haben eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt. Sie haben ein besonders hohes Risiko an Karies und Parodontitis zu erkranken.

Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Wissenschaft hat die KZBV mit dem Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“¹⁰ Lösungen angeboten. Den Erfolg der Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen aufnehmend, setzt das Konzept auf einen ergänzenden präventionsorientierten

Leistungskatalog, der auf die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung abstellt und der dem größeren zahnärztlichen Behandlungs- und Präventionsbedarf Rechnung trägt.

Der Handlungsbedarf ist politisch anerkannt. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden neue Leistungspositionen für die aufsuchende zahnmedizinische Betreuung beschlossen. Dies sind Schritte in die richtige Richtung. Nach wie vor ist der Leistungsanspruch der betroffenen Menschen jedoch auf den GKV-Leistungskatalog beschränkt, jetzt ergänzt um Leistungspositionen für die aufsuchende Versorgung. Der größere und spezielle zahnärztliche Behandlungs- und Präventionsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung bleibt bislang unberücksichtigt.

Einerseits hat die Politik das Thema Alters- und Behindertenzahnheilkunde sehr schnell aufgegriffen. Andererseits reichen die beschlossenen Schritte nicht aus, die Betroffenen konsequent zu versorgen. Um die aufgezeigten Versorgungslücken zu schließen und den Ansprüchen aus der von Deutschland ratifizierten UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen Rechnung zu tragen, ist es dringend erforderlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und bedarfsadäquate, präventive Leistungen in den GKV-Katalog für diesen Personenkreis aufzunehmen. Damit würden Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung einen Leistungsanspruch auf bedarfsadäquate therapeutische und präventive Maßnahmen erhalten. Das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ zeigt die gesetzgeberischen Schritte auf, die in Angriff genommen werden müssen.

¹⁰ Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Hrsg. KZBV und BZÄK, Berlin, Juni 2010

Parodontalerkrankungen verhüten

Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV-Studie) hat gezeigt, dass Zahnbeläge (Plaque) und akute Zahnfleischentzündungen (Gingivitis), die für die Entstehung von Parodontitis mit verantwortlich sind, weit verbreitet sind. Unter den Erwachsenen leiden 52,7 Prozent unter mittelschweren und 20,5 Prozent unter schweren Formen der Parodontitis. Bei den Senioren sind 48,0 Prozent von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Erkrankung betroffen. Diese große Verbreitung von Parodontitis zeigt die Notwendigkeit auf, die Parodontitisfrüherkennung und -frühbehandlung einschließlich einer risikoorientierten Nachsorge zu fördern und in den Mittelpunkt zukünftiger Versorgungsstrategien zu stellen. Die DMS IV-Studie stellt dazu fest, nur so könne man „den gegenwärtigen und zukünftigen demografischen Veränderungen mit ihren gewaltigen Umschichtungen im Altersaufbau der Bevölkerung (Rückgang der jüngeren Alterskohorten und erhebliche Zunahme von älteren und alten Menschen) in Deutschland gerecht werden“.¹¹

Es muss uns gelingen, Parodontitis-Risikogruppen bereits unter den Jugendlichen zu identifizieren und sie zielgerichteten Prophylaxemaßnahmen und einer frühen Therapie zuzuführen. Die demografische Entwicklung rückt aber auch andere Handlungsfelder in den Vordergrund. Schon heute gelingt es, dass unsere Patienten bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende erhalten, auch dann, wenn sie ein erhöhtes individuelles Erkrankungsrisiko haben. Für das Erkrankungsrisiko sind eine Reihe von Faktoren ausschlaggebend: Mundhygienedefizite, exogene Risikofaktoren (z. B. Rauchen und Stress), systemische Risikofaktoren (z. B. Diabetes mellitus, immunologische Imbalancen) und genetische Faktoren spielen hier häufig zusammen. Die internationale Forschung ist sich einig, dass man diese Faktoren bei der Festlegung von parodontologischen Präventionszielen im Auge behalten muss. Um dem Rechnung zu tragen, ist ein hoher, zukünftig wachsender, präventiv ausge-

richteter Betreuungsaufwand nötig. Nur dann ist eine weitere Zunahme und Verbreitung von Parodontitis in der Bevölkerung vermeidbar. Nur so ist die zunehmend deutlichere Unterversorgung in diesem Leistungsbereich abzubauen.

Zugleich fehlen bisher Elemente einer strukturierten nachsorgenden Betreuung beim Vorliegen einer Parodontalbehandlung.

Die Effektivität der Parodontaltherapie wird stark von der Mitwirkung der Patienten beeinflusst. Deshalb gilt es, das Wissen um präventive Verhaltensweisen und die Bedeutung der Erkrankung für die Allgemeinheit zu verbessern.

Individuell ausgerichtete präventive Maßnahmen tragen wesentlich dazu bei, die Zahl der Patienten mit schwerer Parodontitis zu verringern und deren Krankheitsbild in leichtere, weniger massive Verlaufsformen zu verändern. Zugleich ermöglichen derartige Maßnahmen, ein Abgleiten von Gingivitisfällen in Parodontitisfälle nachhaltig zu verhindern.

Wir Zahnärzte arbeiten auch an Konzepten, die Prävention und Nachsorge zum Inhalt haben: Dabei wird es darum gehen, die Mitarbeit und Mitverantwortung der Patienten mit entsprechenden Anreizsystemen zu fördern. Dazu bietet sich das anerkannte und etablierte Bonusheft in idealer Weise an und entspricht damit auch seiner präventionsorientierten Zielsetzung. Präventive Maßnahmen zur Verhütung von Parodontalerkrankungen, präventive Begleitmaßnahmen zur Verringerung des parodontalen Risikos und systematische aktive und unterstützende parodontale Therapiemaßnahmen sind fachlich angezeigt, um einer weiteren Verbreitung von Parodontitis entgegenzuwirken. Eine Übernahme dieser Leistungen als GKV-Sachleistung würde die Solidargemeinschaft überfordern. Sie sind allein im GKV-Sachleistungskatalog nicht finanzierbar.

¹¹ Thomas Hoffmann, Parodontalerkrankungen, S. 345; DMS IV-Studie, 2006

Qualität und Transparenz

Qualitätsförderung und Qualitätssicherung

Förderung und Sicherung der Qualität verbunden mit Qualitätstransparenz sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. In der vertragszahnärztlichen Versorgung ist die Förderung und Sicherung der Qualität auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung oraler Strukturen ausgerichtet. Sie dienen dem Ziel, die Mundgesundheit und die Patientenzufriedenheit zu verbessern. Die Erwartungen der Patienten und ihre Mitarbeit spielen eine zentrale Rolle. Der Nutzen für die Patienten ist ein wichtiger Aspekt bei der Beurteilung von Qualität. Im Mittelpunkt steht dabei immer die qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten.

Bei der Betrachtung der zahnmedizinischen Qualität ist die Berücksichtigung der Patientenmitarbeit (Compliance) von ausschlaggebender Bedeutung. Ohne eine ausreichende Compliance ist keine langfristig erfolgreiche zahnmedizinische Therapie möglich. Besonders zu berücksichtigen sind die jeweils individuell zu definierenden patientenbezogenen Rahmenbedingungen: Wünsche der Patienten hinsichtlich Ästhetik und subjektivem Komfort sind relevante Größen; genauso wie unterschiedliche individuelle Ausgangssituationen und -befunde. Wirtschaftliche Aspekte fließen neben den fachlich-zahnmedizinischen Aspekten in die therapeutischen Entscheidungen mit ein. Es gibt nicht die eine Ergebnisqualität, die bei jedem Patienten immer gleich erreicht werden kann und muss. Anstelle einer abstrakten Maximierung von Qualität wird heutzutage eine individuelle Optimierung der erreichbaren Qualität beim einzelnen Patienten angestrebt. Eine hohe Ergebnisqualität liegt vor, wenn ein erreichbares Behandlungsziel auch tatsächlich erreicht wird. Struktur- und Prozessqualität sind unabdingbare Voraussetzungen für eine gute Ergebnisqualität. Deshalb muss die Förderung und Sicherung der Qualität vor allem bei Struktur- und Prozessgrößen ansetzen.

Die Besonderheiten in der zahnmedizinischen Versorgung werden im gesetzgeberischen Handeln zur Förderung und Sicherung der Qualität oft nicht berücksichtigt. Dieses Defizit setzt sich dann in den Richtlinien des G-BA zur Qualität fort.

Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland ist gut. Die Zahnärzteschaft verfolgt ihren Anspruch auf Sicherung und Förderung von Qualität aktiv und versteht die Qualitätssicherung als originäre Aufgabe des Berufsstandes. Auch Fehlermanagementsysteme gehören zu den Aufgaben des Berufsstandes. Hinzukommen die Richtlinien aus dem G-BA, die einrichtungsintern, einrichtungsübergreifend oder gar sektorenübergreifend Qualität fördern und erfassen. Wesentliche Elemente der Qualitätssicherung sind in den bereits seit Jahrzehnten bestehenden Richtlinien, wie den Behandlungs-, Zahnersatz- und Kieferorthopädie Richtlinien, enthalten.

Die Zunahme von Bürokratie belastet die Versorgung. Deshalb darf das Streben nach mehr Qualität keine unnötigen bürokratischen Lasten mit sich bringen. Ein Verständnis von Qualitätssicherung im Sinne einer rein technisch-mechanistischen Qualitätskontrolle der Therapieergebnisse anhand von Kennzahlen und Indikatoren greift zu kurz. Ein sektorenübergreifender Ansatz zur Qualitätssicherung negiert die Besonderheiten des zahnärztlichen Sektors. Was bei der Verbindung von ambulanten und stationären Gliedern einer Versorgungskette mit vielen am Prozess und am Ergebnis relevant beteiligten Leistungserbringern an verschiedenen Stationen zur Abbildung der Qualität sinnvoll sein kann, wird der Versorgung aus einer Hand in der zahnärztlichen Praxis nicht gerecht. Nur in der Praxis gelebtes Qualitätsmanagement und in der Praxis gelebte Qualitätssicherung werden auf Dauer die gewünschten Erfolge erzielen.

Transparenz und Datenschutz

Der Schutz der Persönlichkeitsrechte ist ein hohes Gut. Der Gesetzgeber respektiert das Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung, das im Gesundheitswesen vielfach Niederschlag findet. Qualitätssicherung erfordert die Erfassung von Daten und die Schaffung von Transparenz. Zugleich muss aber das Recht der Patienten auf Schutz ihrer persönlichen Daten respektiert werden. Qualitätssicherung muss unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen erfolgen. Datenschutz und Transparenz stellen aber keinen Widerspruch dar.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung erfährt der Patient ein Maximum an Transparenz. Dafür sorgen unter anderem Antragsleistungen und Heil- und Kostenpläne, verbindliche Gebührenordnungen sowie vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren.

Die Behandlungsbereiche Zahnersatz, Parodontologie, Kieferorthopädie und Kieferbruch sind genehmigungs-

pflichtige Leistungsbereiche. Alle Heil- und Kostenpläne werden den Krankenkassen vor Beginn der Behandlung zur Genehmigung und Prüfung vorgelegt. Die Patienten erhalten bei Zahnersatz Informationen sowohl über die Kosten der Regelversorgung als auch über die Kosten einer alternativen Behandlungsplanung. Diese Kostentransparenz ist für die Patienten ein wichtiges Steuerungsinstrument.

Noch mehr Transparenz erhält der Patient, wenn er sich für die Kostenerstattung entscheidet. Das Kostenerstattungsprinzip stärkt überdies das Prinzip der Eigenverantwortung des Versicherten. Elemente der Kostenerstattung sind daher auch in der Füllungstherapie und bei Zahnersatz implementiert. Der Patient hat überdies stets die Möglichkeit, sich von den zahnärztlichen Beratungsstellen, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) oder den Krankenkassen im Vorfeld einer Behandlung beraten zu lassen.

Telematik

Die KZBV hat seit Jahren die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) stets kritisch begleitet. Nach dem Beschluss zur Einführung der eGK, durch die Gesellschafterversammlung der KZBV vom Dezember 2011, sieht die KZBV es als ihre Aufgabe an, auch weiterhin weitere Anwendungen kritisch zu beurteilen und auf den Nutzen für die Zahnärzteschaft zu achten. Dabei ist besonderer Wert auf die Sicherheit der Patientendaten zu legen.

Die Diskussion über verschiedene Anwendungen zeigt aber, dass die Einsatzbereiche der eGK stetig im Fluss sind und weitere, gesetzlich vorgegebene wie auch von den Gesellschaftern beschlossene Anwendungen

zukünftig nicht auszuschließen sind. Es muss abgewartet werden, welche konkreten Anwendungen im Laufe der Zeit hinzukommen werden. Bereits etablierte und gut funktionierende Anwendungen der Zahnärzteschaft dürfen durch die Infrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte nicht behindert oder unmöglich gemacht werden. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass die Anforderungen an die Anwendung der Prozesse nicht den Praxisablauf behindern. Das gilt vor allem für das Projekt Zahnärzte Online Deutschland (ZOD), das eine sichere Infrastruktur zur Herausgabe von qualifizierten Signaturkarten und die sichere Kommunikation der Zahnärzte mit ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung gewährleistet.

Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung

„Need dentistry“ und „want dentistry“

In der Zahnmedizin gibt es für eine Befundsituation oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die sich im Hinblick auf die Kosten erheblich unterscheiden können.

Bei der Entscheidung über die Therapie wird ein zentraler Zielkonflikt des Gesundheitswesens sichtbar: Auf der einen Seite steht der Wunsch nach bestmöglicher Gesundheitsversorgung, auf der anderen steht der Zwang zu Begrenzungen, die das System auch in einer Phase demografischen Wandels finanzierbar halten. Gerade in Zeiten dynamischen medizinisch-technischen Fortschritts drängt sich an diesem Punkt die ethische Frage auf, welche Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden, und wo die Grenzen der Solidarität liegen. Die Zahnärzteschaft hat sich dieser Diskussion schon früh gestellt und Antworten gefunden: mit der Unterscheidung zwischen „need dentistry“ und „want dentistry“. „Need dentistry“ deckt das medizinisch Notwendige über einen Grundleistungskatalog ab, der die Chance auf ein zahngesundes Leben eröffnet. Mit der Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen und dem Festzuschussystem für Zahnersatz steht den ge-

setzlich Versicherten aber auch die Tür offen zur „want dentistry“, bei der individuelle, oft ästhetisch motivierte Wünsche des Patienten im Vordergrund stehen. Die Festlegung des Grundleistungskataloges wurde im gesellschaftlichen Konsens getroffen.

Viele gesetzlich Krankenversicherte nehmen im Sinne der „want dentistry“ private zahnmedizinische Leistungen in Anspruch. Allerdings sind diese privaten Leistungen ganz klar von den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) zu unterscheiden und abzugrenzen. Denn anders als bei IGeL sind in der „want dentistry“ ebenso wie in der „need dentistry“ zwei Voraussetzungen immer gegeben, wenn eine Leistung erbracht wird: Erstens muss eine Behandlungsnotwendigkeit gegeben sein und zweitens muss es sich um eine fachlich anerkannte Therapiealternative handeln. „Need- und want dentistry“ entsprechen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gehen die Leistungen der „want dentistry“ über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich notwendige Versorgung hinaus.

Passgenaue Regelungen für die vertragszahnärztliche Versorgung

Nicht nur die Abgrenzung von notwendigem Grundleistungskatalog und individuell gewünschten, aber medizinisch anerkannten weitergehenden Leistungen unterscheidet die vertragszahnärztliche Versorgung von anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Charakteristisch für die Zahnmedizin ist auch, dass eine sektorübergreifende Leistungserbringung kaum stattfindet. Stationäre Behandlungen, aber auch veranlasste Leistungen wie Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sind in der zahnmedizinischen Versorgung von untergeordneter Bedeutung. Anders als im stationären und im ambulanten ärztlichen Sektor gibt es auch keine ernststen Probleme mit regionaler Unter- oder Überversorgung. Die Gefahr von Leistungsausweitungen bzw. einer angebotsinduzierten Versorgung ist in der vertragszahn-

ärztlichen Versorgung kaum gegeben. Der Gesetzgeber selbst hat das bei der Aufhebung der Bedarfszulassung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestätigt.

Diese Besonderheiten machen es notwendig, dass die Rahmenbedingungen für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich und seine spezifischen Belange in eigenen Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V geregelt werden. In der Vergangenheit hat der Gesetzgeber dies auch punktuell immer wieder getan. Er hat Regelungen getroffen, die ausschließlich für die vertragszahnärztliche Versorgung bestimmt sind und von denen im ärztlichen Bereich abweichen. Das gilt beispielhaft für die Gruppen- und Individualprophylaxe, die Mehrkostenregelung, das Festzuschussystem für Zahnersatz,

die Vergütungsreform im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes und die Bedarfszulassung.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die bis Ende 2012 geltende strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen unter Anbindung an die jeweilige Grundlohnsummenentwicklung der GKV beendet. Erst wenn die Vergütungsreform umgesetzt ist und erste Erfahrungen mit dem neuen System gemacht wurden, lässt sich sagen, an welchen Stellen Nachjustierungsbedarf besteht.

Allerdings existieren weiterhin überholte Regelungen und Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen, die eine effiziente vertragszahnärztliche Versorgung hemmen. Dazu zählen unter anderem die Bestimmungen zum degressiven Punktwert, die leistungs- und versorgungsfeindlich sind. Sie stellen eine angemessene Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen in Frage, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und leisten einer ungesteuerten Rationierung Vorschub.

Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung müssen nicht nur in der Sozialgesetzgebung, sondern auch in den Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung abgebildet werden. Dass dies nicht immer ausreichend geschieht, wird vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sichtbar. Seit Juli 2008 werden hier die Entscheidungen sektorenübergreifend gefasst. Für die KZBV hat das nicht nur erheblichen Mehraufwand erzeugt, der zahnärztliche Sektor ist auch ständig in Gefahr majorisiert zu werden. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde das Problem zwar entschärft, aber nicht gelöst. Bei Beschlüssen zu Richtlinien sollen nur die Träger auf der Seite der Leistungserbringer ein Stimmrecht haben, die von der Entscheidung wesentlich betroffen sind. Aber der Gedanke wurde nicht konsequent zu Ende gedacht. Denn sämtliche Entscheidungen binden weiterhin alle Träger des G-BA, egal ob sie an der Entscheidung beteiligt waren. Da die KZBV mit einer von dreizehn Stimmen im Plenum eine kleine Minderheit darstellt, laufen die Zahnärzte auch weiterhin ständig Gefahr, im Sog der vor allem Ärzte und Krankenhäuser betreffenden Entscheidungen mitgerissen zu werden. Dieser Umstand wird dadurch noch verschärft, dass der Gesetzgeber immer häufiger Aufgaben aus der internen Selbstverwaltung von KZBV und KZVen in die externe Selbstverwaltungsstruktur des G-BA transferiert. Beispielsweise

ist die einrichtungsbezogene Förderung der Qualität laut SGB V eine Aufgabe der KZVen. Zugleich soll aber der G-BA dafür die Rahmenbedingungen festlegen und beschränkt damit den Spielraum der KZVen.

Die Politik muss den Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung stärker als bisher Rechnung tragen. Nicht alles, was für die Ärzte gut ist, lässt sich auf die zahnmedizinische Versorgung übertragen. Der G-BA muss schlankere Entscheidungsprozesse und -strukturen erhalten, die ihn wieder arbeitsfähiger machen und die spezifischen Besonderheiten einzelner Sektoren beachten. Die zahnärztliche Selbstverwaltung sollte gestärkt werden. Der G-BA ist dazu da, die Arbeit der zahnärztlichen Selbstverwaltung zu unterstützen. Er ist nicht dazu da, sie zu verdrängen.

Aufgabe der Selbstverwaltung mit ihren demokratisch legitimierten Mitwirkungsmöglichkeiten ist es, eine sozial ausgewogene, wohnortnahe, flächendeckende Versorgung zu sichern. Sie braucht Handlungsspielräume, um das Niveau und die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung gewährleisten und weiterentwickeln zu können. Ein selbstverwaltetes pluralistisches Gesundheitswesen mit freiberuflichen Strukturen und freier Arztwahl der Patienten muss das Ziel politischen Handelns sein.

Freiberuflichkeit stärken

Die anerkannte und rechtlich verankerte Freiberuflichkeit, die freie Zahnarztwahl und die Selbstbestimmung des Patienten sind Grundvoraussetzungen für ein freierliches Gesundheitswesen.

Freiberuflich tätige Zahnärzte gewährleisten eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Sie brauchen dazu aber Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, Diagnose- und Therapieentscheidungen nach zahnärztlichem Fachwissen und frei von Direktiven Dritter zum Wohle der Patienten zu treffen. Das erfordert auch wirtschaftliche Unabhängigkeit, unternehmerische Freiräume und Planungssicherheit.

Der Zahnarzt als Freiberufler erfüllt einen bedeutenden gesellschaftlichen Auftrag und schafft einen Wert für die Gesamtgesellschaft. Die Berufsausübungsfreiheit ist die Basis seiner zahnärztlichen Tätigkeit. Der Schutz des Vertrauensverhältnisses zu seinen Patienten hat oberste Priorität. Dazu gehören die absolute Verschwiegenheit im Sinne der Wahrung des Berufsgeheimnisses, das Eintreten für das wohlverstandene Interesse der Patienten und das Vermeiden jeglicher Interessenkonflikte.

Der Zahnarzt gewährleistet den hohen Stand der zahnmedizinischen Versorgung. Die Qualität der Leistungserbringung wird durch hohe Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung und durch ein System der kollegialen Selbstkontrolle sichergestellt. Er übt seinen Beruf in Eigenverantwortung aus und trägt die volle Verantwortung für sein Handeln. Er erbringt seine Leistungen stets persönlich. Nur ein geringer Teil der Leistungen in einer Zahnarztpraxis lässt sich an nicht approbiertes Personal delegieren. Denn die freiberufliche Leistung des Zahnarztes ist aufs Engste mit seiner Person, seinem Wissen und seiner Kompetenz verbunden. Zahnärzte lassen sich von ihrem Berufsethos leiten, der ethische Standards für gute freiberufliche Berufsausübung umfasst. Dies unterscheidet sie grundlegend von rein kommerziellen Dienstleistern. Die weitere Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die

vertragszahnärztliche Versorgung muss sich an diesem Leitbild der Freiberuflichkeit orientieren. Staatliche Eingriffe in die zahnärztliche Berufsausübung und die Reglementierung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schränken die Freiberuflichkeit erheblich ein. Überbordende Bürokratie führt dazu, dass dem Zahnarzt weniger Zeit für die Versorgung seiner Patienten zur Verfügung steht. Deshalb wollen wir Bürokratie abbauen und mehr Raum für die Freiberuflichkeit schaffen.

Zahnarztpraxen werden zunehmend mit Bürokratie durch neue Gesetze, Verordnungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses belastet.

Die daraus resultierenden, kostenintensiven Dokumentationspflichten, insbesondere auch die sogenannten Doppeldokumentationen, nehmen dem Zahnarzt Zeit für die Behandlung seiner Patienten.

Eine auf das Notwendige beschränkte Dokumentation hält die KZBV für reibungslose Verwaltungsabläufe und zur Qualitätssicherung für erforderlich. Die KZBV fordert die Politik aber auf, die überbordende, nicht notwendige Bürokratie abzubauen. Den Nationalen Normenkontrollrat (NKR) unterstützt die KZBV bei einem Projekt, das den bürokratischen Aufwand bei Befolgung der Erfüllungsaufwandspflichten im medizinischen Bereich misst. Es ist zwingend erforderlich, die daraus gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen neuer Gesetzesvorhaben zu beachten.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Rechtsprechung klargemacht, dass niedergelassene Ärzte und Zahnärzte keine Amtsträger sind und nicht als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen agieren. Das ist eine wichtige Bestätigung für die Freiberuflichkeit des Zahnarztes. Damit wird auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt als wesentliches Merkmal einer guten Versorgung geschützt. Der zahnärztliche Berufsstand gibt sich selbst umfangreiche Regeln, in denen Gemeinwohlorientierung und ethischer Anspruch Ausdruck der gesellschaftlichen Verantwortung sind.

Jobmotor Mundgesundheitswirtschaft

Das Gesundheitswesen mit seinen über 4 Mio. Beschäftigten ist eine personalintensive Dienstleistungsbranche, die Perspektiven für Wachstum, Ausbildung und Beschäftigung in Deutschland bietet. Dazu trägt auch der Dentalsektor bei.

In deutschen Zahnarztpraxen waren 2010 einschließlich der Praxisinhaber rund 292.000 Menschen tätig, darunter rund 30.000 Auszubildende. Zählt man die Arbeitsplätze in gewerblichen Labors, im Dentalhandel, in der Dentalindustrie und den zahnärztlichen Körperschaften dazu, dann arbeiten in der Dentalbranche mehr als 400.000 Beschäftigte.¹² Sie ist ein Paradebeispiel für die positive Beschäftigungs- und Ausbildungs-bilanz im Gesundheitswesen.

Die Mundgesundheitswirtschaft bleibt ein Jobmotor. Bis 2030 werden in diesem Sektor über 75.000 neue Arbeitsplätze entstehen. Die Wachstumseffekte entstehen zum größten Teil aus dem Bereich Prävention. Zu dieser Einschätzung kommt eine Studie des Darmstädter WifOR-Instituts und des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ).¹³

Vereinbarkeit von Beruf und Familie sicherstellen

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist sowohl für Zahnärztinnen als auch Zahnärzte zu einem wichtigen Kriterium in allen Bereichen zahnärztlicher Berufsausübung geworden.

Die gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass der zahnärztliche Beruf für junge Menschen attraktiv ist und Zahnärztinnen und Zahnärzte nach der Ausbildung ihre berufliche Zukunft in der Patientenversorgung sehen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung in einer Gesellschaft, die durch den demografischen Wandel vor enormen Herausforderungen steht.

Die Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung müssen kontinuierlich auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausgerichtet werden. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber auf diese gesellschaftlichen Veränderungen reagiert und Regelungen zur stärkeren Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der ambulanten Praxis beschlossen. Weitere Schritte sind notwendig. Hier sind sowohl die zahnärztlichen Körperschaften als auch der Gesetzgeber gefordert.

¹² David Klingenger, Dennis A. Ostwald, Paul Daume, Michael Petri, Wolfgang Micheelis, Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030, IDZ-Materialienreihe Band 33, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2012

¹³ Klingenger, Ostwald, et. al., 2012

Das Umfeld: Wettbewerb im Gesundheitswesen

Wettbewerb um hochwertige Versorgung

Im Gesundheitswesen wird von allen Seiten mehr Wettbewerb eingefordert. Die Zahnärzteschaft hat ihre Antwort auf diese Forderung mit dem Konzept der befundorientierten Festzuschüsse gegeben. Destruktive Wettbewerbsformen, bei denen die Schutzwirkung von Gebührenordnungen ausgehöhlt wird und dem Verfall von Honoraren der Verfall der Behandlungsqualität folgt, sind nicht im Sinne einer flächendeckenden Patientenversorgung und werden deshalb abgelehnt. Der Wettbewerb unter Leistungsträgern braucht ein Fundament kollektivvertraglicher Regelungen und verlässlicher Gebührenordnungen.

Wettbewerb als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen muss eine effiziente, qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zum Ziel haben. Hier bedarf es keiner selektivvertraglichen Regelungen, sondern der Schaffung von Möglichkeiten, das kollektivvertragliche System der vertragszahnärztlichen Versorgung kreativ fortzuentwickeln. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, flächendeckenden Grundversorgung darf nicht zum Spielball im Vertragswettbewerb werden.

Die sogenannten „Einkaufsmodelle“, wie sie mit Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung Eingang in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) gefunden haben, bergen erhebliche Risiken für die zahnmedizinische Versorgung. Sie führen zu einem „Flickenteppich“ in der Versorgung und stellen die dem Versicherten zustehende freie Arztwahl zur Disposition. Daher müssen die kollektiven Vertragsstrukturen und die körperschaftliche Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Grundversorgung erhalten bleiben.

Die Vertragszahnärzteschaft lehnt daher Selektivverträge ab, die das Kollektivvertragssystem substituieren. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass man diese Regelung für die vertragszahnärztliche Versorgung kaum sinnvoll einsetzen kann, und dass durch diese Regelung ordnungspolitische Fehlsteuerungen

produziert werden. Es bedarf vielmehr gesetzlicher Rahmenbedingungen, auf deren Basis innovative Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen werden können, um das anerkannt hohe Qualitätsniveau in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland erhalten und fortentwickeln zu können. Hierzu müssen Verträge ermöglicht werden, die Leistungen enthalten, die die vertragszahnärztliche Versorgung ergänzen („kollektive Ergänzungsverträge“).

Das Festzuschusssystem hat sich als Steuerungsinstrument in der prothetischen Versorgung bewährt und Modellcharakter für andere Bereiche der zahnmedizinischen Versorgung erhalten. Die Übertragung des Festzuschusssystem hängt im Wesentlichen davon ab, dass in den betreffenden Leistungsbereichen eine Differenzierung in Grundleistungen „need dentistry“ und Wahlleistungen „want dentistry“ wissenschaftlich fundiert und gesellschaftlich konsentiert möglich ist. Der Grundleistungskatalog muss dabei den gesetzlichen Vorgaben entsprechend eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich notwendige Versorgung abbilden, die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht.

In der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde existieren für eine Befundsituation meist mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die zum Teil deutlich über die notwendige Grundversorgung hinausgehen. Bei einem gegebenen Leistungsanspruch des Patienten durch eine anerkannte Therapienotwendigkeit (Befund) können und sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht alle wünschenswerten Therapiealternativen von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Ausdrücklich verlangt der Gesetzgeber, dass die Mehrkosten für diese Therapiealternativen vom Patienten selbst zu tragen sind.

Das Festzuschusssystem kommt diesen Anforderungen nach. In seinem Mittelpunkt stehen die individuellen Bedürfnisse des Patienten und sein direktes Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt. Der Patient entscheidet

gemeinsam mit ihm über die notwendige Therapie (partizipative Entscheidungsfindung). Das Festzuschussystem stärkt auf Basis der freien Zahnarztwahl den Patienten in seiner Möglichkeit, die Servicequalität und die Preise der Zahnärzte untereinander zu vergleichen. Gleichzeitig fördert es die direkte Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Es ermöglicht die Wahl der Kostenerstattung durch den Patienten und den Abbau von bürokratischen Hürden.

Nimmt man das Prinzip einer zunehmenden wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitswesens ernst, muss zwingend die freie Arztwahl des Versicherten erhalten und gefördert werden. Die Informations-, Vergleichs- und Beratungsmöglichkeiten der Patienten müssen fortwährend verbessert werden. Von den Krankenkassen geforderte „Zwangsmaßnahmen“ und Kontrollen lehnt die Zahnärzteschaft ab.

Im Rahmen des SGB V haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die vertragszahnärztliche Versorgung mitzugestalten. Leistungen, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen und der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden, gehören nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen. Deshalb lehnt es die KZBV ab, dass die Krankenkassen für die private Gebührenordnung Preise mit den

Leistungserbringern im Verhandlungswege festlegen. Die private Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen (GOZ) hat die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Die novellierte Gebührenordnung ist zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Sie legt den Rahmen fest, innerhalb dessen Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskataloges abgerechnet werden. Der Preisrahmen und die Bedingungen für die Rechnungsstellung sind dadurch für alle privatärztlichen Leistungen gesetzlich vorgegeben und damit als angemessen anerkannt. Ein Verhandlungsmandat der Krankenkassen besteht nicht und wäre auch weder rechtlich noch tatsächlich zu rechtfertigen.

Nicht ohne Grund hat der Verordnungsgeber mit der GOZ zum Schutz des Patienten den rechtlichen Rahmen vorgegeben. Mit einem Verhandlungsmandat der Krankenkassen würde dieser Schutzmechanismus ausgehebelt werden. Negative Auswirkungen für die Behandlungsqualität wären die zwingende Folge. Konzentrationsprozesse würden zudem die fatale Entwicklung hin zu medizinisch gut versorgten, urbanen Zentren und unterversorgten ländlichen Gebieten beschleunigen. Ein Verhandlungsmandat der Krankenkassen würde die GOZ als Vergütungsgrundlage aushöhlen.

Fortschritt statt Rollback in der GKV

Festzuschussystem, Mehrkostenregelung, Bonusheft und entsprechende Härtefallregelungen eröffnen gesetzlich Krankenversicherten den Zugang zu einer modernen präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Deutschland hat im Vergleich zu Gesundheitssystemen anderer Industrieländer einen sehr umfassenden GKV-Leistungskatalog in der zahnmedizinischen Versorgung,

der – im Gegensatz zu den Nachbarländern – auch Zahnersatzleistungen beinhaltet. Auch in der Prothetik hat Deutschland ein vergleichsweise sehr hohes Versorgungsniveau.¹⁴ Gleichzeitig ist die heutige Versorgung mit Zahnersatz sozial ausgewogen und schließt Überforderungen sozial bedürftiger Menschen durch eine umfassende Härtefallregelung aus. Eine „zunehmende Privatisierung“ der zahnmedizinischen Versorgung findet nicht statt.

¹⁴ Dies zeigt auch eine gesundheitsökonomische Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die in Zusammenarbeit mit BASYS realisiert wurde und deren Ziel es war, einen systematischen Überblick über die zahnärztliche Vergütungssituation in zahlreichen europäischen Ländern zu geben, Kaufhold/Schneider, Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z), IDZ-Information 1/2000

Entscheidend für die Erfolge bei der Mundgesundheit in Deutschland ist die konsequente Ausrichtung von einer kurativen hin zu einer präventiven Zahnheilkunde. Dieser Paradigmenwechsel zieht sich als roter Faden durch die Positionspapiere und Stellungnahmen der KZBV und hat auch Niederschlag gefunden in den Gesundheitsreformen der jeweiligen Regierungskoalitionen. So hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 den G-BA beauftragt, die Richtlinien auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Die Bundesmantelvertragspartner – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auf der einen und GKV-Spitzenverband auf der anderen Seite – wurden beauftragt, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufgeführten Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung zu bewerten.

Die Einführung der Festzuschüsse für Zahnersatz mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) war ein weiterer Schritt in diese Richtung. Er ermöglicht den Versicherten die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt in der zahnmedizinischen Versorgung. GKV-Versicherte haben Anspruch auf Zuschüsse für innovative Behandlungsmethoden, beispielsweise implantatgestützten Zahnersatz. Gleichzeitig gewährleistet das Festzuschussystem einen verantwortungsvollen Umgang mit den

finanziellen Ressourcen der Solidargemeinschaft. Seit Einführung des Festzuschussystems im Jahre 2005 werden die Krankenkassen um jährlich ca. eine Milliarde Euro entlastet, die vorher in die Zahnersatzversorgung als Zuschüsse geflossen sind. Diese Einsparungen wurden von den Krankenkassen bisher aber nicht für eine notwendige Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung in anderen Leistungsbereichen zur Verfügung gestellt.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erkennt der Gesetzgeber den Handlungsbedarf in der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung an. Gezielt setzt er Anreize für das Aufsuchen dieser Patienten, die eine Praxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.

Wer wie der GKV-Spitzenverband die Diskussion über die zahnmedizinische Versorgung auf den Bereich Zahnersatz fokussiert, propagiert Zahnheilkunde von gestern. Er ignoriert den Paradigmenwechsel hin zur präventiven Zahnheilkunde und vermeidet Antworten auf die wesentlichen Zukunftsfragen: Wie den besonderen Bedürfnissen älterer und alter Menschen und Menschen mit Behinderung Rechnung getragen werden soll, wie eine moderne Parodontalbehandlung ausgestaltet werden soll, und mit welchen Versorgungsangeboten auf die unterschiedliche Betroffenheit einzelner Bevölkerungsgruppen durch Karies reagiert werden soll.

Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV

Wettbewerb muss nicht nur auf Seiten der Leistungsträger, sondern auch auf Seiten der Kostenträger gegeben sein, und zwar in Form unterschiedlicher Versicherungssysteme und unterschiedlicher Versicherungsunternehmen bzw. Krankenkassen.

Die Vertragszahnärzteschaft bekennt sich zum dualen System der Krankenversicherung in Deutschland. Sie spricht sich für den Erhalt der privaten Krankenvollversicherung als wichtige zweite Versicherungssäule des Gesundheitswesens aus. Sie befürwortet den Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Dass sich beide Systeme weiterentwickeln müssen, steht dabei außer Frage. In einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem muss es eine Konkurrenz zwischen GKV und PKV geben. Das duale Krankenversicherungssystem mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung zählt bisher zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens.

Durch den Wettbewerb zwischen den Systemen der GKV und der PKV dürfen die Grundsätze der Freiberuflichkeit, der Therapiefreiheit, der Qualität inklusive einer neutralen und fachlich kompetenten Patientenberatung, der Preisgestaltung auf der Grundlage der privaten Gebührenordnung im Bereich der PKV, der Selbstverwaltung und der freien Arztwahl der Patienten nicht in Frage gestellt werden.

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, die durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt bedingt sind, bleiben weiterhin eine der Herausforderungen, die es bei der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitswesens zu lösen gilt. Eine Einheitsversicherung bietet dazu keinen Lösungsansatz. Die Konsequenz einer Bürgerversicherung wäre ein einheitlicher Versicherungsmarkt, in dem alle Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen nach einheitlichen Rahmenbedingungen agieren. Eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen für GKV und PKV lehnt die Zahnärzteschaft ab.

Auch eine PKV muss sich den Herausforderungen stellen und sich reformieren, wenn sie zukunftsfähig sein soll. Forderungen nach GKV-Instrumenten, wie zum Beispiel die Vertragskompetenz für die PKV sind der falsche Weg. Eine PKV, die den dualen Weg verlässt und sich immer mehr GKV-Instrumente zu eigen macht, stellt damit ihre eigenen Grundlagen in Frage und wird längerfristig überflüssig. Es gilt eine private Krankenversicherung zu erhalten und zu stärken, die auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung auf Basis der privaten Gebührenordnungen und der Kapitaldeckung für den demografischen Faktor basiert.

Köln / Berlin, 08.11.2012

Impressum

Herausgeber Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln · www.kzbv.de
Redaktion Abt. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Gestaltung atelier wieneritsch
Druck Locher Print- und Medienproduktion

Köln, November 2012