

» Freiräume



GESCHÄFTSBERICHT 2010/2011 • KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



DER VORSTAND DER KZBV (v.l.n.r.):
DR. GÜNTHER E. BUCHHOLZ, STELV. VORSITZENDER
DR. JÜRGEN FEDDERWITZ, VORSITZENDER
DR. WOLFGANG EßER, STELV. VORSITZENDER

04 KZBV GESCHÄFTSBERICHT 2010/2011

Der Geschäftsbericht umfasst den Zeitraum
von Juli 2010 bis Juni 2011.



Vorwort

Für Friedrich von Schiller war die Kunst „eine Tochter der Freiheit“. Die Malerei lebt wie andere Kunstformen von der Freiheit, ohne Begrenzung gestalten zu können. Auch moderne Wirtschaftssysteme wie unsere soziale Marktwirtschaft funktionieren weitgehend auf der Basis von individuellen und kollektiven Freiräumen. Eine grenzenlose Freiheit kann es für das Handeln von Menschen und Organisationen in Gesellschaft und Wirtschaft freilich nicht geben, wohl aber große Bereiche, in denen sie gestalten können, in denen es Platz für Phantasie als Quelle der Innovation und des Fortschritts gibt.

Sehr viel enger sind indes die Grenzen im Gesundheitswesen gesetzt. Vor allem das Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung ist stark reguliert. Regeln haben hier zwar mehr als anderswo ihre grundsätzliche Berechtigung, schließlich ist Gesundheit ein besonders schützenswertes Gut.

Indes, die Regulierung in der GKV geht in vielen Bereichen so weit, dass sie Innovationen unterdrückt und mehr schadet als sie nutzen kann. Sie wirkt, um die Assoziation zur Kunst zu bemühen, wie ein monochromes Bild.

Ein augenfälliges Beispiel dafür ist die Budgetierung zahnärztlicher Leistungen, die eine bedarfsgerechte Patientenversorgung viel mehr behindert als befördert hat. Nach mehr als zwanzig Jahren lähmenden Stillstands sollen die starren Budgetklammern ab 2013 erstmals wieder gelockert werden. Das ist auch und vor allem ein Ergebnis hartnäckiger berufspolitischer Arbeit, die auf der Überzeugung fußt, dass eine hochwertige Zahnmedizin Freiräume braucht.

Jeder (Zahn)Mediziner braucht Freiräume, um seine Patienten individuell nach ihren je eigenen Bedürfnissen betreuen zu können.

Jede Praxis braucht Freiräume, sich so organisieren zu können, dass ein effektiver Alltagsbetrieb gesichert ist. Und auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung selbst braucht als größte zahnärztliche Berufsorganisation Freiräume, um günstige Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Versorgung mit zahnmedizinischen Leistungen auf hohem Niveau mitgestalten zu können. Eine schier unlösbare Aufgabe, wenn man nur eine GKV-Einheitsfarbe auf der Palette hat. Unterschiedliche Probleme verlangen nach unterschiedlichen Lösungen. Es braucht die Möglichkeit zur Vielfalt. Dafür setzen wir uns ein.

Der Vorstand
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung



Inhaltsverzeichnis



Freiräume	8
> Für gerechte Vergütung	8
> Für patientengerechte Versorgung	11
> Für effiziente Entscheidungsstrukturen	13



Gestalten	16
> Dialog mit der Politik	16
> Innerzahnärztliche Kooperation	18



Kommunizieren	20
> Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	20
> Die zm	24



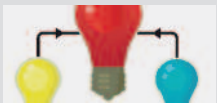
Vertragsgeschäft	28
> Insolvenzen von Krankenkassen	28
> Elektronischer Datenaustausch	28
> Regelungen zum Wohnortprinzip	29
> Verhandlungen mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung	29
> Vereinbarungen für Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei	29



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



Digitales Gesundheitswesen	36
> EDV für die Praxis	36
> Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)	38
> Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	40



Forschung	42
> Epidemiologische und sozial-medizinische Forschung	43
> Ökonomische Forschung	44
> Versorgungsforschung	45



Interne Organisation	48
> Personalplanung und Standortkonsolidierung	48
> Haushalt	50



Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen	52
> Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung	53
> Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen	55
> Zahl der Zahnärzte	56
> Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen	57



Freiräume

Die vertragszahnärztliche Berufspolitik unterlag im Lauf der Jahre und Jahrzehnte naturgemäß unterschiedlichen Strömungen. Doch welche Projekte auch immer verfolgt wurden, welche Themen und Probleme auch immer im Vordergrund standen, eine Grundkonstante ist geblieben: das Ziel, innerhalb der „Fesseln“ einer stark regulierten gesetzlichen Krankenversicherung die größtmöglichen Freiräume in der Organisation der zahnmedizinischen Versorgung und im medizinisch-therapeutischen Handeln zu erarbeiten – im Interesse von Patient und Zahnarzt gleichermaßen.

Dass diese Zielrichtung grundsätzlich richtig war, zeigt die Situation der Zahnmedizin

heute: Es gibt eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten. Deutschland belegt einen Spitzenplatz in der Mundgesundheit, und das obwohl die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung über die Jahre sukzessive gesunken sind. Der zahnmedizinische Sektor ist ein wichtiger Wirtschaftszweig, der fast 390.000 Beschäftigten direkt oder indirekt Arbeit gibt.

Doch gleichzeitig entstehen neue Herausforderungen: Das Gesundheitswesen in Deutschland wird einerseits zusehends wettbewerblich organisiert. Andererseits gibt es weiterhin überkommene Strukturen, die mit wettbewerblichem Denken nicht kompatibel sind. Beispielsweise kön-

nen Versicherte heute nach Belieben ihre Krankenkasse wechseln. Andererseits erlauben die Vorgaben des Sozialgesetzbuchs V nicht, die Folgen der Wanderungsbewegungen von Versicherten aufzufangen, obwohl sich dadurch der finanzielle Bedarf für die zahnmedizinische Versorgung unter den einzelnen Kassen massiv verschoben hat.

Die KZBV begegnet Problemen und Aufgaben wie diesen mit einer Grundüberzeugung, die gestern galt, aber auch morgen gelten wird: Wir wollen Freiräume schaffen, in denen wir die zahnärztliche Versorgung in Deutschland möglichst eigenverantwortlich organisieren können.

Für gerechte Vergütung

> Strukturreform des Vergütungssystems

Seit den neunziger Jahren unterliegt die vertragszahnärztliche Vergütung – mit Ausnahme der Bereiche Zahnersatz und Individualprophylaxe – einer strikten Budgetierung, die mit der Versorgungsrealität nicht Schritt halten kann. Die Gesamtvergütung, die eine Krankenkasse mit befreiender Wirkung für die zahnmedizinische Betreuung ihrer Versicherten zur Verfügung stellt, wird von einem Jahr zum nächsten nur hinsichtlich der Mitgliederzahl der Krankenkasse und der Entwicklung der Grundlohnsumme in Deutschland angepasst. Die Stabilität des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung hat oberste Priorität. Wanderungsbewegungen

der Versicherten, die zu Veränderungen in der Mitgliederstruktur der Kassen und damit auch in der Leistungsabfrage der Versicherten führen, bleiben unberücksichtigt. Die Budgets sind damit „blind“ gegenüber dem tatsächlichen Versorgungsbedarf, der aus diesen Verschiebungen resultiert. Bei einigen Kassen werden die Budgets nicht ausgeschöpft, bei anderen reichen sie nicht aus. Eine gegenseitige Deckungsfähigkeit gibt es nicht. Jedes Jahr erbringen Zahnärzte deshalb Leistungen in dreistelliger Millionenhöhe ohne Vergütung.

Im ärztlichen Bereich ist mit der Einführung der sogenannten Euro-Gebührenordnung bereits vor Jahren eine grundlegende

Strukturreform des Vergütungssystems erfolgt. Im zahnärztlichen Bereich stand sie bisher aus. Der Vorstand der KZBV setzt sich seit langem intensiv für eine Novellierung des Vergütungssystems in der vertragszahnärztlichen Versorgung ein, die vor allem auf eine Beendigung der strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen und eine Berücksichtigungsfähigkeit von Veränderungen in der Versichertenstruktur von Krankenkassen abzielt. Obwohl die Abkehr von der strikten Budgetierung im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundesregierung in Aussicht gestellt worden war, fand sie in das zentrale Reformgesetz des Jahres 2010, das GKV-Finanzierungsgesetz, entgegen erster politischer Tendenzen keinen Eingang. Vielmehr wurde die Budget-

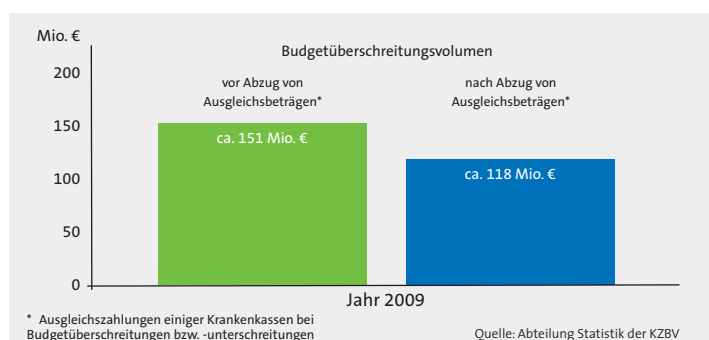
situation zunächst sogar verschärft. Für das Jahr 2011 wurde die um 0,25 Prozentpunkte reduzierte, für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte reduzierte Grundlohnrate als Obergrenze für Anpassungen der Punktwerte und Gesamtvergütungen festgelegt. Es fand sich lediglich in der Begründung des Gesetzestextes ein Hinweis darauf, dass Reformschritte im Rahmen zukünftiger Gesetzgebungsverfahren erfolgen sollten.

Tatsächlich sieht der im Sommer 2011 vorliegende Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu einem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ neben anderen Maßnahmen nunmehr auch konkrete Schritte zur Strukturreform der vertragszahnärztlichen Vergütungssysteme vor. Zukünftig sollen bei der Festlegung der Gesamtvergütung die Zahl und die Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur gleichgewichtig neben dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität berücksichtigt werden. Die Neuregelungen sollen ab 2013 gelten. Entscheidend ist,

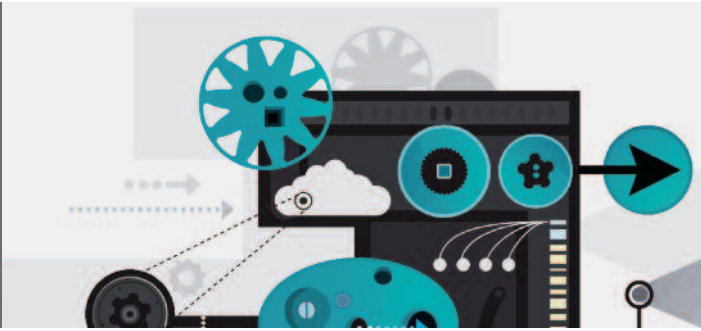
dass dabei die für das Jahr 2012 tatsächlich abgerechneten Punktmengen und damit auch die bislang wegen Budgetüberschreitungen nicht vergüteten Leistungen angemessen zu berücksichtigen sind. Die Begründung des Gesetzentwurfes verdeutlicht, dass den Gesamtvertragspartnern, also Krankenkassen und KZVen, bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen eine Berücksichtigung der Wanderungsbewegungen der Versicherten zwischen den Krankenkassen und der daraus entstehenden Veränderungen in der Leistungsabfrage ermöglicht wird. Es wird ausdrücklich hervorgehoben, dass deshalb auch eine Überschreitung der Grundlohnsummenentwicklung zulässig ist, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der Bemessungskriterien nicht möglich ist. Wortlaut und Begründung der vorgesehenen Neuregelung unterstreichen damit – entgegen der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes –, dass dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität gegenüber den übrigen Bemessungskriterien kein Vorrang mehr zusteht. Aus Sicht der Zahnärzteschaft ist dies ein wichtiger Schritt in Richtung Entbudgetierung.

Im Rahmen der Vergütungsreform sollen zudem historisch gewachsene Vergütungsunterschiede zwischen Ersatzkassen und Primärkassen eingeebnet werden, die den Wettbewerb zwischen den Kassen verzerren. Für das Jahr 2013 sollen kassenartübergreifend einheitliche Punktwerte zugrunde gelegt werden, ohne dass sich das für die zahnmedizinische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen ändert. Dazu ist vorgesehen, dass KZVen und Krankenkassen 2012 auf Länderebene einheitliche durchschnittliche Punktwerte für alle zahnärztlichen Leistungen (mit Ausnahme von Zahnersatz) bilden – und zwar gewichtet nach den jeweils abgerechneten Punktmengen. Diese Punktwerte sind Grundlage für die Anpassung der Gesamtvergütungen für das Jahr 2013.

Der Honorarverteilungsmaßstab, der Basis für die Aufteilung der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung unter den Zahnärzten ist, soll zukünftig wieder autonom von den KZVen aufgestellt werden können. Mit den Krankenkassen muss lediglich Benehmen hergestellt werden. Damit wird



AUSWIRKUNGEN DER BUDGETIERUNG IM ZAHNÄRZTLICHEN BEREICH



eine weitere Forderung der KZBV erfüllt: Der interne Vorgang der Honorarverteilung soll alleinige Aufgabe der vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung sein. Das stellt sachgerechte Regelungen sicher und fördert die Akzeptanz durch die Zahnärzteschaft. Für die Vertragszahnärzteschaft in Deutschland gibt es ein weiteres zentrales Element einer Strukturreform des Vergütungssystems: die Anpassung der zahnärztlichen Honorare in den neuen Bundesländern an das Niveau der alten Bundesländer. Die Punktwerte bzw. Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern müssten um 10,6 Prozent angehoben werden, um das durchschnittliche West-Niveau zu erreichen. Auch in Berlin wäre eine Anhebung um 8,8 Prozent notwendig.

Die KZBV hat sich gemeinsam mit ihren Mitgliedsorganisationen massiv dafür eingesetzt, die überfällige Anpassung im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes 2010 durchzuführen. Der Gesetzgeber ist zumindest teilweise auf die Forderung eingegangen. Er hat bestimmt, dass es in den Jahren 2012 und 2013 eine stufenweise Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen um ca. 5 Prozent in den neuen Bundesländern und ca. 4 Prozent in Berlin geben soll. Allerdings bleibt die Vergütung im Osten damit trotz vergleichbarer Betriebskosten der Zahnarztpraxen noch immer deutlich hinter der im Westen zurück. Deshalb plädieren KZBV und KZVen dafür, das Problem im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes noch einmal anzugehen: KZVen und Krankenkassen sollten auf Landesebene eine realistische Möglichkeit bekommen, eine weitere Angleichung der Ost-Honorare an das West-Niveau zu vereinbaren.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese und andere Forderungen der Zahnärzteschaft in das Versorgungsstrukturgesetz, das im Herbst 2011 verabschiedet werden soll, Eingang finden werden.

> **Private Gebührenordnung für Zahnärzte**

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland bietet einen im internationalen Vergleich umfangreichen Katalog an Grundleistungen für die zahnmedizinische Versorgung. Aber wenn Patienten besonders aufwendige oder ästhetisch anspruchsvolle Therapien wählen, müssen sie die Mehrkosten dafür selbst tragen. Berechnet werden diese Leistungen dann über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die auch die Honorarbasis für Leistungen an Privatversicherte ist. Die GOZ hat also auch die Funktion, gesetzlich Krankenversicherten die Tür zum zahnmedizinischen Fortschritt offen zu halten. Sie ist damit, vor allem in den Bereichen Zahnersatz und Füllungstherapie, ein wichtiger Faktor der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Problematisch ist, dass die GOZ seit Ende der achtziger Jahre nicht überarbeitet wurde. Die für eine Leistung angesetzten Punkte sowie der Punktwert sind seit Jahr und Tag unverändert. Kostensteigerungen der letzten beiden Jahrzehnte werden nicht abgebildet und viele moderne therapeutische Leistungen sind in der medizinisch veralteten Gebührenordnung gar nicht aufgeführt. Die Zahnärzteschaft setzt sich seit Jahren dafür ein, dass die Gebührenordnung novelliert wird. Federführend ist dabei die Bundeszahnärztekammer. Die KZBV wirkt unterstützend,

wo immer dies möglich ist. Verantwortlich für die Novellierung ist das Bundesgesundheitsministerium.

Nach langem Warten hat das Gesundheitsressort im Frühjahr 2011 den Entwurf einer GOZ-Novelle vorgelegt. Zwei positive Aspekte weist dieser Entwurf auf: Die GOZ wurde „renoviert“ und um moderne zahnmedizinische Leistungen ergänzt. Und sie soll entgegen erster Absichten keine Öffnungsklausel enthalten, die es privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglichen würde, von der GOZ abweichende Verträge mit Praxen zu schließen, damit die schützende Wirkung der Gebührenordnung zu unterlaufen, Zahnärzte vertraglich zu dominieren und ein Preisdumping in Gang zu setzen. Allerdings ist der Entwurf in manch anderer Hinsicht sehr problematisch. Vor allem soll nach über 20 Jahren der Punktwert unverändert bleiben und ein Ausgleich der inflationsbedingten Honorarverluste ist in weiter Ferne.

Der GOZ-Entwurf muss im Herbst Kabinett und Bundesrat passieren. Erst dann steht die endgültige Gestalt der neuen Gebührenordnung fest. Bis dahin wird es aus zahnärztlicher Sicht darum gehen, einerseits die positiven Ansätze im Entwurf zu unterstützen, andererseits in den problematischen Bereichen Nachbesserungen zu erreichen. Sie müssen u.a. auf zwei Punkte zielen: die Anhebung des Punktwertes unter Berücksichtigung des Kaufkraftverlustes seit 1988 und die Aufnahme einer Bestimmung zur regelmäßigen Anpassung der Vergütung an die wirtschaftliche Entwicklung.

Für patientengerechte Versorgung

› Patientenrechte

Dass Patienten umfangreiche Schutzrechte genießen, sie kennen und durchsetzen können, ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines modernen Gesundheitssystems. In Deutschland gibt es zahlreiche Initiativen und Normen, die eine möglichst umfassende Information und Einbindung des Patienten in medizinische Entscheidungen und seinen gesundheitlichen Schutz zum Ziel haben. Allerdings sind sie auf eine ganze Reihe unterschiedlicher Gesetze und Verordnungen aufgefächert.

Seit längerem ist daher die Schaffung eines gesonderten Patientenrechtegesetzes in der politischen Diskussion. Die SPD-Fraktion hat zum Jahreswechsel 2010/11 im Bundestag einen entsprechenden Antrag gestellt. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat im März ein Grundlagenpapier vorgestellt, das Ausgangsbasis für ein Patientenrechtegesetz werden soll. Es zielt u. a. auf eine Förderung der Fehlervermeidungskultur, die Kodifizierung eines um-

fassenden Haftungssystems für Behandlungsfehler, die Stärkung der Rechte des Patienten gegenüber Ärzten sowie seine bestmögliche Information und Beteiligung am Therapiegeschehen ab.

Zahnärztliche Organisationen leisten über Patienteninformationsschriften, Beratungsstellen und Zweitmeinungsinstanzen, das Gutachterwesen und spezielle Schlichtungsstellen für Konfliktfälle zwischen Patient und Zahnarzt schon seit Jahren Beiträge zur Stärkung der Position des Patienten im Behandlungsgeschehen. Die KZBV begrüßt daher politische Initiativen zur Stärkung der Patientenrechte, die auch den unbefriedigenden Umstand aufgreifen, dass wesentliche Regelungen des Behandlungsvertrages zwischen Patient und (Zahn-)Arzt bisher nicht kodifiziert, sondern von der Rechtsprechung entwickelt worden sind.

Skeptisch bewertet die KZBV aber Überlegungen zur Verschärfung der Arzthaftung und zur Umkehr der Beweislast bei möglichen Behandlungsfehlern. Sie stärken die

Position des Patienten je nach Ausgestaltung nur vordergründig. In der Praxis können sie Tendenzen zur Defensivmedizin Vorschub leisten, im Extremfall zur Verweigerung von Behandlungen führen, wenn unübersehbare und für den Mediziner nicht mehr versicherbare Behandlungsrisiken bestehen. Die Maximierung von Sorgfalts- und Haftungsmaßstäben provoziert auch eine Maximierung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, um jedes noch so unwahrscheinliche Risiko von vornherein auszuschließen. Zusätzliche Kosten und Belastungen für das Gesundheitswesen und für den einzelnen Patienten selbst drohen als Folge. Diese Bedenken hat die KZBV u. a. im Zuge einer öffentlichen Anhörung auf Einladung des Gesundheitsausschusses des Bundestages im Januar 2011 klar geäußert. Die weitere Einschätzung hängt von der konkreten Ausgestaltung des Patientenrechtegesetzes an diesen kritischen Punkten ab. Ein Entwurf des Artikelgesetzes lag im Sommer 2011 allerdings noch nicht vor.



> Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Jenseits abstrakter Rechtsbetrachtungen ist für Patienten entscheidend, dass sie ihren Anspruch auf eine gute zahnmedizinische Betreuung tatsächlich im Alltag verwirklichen können. Schwierig ist das vor allem für Versicherte, die aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen aus dem Raster der GKV-Versorgung herausfallen. Die ambulante zahnmedizinische Versorgung basiert auf der Annahme, dass Erwachsene stets zur eigenverantwortlichen Mundhygiene in der Lage sind, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren können. Bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung fehlt es in der Regel an mindestens einer dieser Voraussetzungen. Infolgedessen können sie oft nicht angemessen zahnmedizinisch betreut werden. Es gibt eine erhebliche Versorgungslücke.

Die KZBV hat gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesell-

schaft für Alterszahnmedizin und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen im Sommer 2010 ein Versorgungskonzept vorgestellt, das Präventionsleistungen bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit vorsieht und durch entsprechende Anreize die Entwicklung einer flächendeckenden aufsuchenden Betreuung der Betroffenenengruppen fördert. Voraussetzung für die Umsetzung eines solchen Versorgungskonzeptes ist eine Änderung des Sozialgesetzbuchs V, die für die Betroffenen eine Anspruchsgrundlage schafft. Die KZBV und ihre Partnerorganisationen haben im zurückliegenden Jahr bei der Politik Überzeugungsarbeit für eine solche Änderung geleistet. Im Juli 2010 fand ein Gespräch mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen statt, in dem das Versorgungskonzept vorgestellt wurde. Im Oktober standen die Defizite in der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Behinderten im Zentrum

eines parlamentarischen Abends im Berliner Humboldt-Carrée. Im Februar 2011 wurde das Konzept auf einer vom Behindertenbeauftragten initiierten zweitägigen Fachtagung mit Betroffenenverbänden diskutiert.

Dass bei der zahnmedizinischen Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie Menschen mit Behinderung Handlungsbedarf besteht, wird mittlerweile von allen politischen Parteien anerkannt. Von vielen Mandatsträgern hat das Versorgungskonzept der Zahnärzteschaft Unterstützung erhalten. Gleichwohl gibt es bislang keine gesetzgeberische Initiative zur notwendigen Änderung des Sozialgesetzbuchs. Auch der im Sommer 2011 vorgelegte Referentenentwurf des Versorgungsstrukturgesetzes beinhaltet keine entsprechenden Regelungen. Damit ist bis dato ein Problem von gesellschaftspolitischer Relevanz unberücksichtigt, das infolge der demographischen Entwicklung in Zukunft noch weiter an Schärfe gewinnen wird.



PARLAMENTARISCHER ABEND ZUR ALTERS- UND BEHINDERTENZAHNHEILKUNDE: 26. OKTOBER 2010

Für effiziente Entscheidungsstrukturen

Die Zahnmedizin unterscheidet sich von den übrigen Versorgungssektoren im Gesundheitswesen durch eine ganze Reihe von Faktoren: Es gibt kaum lebensbedrohliche Erkrankungen, und das Erkrankungsrisiko ist in der Regel stark vom individuellen Verhalten und der Vorsorgeorientierung des Patienten abhängig. Es gibt für eine Befundsituation in der Regel mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen. Und es ist eine finanzielle Beteiligung des Patienten vorgesehen, wenn die gewählte Therapie über die funktional notwendige Grundversorgung hinausgeht. Unterschiede zum ambulanten ärztlichen Bereich herrschen auch hinsichtlich der strukturellen Versorgungssituation: Es gibt eine funktionierende flächendeckende zahnmedizinische Betreuung. Den im ärztlichen Bereich vor allem für ländliche Re-

gionen so oft beklagten Mediziner-mangel gibt es im zahnärztlichen Bereich nicht. Und Fragen der effizienten Verknüpfung von ambulanter und stationärer Behandlung stellen sich in der Zahnmedizin kaum.

Ausgehend von diesen Besonderheiten fordert die KZBV seit geraumer Zeit, dass die Rahmenbedingungen für die zahnmedizinische Versorgung im Sozialgesetzbuch V auch in gesonderten Bestimmungen geregelt werden. Bislang gibt es dort überwiegend einheitliche Regelungen für die gesamte ambulante Medizin, und der Gesetzgeber berücksichtigt die Unterschiede zwischen vertragszahnärztlicher und vertragsärztlicher Versorgung nur ungenügend. Auch der Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes belegt dies: Er enthält weitreichende Maßnahmen zu Bedarfs-

planung und Zulassungsverordnungen, die u. a. eine Ausweitung der aufsichtsrechtlichen Maßnahmen, der Beteiligung der Länder sowie neue Verfahren und Institutionen beinhalten. Erneut soll die vertragszahnärztliche Versorgung in Maßnahmen einbezogen werden, die allein auf die Behebung von Defiziten in der ärztlichen Versorgung abzielen, obwohl eine vergleichbare Problemlage – die Stichworte Ärztemangel und sektorenübergreifende Versorgung seien genannt – in der Zahnmedizin gar nicht besteht. Wenn aber die gesetzlichen Rahmenbedingungen sich nicht an der realen Versorgungssituation orientieren, fehlen der zahnärztlichen Selbstverwaltung die Entscheidungsmöglichkeiten, die sie braucht, um ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen.



> Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses

Das Risiko einer fortgesetzten „Majorisierung“ des vergleichsweise kleinen zahnärztlichen Versorgungssektors zeigt sich auch und gerade im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die im Jahr 2008 eingeführte neue sektorenübergreifende Struktur hat sich in dieser Hinsicht nicht bewährt. Beispielsweise hat der Unterausschuss „Veranstaltete Leistungen“ die Zuständigkeit zur Regelung von Transporten immobiler Patienten in die Zahnarztpraxis beansprucht, obwohl die KZBV in diesem Unterausschuss gar nicht vertreten ist. Die neue Heilmittel-Richtlinie wurde ohne Beteiligung der KZBV an den Beratungen verabschiedet. Anschließend musste das Bundesgesundheitsministerium eingreifen und eine Klarstellung verlangen, dass die Richtlinie nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt.

Die KZBV hat daher gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Positionspapier erarbeitet, das eine Revision der Entscheidungsstrukturen des G-BA fordert. Es wird für die Rückkehr zu einer sektoralen Entscheidungsfindung plädiert, da sektorenübergreifende Fragen keine nennenswerte Bedeutung für die vertragszahnärztliche Versorgung haben.

Der Gesetzgeber ist dieser Forderung mit dem Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes zumindest in Ansätzen nachgekommen. Wenn ein Beschluss des G-BA nur einen oder zwei der Leistungssektoren betrifft, dann sollen die Vertreter der nicht betroffenen Sektoren zukünftig ihre Stimmrechte auf die Vertreter der betroffenen Sektoren übertragen. Im Grundsatz wird damit eine versorgungsspezifische Beschlussfassung möglich, wo sektorenübergreifende Auswirkungen nicht zu erwarten sind. Allerdings wären hier noch weitere gesetzgeberische Klarstellungen nötig: U. a. müsste gewährleistet werden, dass Richtlinien des G-BA nur in den Sektoren gelten, deren Vertreter an ihrer Verabschiedung mitgewirkt haben.

Grundsätzlich positiv ist auch, dass die Wahl der Unparteiischen im G-BA neu geregelt werden soll. Benannt werden sollen die Unparteiischen nicht mehr unmittelbar durch die Trägerorganisationen des G-BA. Sie sollen nur ein Vorschlagsrecht gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium haben. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages soll den Vorschlägen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder widersprechen können. Dann muss dem Ministerium ein neuer Vorschlag unterbreitet werden. Widerspricht der Gesundheitsausschuss erneut, soll die Berufung durch das BMG erfolgen.

Nach Ansicht der KZBV verbessert dieses Verfahren die demokratische Legitimation der Unparteiischen und damit des gesamten G-BA.

Problematisch sind indes die Bedingungen, die an die Kandidaten gestellt werden: Sie würden in der Konsequenz bedeuten, dass die KZBV niemanden vorschlagen kann, der in den zurückliegenden drei Jahren als Vertragszahnarzt praktiziert hat oder in der KZBV bzw. einer ihrer Mitgliedsorganisationen beschäftigt war. Dies würde zu einer nicht gerechtfertigten Beschränkung des potentiellen Kreises von Unparteiischen führen. Gerade solche Personen, die über die nötigen praktischen Sachkenntnisse verfügen und noch nicht das Rentenalter erreicht haben, würden ausgeschlossen. Wenig zweckdienlich ist in diesem Zusammenhang auch der Ausschluss einer Wiederwahl nach der auf sechs Jahre verlängerten Amtszeit. Ohne Grund wird die erneute Benennung von Persönlichkeiten verhindert, die in der Vergangenheit unparteiisch und fachlich qualifiziert im G-BA tätig gewesen sind.

> Schiedsstelle im Basistarif

Der Gesetzgeber hat vor einigen Jahren alle privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, Privatversicherten einen sogenannten Basistarif anzubieten,

der nach Art, Umfang und Höhe die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen muss. Die Beitragshöhe ist auf den geltenden Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt, das zahnärztliche Honorar wird knapp unterhalb des GKV-Niveaus (beim maximal 2,0-fachen GOZ-Satz) eingefroren. Trotz gesetzlicher Verpflichtung hat der PKV-Verband bis heute keine klare Abgrenzung getroffen, welche zahnmedizinischen Leistungen genau der Basistarif umfasst. Versicherte und Zahnärzte bleiben im Ungewissen, welche Leistungen vom Versicherungsunternehmen erstattet werden und damit der Honorarbegrenzung unterliegen. Angesichts hoher Kosten und geringen Leistungsumfangs haben sich bislang nur wenige Versicherte für den Basistarif entschieden, deren zahnmedizinische Betreuung die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sicherstellen.

Obwohl der Tarif für die privaten Krankenversicherer schon wegen der niedrigen Versicherungszahlen keine nennenswerte wirtschaftliche Belastung bedeutet, streben sie die weitere Absenkung der zahnärztlichen Honorare noch unter die gesetzlich geregelten Steigerungssätze an. Dazu wollen sie

die Schiedsstelle einschalten, die der Gesetzgeber für Konfliktfälle zum Basistarif ebenfalls im Sozialgesetzbuch V verankert hat. Auffallend ist, dass diese Schiedsstelle anders besetzt ist als vergleichbare Schiedsämter im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Üblicherweise setzen sich Schiedsinstanzen aus neutralen Mitgliedern und einer jeweils gleichen Zahl von Vertretern der Vertragspartner bzw. Konfliktparteien zusammen. In der Schiedsstelle für den Basistarif sind allerdings zusätzlich je ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesfinanzministeriums mit vollem Stimmrecht vorgesehen. Die Ministerien aber haben wirtschaftliche Interessen, die den Intentionen der privaten Krankenversicherung zu Gute kommen. Beispielsweise wollen sie die Ausgaben begrenzen, die dem Staat als Arbeitgeber für beihilfeberechtigte, privat versicherte Bedienstete entstehen. Das Abstimmungsverhalten ihrer Vertreter ist somit vorgezeichnet. Die Schiedsstelle bietet aus zahnärztlicher Sicht also keine Chancengleichheit.

KZBV und Bundeszahnärztekammer haben deshalb gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundes-

ärztekammer im vergangenen Jahr ein verfassungsrechtliches Gutachten zur disparitätischen Besetzung der Schiedsstelle in Auftrag gegeben. Erarbeitet wurde es von Winfried Kluth, einem renommierten Verfassungsrechtler der Universität Halle-Wittenberg. Das Gutachten wurde im November 2010 Politik und Öffentlichkeit vorgestellt. Es kommt zu einem eindeutigen Ergebnis: Die Besetzung der Schiedsstelle ist als „willkürliche gesetzgeberische Entscheidung zu sehen, die gegen das Rechtsstaatsprinzip verstößt und somit nichtig ist“. Durch die Hinzufügung von Vertretern zweier Ministerien werde, so das Fazit des Gutachtens, „eine für Schiedsstellen atypische Organisationsstruktur geschaffen, die die demokratische Legitimation und die Funktionsgerechtigkeit der Schiedsstelle in Frage stellt bzw. aufhebt“.

Ärzte- und Zahnärzteschaft sehen sich damit in ihrer kritischen Haltung zu den Basistarif-Regelungen voll bestätigt und haben den Gesetzgeber aufgefordert, die Schiedsstelle für den Basistarif paritätisch zu besetzen.



Gestalten

Dialog mit der Politik

Politische Überzeugungsarbeit braucht Kontinuität. Sie kann sich nicht in der gelegentlichen Teilnahme an Anhörungen zu einem Gesetzgebungsverfahren erschöpfen. Wer die Strukturen im Gesundheitswesen mitgestalten will, braucht den dauerhaften Kontakt zur Politik. Wichtigste Plattform für die Interessenvertretung der KZBV gegenüber Bundesregierung, Parlament und Parteien ist die Berliner Vertretung der KZBV in unmittelbarer Nachbarschaft von Reichstag und Bundeskanzleramt.

Die Vertretung informiert im ständigen Austausch mit den Ministerien, den Abgeordneten, Fraktionen und dem Bundesrat über Entwicklungen und Entscheidungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Durch dauerhafte und intensive Kontakte lassen sich die Argumente und Anliegen der Vertragszahnärzte Deutschlands in Gesetzgebungsverfahren einbringen und verankern, bisweilen auch schwerwiegende Probleme für den Berufsstand abwenden. Im zurückliegenden Jahr war der Politik-

Dialog von den zentralen Reformthemen der Zahnärzteschaft geprägt: die Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems bzw. die Anhebung der vertragszahnärztlichen Honorare in den neuen Bundesländern und die Abschaffung der Budgetierung, die Zukunft der privaten Gebührenordnung, die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung sowie die Reform des G-BA und das Ziel eines eigenen zahnärztlichen Leistungsbereiches im Sozialgesetzbuch V.

Nachdem die wesentlichen zahnärztlichen Reformpunkte im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundesregierung aufgenommen und damit auf die gesundheitspolitische Agenda gesetzt waren, war die nächste entscheidende Frage, welche dieser Punkte wann und in welcher Form gesetzgeberisch umgesetzt werden. Im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes, das in der zweiten Jahreshälfte 2010 erarbeitet wurde, gelang eine partielle Anpassung der Honorare im Osten. Die Hoffnung, in

diesem Gesetzgebungsverfahren auch erste Schritte zur Entbudgetierung fixieren zu können, erfüllte sich zwar nicht. Aber eine Regelung der Budgetproblematik wurde für 2011 in Aussicht gestellt. Im Frühsommer 2011 wurde der Entwurf des GKV-Versorgungsgesetzes vorgelegt, in dem entscheidende Fortschritte in Richtung einer Flexibilisierung der starren Budgets im zahnärztlichen Bereich in Aussicht gestellt wurden.

Ein zukunftsorientierter politischer Diskurs darf sich indes nicht nur auf aktuelle Gesetzgebungsfragen beschränken. Daher veranstaltet die KZBV auch regelmäßig ein Forum zur Diskussion langfristiger Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Auswirkungen für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die jüngste Veranstaltung dieser Art fand am 8. Juni im Vorfeld der Vertreterversammlung der KZBV statt und hatte die Entwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland zum Gegenstand. Vertreter der Wis-



AUF DEM DISKUSSIONSFORUM AM 8. JUNI 2011 IN HAMBURG: (V.L.N.R.) DR. GÜNTHER E. BUCHHOLZ, DR. JÜRGEN FEDDERWITZ UND DR. WOLFGANG EßER

senschaft, der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung sowie des Bundesgesundheitsministeriums debattierten mit dem Vorstand der KZBV vor über 200 Gästen in Hamburg über „GKV und PKV zwischen Konvergenz und Konkurrenz“. Alle beteiligten Akteure stellten übereinstimmend eine sukzessive Annäherung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung fest. Auseinander gingen die Meinungen indes hinsichtlich des Endpunktes dieser Entwicklung. Während auf der einen Seite das Szenario einer Einheitsversicherung entworfen wurde, gab es auf der anderen Seite die Einschätzung, dass PKV und GKV zwar mehr und mehr kooperieren, aber dennoch langfristig unterscheidbar bleiben werden. Klar wurde, dass es aus zahnärztlicher Sicht in einen

wie im anderen Szenario vor allem um eines geht: die Bewahrung bzw. Gewährung von Freiräumen, die für eine moderne und individuell ausdifferenzierte zahnmedizinische Versorgung auch jenseits eines solidarisch finanzierten Grundleistungskataloges notwendig sind.

Neben Fachveranstaltungen dienen auch soziale Ereignisse der Pflege und dem Ausbau der politischen Kontakte. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer veranstaltete die KZBV im Januar einen Neujahrsempfang und im April ein Frühjahrsfest. Ersterer fand wie stets unter Federführung der Kammer, letzteres unter der Ägide der KZBV statt. Das Frühjahrsfest ist längst eine feste Größe im hauptstädtischen Veranstaltungskalender. Die Zahl der Anmel-

dungen übersteigt regelmäßig die Kapazitäten des Veranstaltungsortes. Auch beim diesjährigen Event, der am 12. April traditionell auf dem Dach des Reichstages ausgerichtet wurde, nutzten zahlreiche Gäste aus Politik, Selbstverwaltung und Berufsstand die Gelegenheit zum informellen Austausch. Zu Gast war unter anderen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr; zu diesem Zeitpunkt noch in seiner Funktion als parlamentarischer Staatssekretär.





Innerzahnärztliche Kooperation

Die KZBV ist Dachverband der siebzehn Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern und repräsentiert mittlerweile über 59.000 vertragszahnärztlich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte. Sie braucht Unterstützung und Legitimation durch ihre Mitgliedsorganisationen, um als Sachwalter zahnärztlicher Interessen in Politik und Selbstverwaltung erfolgreich sein zu können. Politische Grundsatzentscheidungen werden daher in der Vertreterversammlung diskutiert und mandatiert, die sich unter anderem aus den Spitzen der KZVen zusammensetzt und höchstes parlamentarisches Gremium der KZBV ist. Sie tagte turnusmäßig im November 2010 in Frankfurt und im Juni 2011 in Hamburg.

Eine weitere Vertreterversammlung zur Wahl des dreiköpfigen Vorstandes der KZBV fand am 18. und 19. März 2011 in Berlin statt. Die Delegierten bestätigten das bisherige Vorstandstrio für eine weitere Amtszeit von sechs Jahren. Jürgen Fedderwitz wurde erneut zum Vorstandsvorsitzenden gewählt. Geplant ist, dass er den Vorsitz nach der Hälfte der Legislaturperiode, also spätestens Ende 2013, an seinen Stellvertreter Wolfgang Eßer abgibt. Günther E. Buchholz bleibt stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes.

In der Zeit zwischen den Vertreterversammlungen ist der aus den ersten Vorsitzenden aller KZVen bestehende Beirat das wichtigste Gremium zur Konsultation und Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene. Er kam im Geschäftsjahr insgesamt

sieben Mal zusammen. Die fachliche Zusammenarbeit für den Beirat kommt meist aus Facharbeitsgruppen, die aufgabenspezifisch eingerichtet werden und vor allem Fragen aus dem Bereich Vertragsmanagement bearbeiten.

Eine enge Abstimmung über Jours fixes findet auch zwischen der KZBV und ihrer Schwesterorganisation, der Bundeszahnärztekammer, statt. Sie ist von vitaler Bedeutung, damit der zahnärztliche Berufsstand bei entscheidenden Projekten wie zum Beispiel der Zukunft der privaten Gebührenordnung mit einer Stimme spricht.

› Das internationale Umfeld

Die Abstimmung zahnärztlicher Interessenpolitik geht längst über den nationalen Rahmen hinaus. Die Internationalisierung der Gesundheitsmärkte und die fortschreitende Regulationsdichte auf europäischer Ebene verlangen auch nach einer grenzüberschreitenden Organisation. KZBV und Bundeszahnärztekammer koordinieren ihre Aktivitäten in internationalen Organisationen.

Auf globaler Ebene ist der zahnärztliche Berufsstand in der Fédération Dentaire Internationale (FDI) organisiert. Ihr Jahresweltkongress, der von einer Dentalmesse begleitet wird, fand vom 2. - 5. September 2010 im brasilianischen Salvador da Bahia statt. Die deutsche Delegation hat dort eine kritische Diskussion angestoßen:

Probleme in der Spitze der FDI und das finanzielle Verlustgeschäft durch den Kongress machten eine Debatte notwendig. Die Industrie fordert eine strategische Neuausrichtung, weil andere internationale Dentalkongresse deutlich mehr Besucher anziehen. Ein Task-Team aus Vertretern der zahnärztlichen Praxis, der Wissenschaft und der Dentalindustrie soll nun kritisch prüfen, wie die Einnahmesituation der FDI und Partnerschaften mit der Industrie verbessert werden können. Genf wurde als Ort für den FDI-Kongress 2012 verworfen, da ein neuerliches Defizit befürchtet wurde.

Die FDI hat eine globale Anti-Karies-Initiative gestartet. Sie arbeitet dabei eng mit der International Association for Dental Research (IADR) und der International Federation of Dental Educators and Associations (IFDEA) zusammen. Angestrebt wird eine breite Allianz von Multiplikatoren und Entscheidungsträgern aus Forschung, Bildung, Praxis, öffentlichem Gesundheitswesen und Industrie, die zum gemeinsamen Ziel beitragen soll: ein Wandel in den Gesundheitssystemen und im individuellen Verhalten, mit dem die hochgesteckten Präventionsziele der WHO bis 2020 erreicht werden können.

Der Mundgesundheitsatlas der FDI, der in Buchform bereits seit 2009 zur Verfügung steht, wurde jetzt in eine interaktive Internetplattform, dem „Data Mirror“, umgewandelt. Fokus der Veröffentlichung ist die Mundgesundheit als vernachlässigter Aspekt der Allgemeingesundheit. Vorgestellt

wurde auch die erste Phase einer elektronischen Kommunikationsplattform der FDI. Sie soll den weltweiten Informationsaustausch erleichtern.

Das United Nations Environmental Programm (UNEP) arbeitet an einem Papier für ein verbindliches weltweites Abkommen zum Einsatz von Quecksilber. Das Wissenschaftskomitee der FDI hat dazu eine Präambel erarbeitet, die der Weltkongress mit überwältigender Mehrheit angenommen hat. Darin wird die Sicherheit von Amalgam als Füllungsmaterial erneut bestätigt.

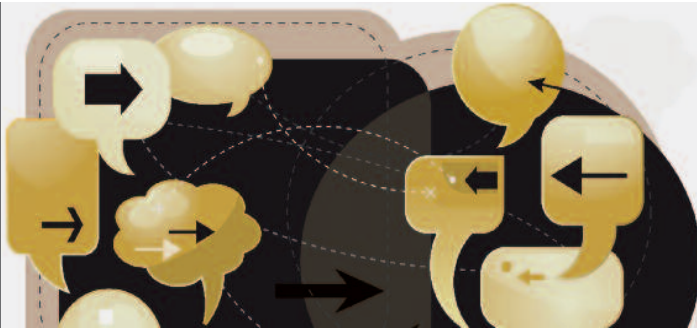
Im Zuge des Weltkongresses tagte auch die Europäische Regionale Organisation der FDI (ERO). Einstimmig verabschiedete sie ein Statement über „Selektivverträge staatlicher und privater Krankenversicherungen in der zahnärztlichen Versorgung in den Mitgliedsländern“. Das Statement war unter deutscher Leitung von der Arbeitsgruppe der ERO für freie zahnärztliche Berufsausübung erarbeitet worden. Es zeigt die negativen Wirkungen von Selektivverträgen auf und bestätigt freie Arztwahl sowie Therapiefreiheit als Grundlage einer freiberuflichen zahnärztlichen Berufsausübung.

Verabschiedet wurde auch eine Stellungnahme, in der eine Grundausbildung für zahnmedizinische Fachangestellte (Dental Chairside Assistants) auf gemeinsamem europäischem Niveau beschrieben wird. Es gibt eine große Varianz in den Ausbildungsanforderungen zwischen den europäischen Ländern. Das Ausbildungsprofil soll dazu dienen, den Beruf an den Europäischen Qualifikationsrahmen anzupassen, der 2012 eingeführt werden soll.

Neu geschaffen wurde eine Arbeitsgruppe Integration, die sich unter deutscher Beteiligung mit der Schaffung von zahnärztlichen Ausbildungsstandards auf europäischem Niveau und der Annäherung der Nachfolgestaaten der Sowjetunion an die europäischen Staaten befassen wird.

Innerhalb der Europäischen Union werden die Interessen der Zahnärzteschaft vom

Council of European Dentists (CED) vertreten. Der CED hat sich auf die Gründung einer neuen Arbeitsgruppe geeinigt, die europaweite Richtlinien zu unterschiedlichen Bereichen der allgemeinen Mundgesundheit vorlegen soll: Prävention und Gesundheitsförderung, Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung, Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebserkrankungen, gesundheitliche Ungleichheiten, Kinder und alternde Bevölkerung. Auf seiner Vollversammlung Ende Mai 2011 in Budapest forderte der CED eine bessere Einbindung der Mundgesundheit in Fragen der Allgemeingesundheit und ein ganzheitliches Konzept für gemeinsame Risikofaktoren. Stark macht sich die CED auch für Änderungen an den europäischen Richtlinien über Medizinprodukte. Sie sollen die Patientensicherheit verbessern und die Qualität der auf dem EU-Markt verfügbaren Medizinprodukte zum Ziel haben.



Kommunizieren

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

„Schlechte Nachrichten kommen in Holz pantinen, gute auf Strümpfen.“ So lautet ein walisisches Sprichwort. Es mag etwas angejährt klingen, trifft aber eine elementare Feststellung, die für die Kommunikation in modernen Mediengesellschaften noch immer gilt. Vor allem Probleme und Konflikte sind der Brennstoff, der das Nachrichtengeschäft antreibt. Auch und gerade für Akteure im Gesundheitswesen, die im ständigen Konflikt um die Ressourcen eines tendenziell überlasteten Systems miteinander stehen, ist diese Erfahrung nicht neu. Sie sind in der Regel weitaus häufiger Objekt kritischer oder gar krisenhafter Berichterstattung als Gegenstand wohlwollender Kommentierung. Das erfordert einen professionellen Umgang mit Medienvertretern, in dem Transparenz, die Lieferung belastbarer Fakten und ein sach-

licher Dialog ohne Befindlichkeiten der Goldstandard sind.

Kommunikation ist in solchen kritischen Umgebungen eine wichtige strategische Management-Funktion. Sie kann eine konsistente Strategie mit politischer Durchschlagskraft nicht ersetzen, aber sie kann sie unterstützen. Medienpräsenz ist also kein Wert an sich, sondern Adjuvans politischer Überzeugungsarbeit, wenn öffentliche Wahrnehmung hilfreich, notwendig oder unvermeidbar ist.

> Medien

Mehr als in allen anderen Fragen war diese Unterstützungsfunktion der Pressearbeit im zurückliegenden Jahr an einem Punkt gefragt: bei der Auseinandersetzung um

die Abschaffung der strikten Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Oktober 2010 haben die KZBV und ihre Mitgliedsorganisationen nach Jahren verborgener Überzeugungsversuche Richtung Gesetzgeber beschlossen, die negativen Folgen erschöpfter Budgets für die Patientenversorgung öffentlich anzuprangern – eine Entscheidung dafür, selbst als Absender einer „schlechten Nachricht in Holz pantinen“ zu agieren und damit einen medial ausgetragenen Konflikt einzugehen, um der Forderung nach einem Ende der Budgets Nachdruck zu verleihen.

Das Medienecho war enorm und wie erwartet auch von kritischen Reaktionen der Krankenkassen und der Politik begleitet. Aber das übergeordnete Ziel, die Problematik der Budgetierung in den Blickwinkel



ARD MORGENMAGAZIN AM 11. NOVEMBER 2010

der breiten Öffentlichkeit zu rücken und dabei die zahnärztlichen Positionen zu transportieren, war schon nach wenigen Tagen erreicht. Quantitativ war die Medienresonanz mit über 400 Zeitungs- bzw. Zeitschriftenartikeln, mehr als 40 TV- und Hörfunkbeiträgen sowie zahllosen Meldungen im Internet die umfangreichste, die die KZBV seit Beginn der systematischen Presseauswertung vor über zehn Jahren jemals zu einem Einzelthema erzielt hat. Das Budgetthema hat damit wesentlichen Anteil an der Gesamtmedienresonanz der KZBV im Jahr 2010, die mit 275 Mio. Kontakten allein in den Bereichen Print und Online eine neue Höchstmarke erreicht hat.

Doch Pressearbeit ist auch Tagesgeschäft, ist auch kontinuierliche Medienbeobachtung und direkter Austausch mit Journa-

listen über weitere Themen, die die Zahnärzteschaft beschäftigen. Beispielsweise wurde das Ergebnis des Gutachtens zur Rechtmäßigkeit der Schiedsstelle im Basis-tarif auf der gemeinsamen Pressekonferenz der Berufsorganisationen im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages im November 2010 in Frankfurt am Main vorgestellt.

Zukünftig sollen Profil und politische Positionen der KZBV als Interessenvertretung auch auf der Internetseite stärker sichtbar sein. Der Relaunch der Website wird im Herbst 2011 abgeschlossen. Über ein neues Content-Management-System sind Informationen, die für Journalisten von Interesse sein können, dann von jedem Ort aus in kürzester Zeit auf der Website abbildbar. Dienstleistungen für Medien und Zahnärzteschaft wie z. B. ein Live-Ticker von

wichtigen Veranstaltungen, wie er im Zuge der Vorstandswahlen im März 2011 erstmals angeboten wurde, werden dann einfacher umsetzbar sein.

> Zahnärzte

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit steht in einem Dachverband wie der KZBV stets im Spannungsfeld zwischen den Erfordernissen der externen Kommunikation und der internen Kommunikation, die die Informationsbedürfnisse, Beteiligungsrechte und Legitimationsfunktion der Mitglieder im Blick haben muss. Die KZBV tauscht sich daher in wichtigen Fragen der öffentlichen Darstellung mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus. Sie liefert Faktenpapiere und Sprachregelungen für Presseaktivitäten zu wichtigen Themen



PRESEKONFERENZ AUF DEM DEUTSCHEN ZAHNÄRZTETAG AM 12. NOVEMBER 2010



wie der Entbudgetierung oder der Zukunft der GOZ. Halbjährlich finden sich die Verantwortlichen für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern von Bundes- und Landesebene zu Koordinierungskonferenzen zusammen. Die letzte Veranstaltung unter der Ägide der KZBV fand im Februar 2011 in Münster statt. Unter dem Titel „Vom Bleisatz zu Crossmedia“ befasste sie sich mit der Zukunft der zahnärztlichen Zeitschriften im transmedialen Zeitalter und der Frage, welche Synergien zwischen den Blättern geschaffen werden können.

Darüber hinaus war und ist es Aufgabe der KZBV, auch Fachinformationen für Zahnärzte praxisingerecht aufzubereiten, zu produzieren und zu distribuieren.

Beispielsweise wurde gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer ein Datenschutz- und Datensicherheitsleitfaden für die Praxis-EDV aufgelegt, der auch auf der Website der KZBV zum Download bereitsteht. Darüber hinaus wird für die kontinuierliche Aktualisierung von Materialien gesorgt, beispielsweise zur Umsetzung des Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz: Zum Jahreswechsel 2010/2011 stand ein Update der Digitalen Planungshilfe (DPF) zur Verfügung, mit der individuelle Befunde und Therapien für Zahnersatz visualisiert und die anzusetzenden Festzuschüsse per Mausklick ermittelt werden können. Eine Neuauflage gab es zum Jahreswechsel auch von der Abrechnungshilfe zum Festzuschusssystem, die an alle Zahnarztpraxen ging.

Wo immer möglich sucht die KZBV auch den direkten Kontakt zu Zahnärzten und Praxisteams, um Feedback und Anregungen zu ihrer Arbeit zu erhalten. Ein Eckpfeiler dieser Direktkommunikation ist die zweijährlich in Köln stattfindende Internationale Dental-Schau (IDS). Auch im März 2011 war die KZBV mit Gesprächs- und Beratungsangeboten auf einem gemeinsamen Messestand mit anderen Zahnärzteorganisationen präsent.

> Patienten

Die KZBV will die partnerschaftliche Kommunikation zwischen Patient und Zahnarzt bzw. Praxisteam stärken. Ein gutes Informationsangebot für Patienten über die Vorhütung und Entstehung von Erkrankungen sowie unterschiedliche Therapieoptionen



DATENSCHUTZ-LEITFADEN

und die Leistungen ihrer Krankenkasse hilft dabei. Daher baut die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit seit mehreren Jahren sukzessive eine modular aufgebaute Reihe von wissenschaftlich abgesicherten Patienteninformationen auf. Nach Veröffentlichungen zur Füllungstherapie und zur Parodontitis ist im Frühjahr 2011 die Broschüre „Gesunde Zähne für Ihr Kind“ erschienen. Sie beschreibt von der Gebissentwicklung und den Gefahren für das Milchgebiss über die richtige Ernährung bis hin zur häuslichen Mundpflege und zahnärztlichen Vorsorge alles Wesentliche, was Eltern wissen müssen, um die Zähne ihrer Kinder gesund

zu erhalten. Die Broschüre ist nicht nur in deutscher, sondern auch in türkischer und russischer Sprache erhältlich. Die fremdsprachlichen Ausgaben sollen helfen, die Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund zu erreichen, die statistisch betrachtet ein deutlich erhöhtes Kariesrisiko haben.

Jenseits der klassischen Printmedien, die vor allem in den Praxen zum Einsatz kommen, ist für Patienten längst das Internet zur zentralen Informationsplattform in Gesundheitsfragen geworden. Im Zuge der Überarbeitung des Internetauftritts wer-

den daher auch die Patientenseiten auf www.kzbv.de umgestaltet und ausgebaut. Seit dem Frühjahr 2011 werden außerdem die technischen und rechtlichen Möglichkeiten geprüft, eine bundesweite Zahnarzt-suche für internetfähige mobile Endgeräte anzubieten. Patienten bietet eine solche „App“ die Möglichkeit, über ihr Smartphone in Sekundenschnelle die nächsten Zahnarztpraxen in der unmittelbaren Umgebung ihres Aufenthaltsortes zu finden.

4

» Gesunde Zähne
für Ihr Kind



PATIENTEN-INFORMATION » KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG **KZBV**

4

» Çocuğunuz için
sağlıklı dişler



HASTA BİLGİLENDİRME » KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG **KZBV**

4

» Здоровые зубы
для Вашего ребенка



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ » ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СОЮЗ КАССОВЫХ ВРАЧЕЙ **KZBV**



Die zm

Im Sommer 2010 sind die Zahnärztlichen Mitteilungen 100 Jahre alt geworden. Mit einem Schwerpunktheft zum Jubiläum (zm 13/10) haben sie die Entwicklung der Zahnmedizin und ihrer Berufspolitik thematisiert, zugleich aber einen Blick hinter die Kulissen der redaktionellen Arbeit und auf die Zukunft der Zeitschrift erlaubt. Ergänzt wurde dieser Rück- und Ausblick durch eine Festveranstaltung Ende Oktober in Berlin. Ausgesuchte Fachleute haben im Rahmen einer Podiumsdiskussion Gefahren und Chancen im Umgang mit neuen Medien diskutiert. Ihre Vorbereitungen zum eigenen „Aufbruch in die Cross-Media-Zukunft“, so der Titel der Fachdiskussion, haben die zm im zurückliegenden Jahr weiter vorangetrieben. Die sukzessive Anpassung hin zu einem intelligent nutzbaren, auf die jeweiligen Bedürfnisse der Zahnärzteschaft ausgerichteten Multi-Mediabetrieb soll die zm befähigen, ihre Position als Marktführer in der Branche in den kommenden Jahren zu halten und auszubauen. Dabei werden die technischen

Möglichkeiten, insbesondere die Schnelligkeit, Aktualität und das Zusammenspiel zwischen webbasierten audio-visuellen Medien und herkömmlicher Printform ganz neue Herausforderungen an Herausgeber-schaft und Redaktion stellen.

> Berufspolitik

Aufgabe der zm ist es, die Arbeit der Herausgeber-Organisationen darzustellen und zu begründen. Durch umfangreiche Information soll die zahnärztliche Leserschaft an der berufsständischen und gesundheitspolitischen Diskussion teilhaben können. Schwerpunktthemen des zurückliegenden Jahres waren die Novellierung der GOZ (zm 14, 19, 23 und 24/10 sowie 5, 7, 8, 9, 10 und 11/11) sowie die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und das GKV-Finanzierungsgesetz (zm 13, 18 und 19/10 sowie 7/11) sowie das GKV-Versorgungsgesetz (zm 4 und 6/11). Gegenstand der Berichterstattung waren auch die Musterberufsordnung (zm 14/11),

Krankenversicherungsinsolvenzen und -fusionen (zm 14 und 15/10 sowie 6 und 10/11), der Deutsche Zahnärztetag (zm 14, 21 und 23/10), das zahnärztliche Berufsbild (zm 15/10). Aber auch Fragen zur Qualitätssicherung (zm 16 und 18/10 sowie 1/11) und zur Entwicklung der privaten Krankenversicherung (zm 17 und 19/10 sowie 1/11) hat die zm-Redaktion aufgenommen.

Darüber hinaus befassten sich die zm mit der Kostenerstattung (zm 20 und 21/10), der wachsenden Bedeutung des Gemeinsamen Bundesausschusses (zm 20/10 sowie 9 und 10/11), dem zahnärztlichen Konzept zur Verbesserung der Versorgung von alten und behinderten Menschen (zm 22/10 und 6/11), aber auch mit der Entwicklung der Patientenberatung und dem Patientenrechtegesetz (zm 24/10 sowie 3, 4 und 8/11) sowie der Elektronischen Gesundheitskarte (u.a. zm 5/11).



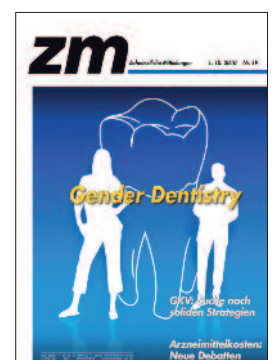
13/2010



16/2010



18/2010



19/2010

> Zahnmedizin/Medizin/Wissenschaft

Themen aus Wissenschaft und Forschung sind wesentlicher Heftbestandteil der zm. Titelstories wie die zur „Nanomedizin“ (zm 21/10) gaben Einblick in technisch noch sehr junge Sachgebiete. Als Vorbereitung zum Deutschen Zahnärztetag publizierten die zm eine Titelgeschichte zum Thema „Wie Zellen kommunizieren“ (zm 18/10). Über die „Interaktive Fortbildung“ konnten Zahnärzte im Geschäftsjahr bis zu 48 anerkannte Fortbildungspunkte erwerben. Medizinisches Wissen verständlich zu formulieren und auf aktuellem Stand zu präsentieren ist nach wie vor Ziel der Rubrik „Repetitorium“, die im Frühherbst 2011 ihren 200. Beitrag erreichen wird. Kommentiert und ergänzt werden diese Themen durch Statements eines Autorenteam mit oralchirurgischem sowie kieferchirurgischem Hintergrund. Für die zm sind Themen, die den Blick über den alltagspraktischen Tellerrand ermöglichen, die Kür der journalistischen Arbeit.

„Randthemen“ werden bewusst zur Diskussion gestellt. So informierte die Titelgeschichte „Die etwas andere Medizin“ (zm 17/10) wertneutral über aktuelle Methoden sogenannter alternativer Medizin.

> Praxismanagement

Die zm bieten ihren Lesern alle zwei Wochen Beiträge aus den Bereichen Finanzen, Praxismanagement und Recht. Ausgangspunkt für die Themenwahl ist die Frage, was für Zahnärzte in der täglichen Ausübung ihres Berufes hilfreich oder von Bedeutung ist. Spezialisten aus den betreffenden Berufsfeldern, etwa Unternehmensberater, Finanzexperten, Juristen oder auch journalistisch tätige Zahnärzte, die kompetente und seriöse Beiträge bieten, werden als Autoren in die redaktionelle Arbeit einbezogen. Mit Artikeln zur Wirtschaftlichkeit von Praxen sollen Wissenslücken geschlossen werden – so etwa zur „Wirtschaftlichkeit von Prophylaxe“ oder zum „Qualitätsmana-

gement“ (u. a. zm 19/10). Gerade vor dem Hintergrund des wachsenden externen Drucks in Richtung Ökonomisierung des zahnärztlichen Berufes bleibt aber das ärztliche Credo, Menschen helfen zu wollen, bei dieser Rubrik im Zentrum der Betrachtung. Faktenbasierte ökonomische Themen wechseln mit weichen Sujets wie Mobbing (zm 11/10) oder Selbstmanagement (zm 20/10) ab.

> zm-Leserservice

Der Leserservice ist unverzichtbares Element des zm-Konzeptes. Einerseits sorgt er dafür, die Attraktivität des Blattes für den Leser zu steigern und die Leser-Blatt-Bindung zu intensivieren. Andererseits ist er wichtiges Transmissionsinstrument, zentrale politische Anliegen und Botschaften der Herausgeber an die Zielgruppe weiterzugeben. Die Abfrage zusätzlicher Informationen wie Unterlagen oder Literaturlisten erfreut sich großer Beliebtheit. Während auch in jüngerer Vergangen-



21/2010



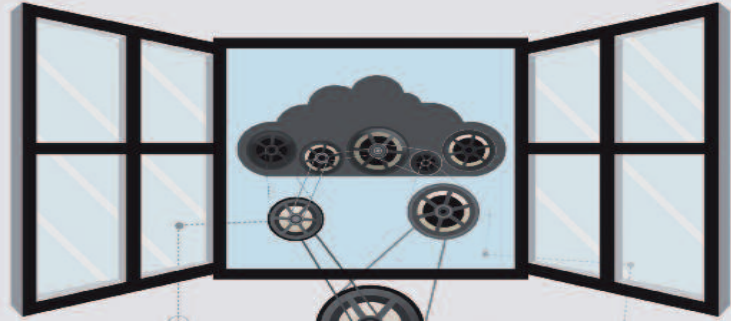
23/2010



24/2010



01/2011



heit die Bestellwege per Kupon, Fax oder Mail noch intensiv genutzt wurden, werden die Service-Unterlagen inzwischen fast ausschließlich auf elektronischem Wege, also direkt aus dem Internet über www.zm-online.de abgeholt. Das Nutzungsverhalten hat sich eindeutig weg von Print und hin zu Online bewegt. Zwischen Mai 2010 und April 2011 haben zm-Leser insgesamt fast 22.000 Mal Leserservice-Unterlagen heruntergeladen.

Grundsätzlich gilt für das Service-Angebot: Je konkreter der Nutzen für den Zahnarzt, desto mehr wird nachgefragt. Vorrangig greift die Leserschaft auf zahnärztlich-fachliche Informationen und speziell zugeschnittene Lifestyle-Themen zurück.

Es folgen Themen aus dem Bereich der Praxisführung, Ratgeber-Infos, Stellungnahmen und Hintergründe zu politischen Diskussionen, Literaturlisten, aber auch Juristisches, Broschüren und Informationen zu Prophylaxe-Materialien. Zum Angebot der zm zählt auch der bundesweit wohl umfassendste Veranstaltungskalender, mit dessen Hilfe sich die Leser per Kupon direkt zu den Fortbildungsveranstaltungen von Kammern, KZVen und freien Anbietern anmelden können.

> Weitere Rubriken

Das Konzept der Redaktion, historische und kulturhistorische Themen rund um die Medizin und Zahnmedizin fachlich

fundiert, aber in magazinesk-unterhaltsamem Stil aufzubereiten, wird von den Lesern positiv aufgenommen. Zu den allgemeinbildenden Themen gehörten Berichte zum 100. Todestag von Florence Nightingale (zm 15/10) und Henri Dunant (zm 19/10). Eine Reihe über Zahnpflege quer durch die Jahrhunderte wurde mit einem Beitrag zur Situation im Mittelalter fortgeführt (zm 17/10). Ein für die Aufbereitung der berufspolitischen Geschichte bedeutender Schritt war die dreiteilige Reihe über Zahnärzte während der deutsch-deutschen Teilung und der Wiedervereinigung (zm 18, 21 und 24/10). Für Aufmerksamkeit in der Fachwelt sorgten darüber hinaus Schilderungen über die „Führerschule“ der Deutschen Ärzteschaft in Alt



02/2011



03/2011



04/2011



05/2011

Rehse (zm 5/11) und die wechselvolle Geschichte der Berliner Zahnkliniken (zm 8/11).

Ob es um die Patientenlogistik in Kliniken geht oder um EDV-gestützte Alltagshilfen, in der Rubrik „EDV und Technik“ erfährt der Leser, wie Telemedizin und e-Health in Forschung und Praxis eingesetzt werden. Dass das Web auch im Gesundheitswesen mittlerweile eine große Rolle spielt, zeigen beispielhafte Beiträge zu Gesundheitsportalen, Internetapotheken und zum „Medizinstudium 2.0“. Neben Techniktrends und neuen Technologien geht es allerdings in erster Linie um praxisrelevante Informationen zur Netz- und Computerwelt: Tipps zur Datensicherheit und zur Gestaltung

der eigenen Praxishomepage stehen genauso in den zm wie kritische Beiträge zum Basis-Rollout der neuen Lesegeräte für die elektronische Gesundheitskarte.

> „zm-online.de“

Der Webauftritt der zm verzeichnet weiterhin wachsende Zugriffe. Im August 2010 lag die Anzahl der Websitebesuche beispielsweise bei fast 140.000. Rund 3.000 Leser aus Zahnärzteschaft, Berufsstand, Industrie und Gesundheitswesen abonnieren inzwischen den dreimal wöchentlich erscheinenden zm-Newsletter und verschaffen sich so einen aktuellen Überblick über das gesundheits- und berufspolitische Geschehen sowie Neuheiten

in Medizin und Zahnmedizin. Nachrichten, die interaktive Fortbildung und das Online-Archiv sind nur einige der Angebote für die Nutzer. Kolumnen, Bildergalerien, der umfassende Veranstaltungskalender und der branchenweit größte Kleinanzeigenmarkt ergänzen den Service.



06/2011



07/2011



09/2011



11/2011



Vertragsgeschäft

Insolvenzen von Krankenkassen

Ein Kernbereich der Arbeit der KZBV ist die Verhandlung von Verträgen mit Krankenkassen und Heilfürsorgeträgern über Details der zahnmedizinischen Versorgung der Versicherten. Im zurückliegenden Geschäftsjahr gab es dabei eine neuartige Entwicklung: Mit der City BKK ging erstmalig eine Krankenkasse in die Insolvenz. Bei den Versicherten der betroffenen Kasse herrschte große Verunsicherung. Es galt

sicherzustellen, dass auch diejenigen, die bis zur Schließung der City BKK am 30. Juni 2011 noch nicht bei einer anderen Krankenkasse Mitglied waren, weiterhin zahnärztlich versorgt werden können. Die KZBV hat dazu eine Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband geschlossen. Die Vereinbarung zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung für Versicherte der City BKK mit ungeklärten Mitgliedschafts-

verhältnissen garantiert diesen Versicherten, dass sie auch im III. Quartal 2011 noch über die Krankenversichertenkarte der City BKK Leistungen in Anspruch nehmen können. Der GKV-Spitzenverband stellt sicher, dass der „City BKK in Abwicklung“ die Mittel zur Verfügung stehen, die Leistungen auch zu vergüten. Damit konnte eine lückenlose Versorgung der Patienten auf pragmatische Weise geregelt werden.

Elektronischer Datenaustausch

Entsprechend dem „Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung“ soll der Datenaustausch zwischen KZVen und Krankenkasse zum Jahresbeginn 2012 zur Gänze auf elektronischem Wege bzw. Datenträgern abgewickelt werden. KZBV und GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, auch den vorgelagerten Datenaustausch zwischen Vertragszahnarzt und KZV auf elektronischem Wege zu ermöglichen. Mit Ausnahme der konservierend-chirurgischen Leistungen erfolgt diese Abrechnung bisher auf bundesmantelvertraglich vereinbarten Abrechnungsvordrucken. Der Vertragszahnarzt hat sie zu verwenden, die KZV sie an die Krankenkassen zu liefern. Mit der ab Januar 2012

geltenden Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung wird es für den Zahnarzt möglich, die Abrechnungsdaten für alle Leistungsbereiche online oder mittels Datenträger an die KZV zu übermitteln. Die KZVen können Tempo und Verfahren der Umstellung selbst bestimmen.

Bei der Umstellung auf elektronischen Datenaustausch stellte sich auch die Frage, wie mit den Rechnungen zahntechnischer Labore verfahren werden soll. Bislang gelangen Material- und Laborkostenrechnungen von Fremdlaboren auf Papier in die Zahnarztpraxis. Zukünftig sollen sie den Kassen grundsätzlich auch in elektronischer Form übermitteln werden. Die

Rechnungen in der Zahnarztpraxis oder nachgelagert in der KZV in elektronische Daten umzuwandeln, würde aber zu einem erheblichen Erfassungsaufwand führen. Die KZBV hat deshalb zusammen mit dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) ein spezielles Datenformat entwickelt. Labore können ihre Daten damit parallel zur Papierrechnung in einheitlicher elektronischer Form an die Vertragszahnärzte übermitteln, die sie dann ohne weitere Umstellung an die KZV weitergeben können. Die Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung gilt für alle vertragszahnärztlichen Leistungen, die nach dem 31. Dezember 2011 erbracht und abgerechnet werden.

Regelungen zum Wohnortprinzip

Im Ersatzkassenbereich ist 2007 erfolgreich das Wohnortprinzip eingeführt worden. Es besagt, dass vertragliche Leistungen, die eine KZV mit einer Krankenkasse vereinbart, für alle Versicherten der Kasse gelten, die auf dem Gebiet dieser KZV ihren Wohnsitz haben. Der Sitz der Kasse ist dagegen unerheblich. Im zurückliegenden Geschäftsjahr haben die KZBV und der Verband der Ersatzkassen als Vertragspartner der Vereinbarung zur Sicherstellung der überbezirklichen zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen

Anpassungen durchgeführt, um verbliebene Probleme bei der Durchführung des Wohnortprinzips im Ersatzkassenbereich zu bereinigen. Sie betreffen vor allem die Rechnungslegung seitens der KZVen.

Während das Wohnortprinzip im Ersatzkassenbereich mittlerweile reibungslos funktioniert, fehlt es im Primärkassenbereich noch an einer Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips, die im Sozialgesetzbuch V vorgeschrieben ist. Notwendig ist auf Bundesebene nur eine

Rahmenvereinbarung, da die Kompetenz zur Verhandlung der Gesamtvergütung nach dem Wohnortprinzip auf regionaler Ebene bei den KZVen liegt. Die KZBV ist in Gesprächen mit dem AOK-Bundesverband und dem GKV-Spitzenverband, um die Regelung umzusetzen. Zur korrekten Neuberechnung der Gesamtvergütungen, die aufgrund der Einführung des Wohnortprinzips von allen KZVen vorgenommen werden müssen, sind Regelungen zur Datenlieferungen der Krankenkassen an die KZVen notwendig.

Verhandlungen mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die KZBV hat das Abkommen über die Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung mit der Gesetzlichen Unfallversicherung hinsichtlich der Vergütung mit Wirkung zum Jahresende 2010 gekündigt und Vergütungsverhandlungen aufgenommen,

die Anfang 2011 erfolgreich abgeschlossen wurden. Der bisherige Punktwert in Höhe von 1,07 Euro wird für die Zeit vom 1. April 2011 bis 31. Dezember 2011 um 1,75 Cent auf 1,0875 Euro angehoben. Alle Leistungen, die bis Ende März

2011 erbracht wurden, sind mit dem alten Punktwert zu berechnen. Alle Leistungen, die danach erbracht werden, werden bis zum Jahresende mit dem neuen Punktwert vergütet.

Vereinbarung für Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei

Im Februar 2010 wurde mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium des Inneren eine Vereinbarung zur zahnärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten mit plastischen Füllungsmaterialien getroffen. Sie ermöglichte für alle Soldaten der Bundeswehr sowie für Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei seit Ende April 2010 eine Versorgung mit plastischen Füllungsmaterialien sowohl im Front- als auch im Seitenzahnbereich.

Das Bundesministerium der Verteidigung hat darauf gedrängt, die Vereinbarung zukünftig auf den Seitenzahnbereich zu begrenzen. Sie wurde daraufhin im Rahmen einer gemeinsamen Erklärung von KZBV und BMVg modifiziert. Dadurch konnte eine drohende Kündigung der gesamten Vereinbarung abgewendet werden.

Die mit dem Bundesinnenministerium für die Bundespolizei geschlossene Vereinbarung hat keine Modifizierung erfahren.

Das Ministerium hat die Vereinbarung zum 31. März 2011 nach nur einem knappen Jahr Laufzeit wieder gekündigt. Die KZBV sieht die Kündigung aber als nicht rechtmäßig an und ist ihr entgegengetreten.



Qualität

Förderung, Sicherung und Management von Qualität sind zu bestimmenden Faktoren im Gesundheitswesen geworden. Die Patientensicherheit hat einen besonderen Stellenwert erlangt. Die Qualität medizinischer Leistungen ist Gegenstand einer intensiven gesellschaftlichen Diskussion geworden, der sich alle Heilberufe stellen müssen.

Für die Zahnärzteschaft sind Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) ureigene Aufgaben des Berufsstandes. Sie muss und will selbst Verantwortung dafür übernehmen, die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland

abzusichern und stetig zu verbessern. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer unterhält die KZBV die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ). Sie ist als Stabsstelle im Institut der Deutschen Zahnärzte untergebracht und bearbeitet Fragestellungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zahnärztlicher Tätigkeiten. Sie befasst sich mit Aspekten der Fortbildung, Qualitätsmanagementsystemen, Qualitätsindikatoren und Fehlerberichtssystemen. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Koordination der Erstellung, Evaluierung und Verbreitung von Leitlinien zu diagnostischen und therapeutischen Methoden der Zahnmedizin.

Auch der Gesetzgeber hat die gesellschaftliche Diskussion über Qualität im Gesundheitswesen längst aufgenommen und Änderungen am SGB V durchgeführt, die die Einführung von QM-Systemen sowie Maßnahmen der QS zur Pflicht machen, die einrichtungs- und möglichst auch sektorenübergreifend ausgestaltet werden sollen. Die KZBV arbeitet aktiv an der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben mit, auch und gerade im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Förderung und Management von Qualität

Die im Jahr 2007 in Kraft getretene Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement verlangt, dass alle Zahnarztpraxen bis Ende 2010 ein QM-System eingeführt haben müssen. Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnärztekammern haben unterschiedliche Konzepte zur Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements entwickelt und den Praxen angeboten, die es jeder Praxis ermöglichen,

ein individuelles, auf die individuelle Situation zugeschnittenes QM-System aufzubauen. Die ZZQ sammelt kontinuierlich Informationen über die zum Einsatz kommenden QM-Systeme.

Geplant ist außerdem eine größere Befragung von Zahnärzten über Implementierungsstrategien und Effekte von Qualitätsmanagementsystemen in den Praxen.

Das Projekt soll von der ZZQ durchgeführt werden, kann allerdings erst in einiger Zeit anlaufen, wenn die Praxen genügend konkrete Erfahrungen mit verschiedenen Qualitätsmanagementsystemen gesammelt haben und verlässliche Ergebnisse auf einer breiten Datenbasis möglich sind.

Qualitätssicherung

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

Die zahnmedizinische Versorgung hat nur kleinste Schnittmengen mit dem ambulanten ärztlichen bzw. dem stationären Bereich. Behandlungsfelder bzw. Themen,

die für Zahnarzt, Arzt und Krankenhaus gleichermaßen von Bedeutung sind, gibt es kaum. Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die 2010 verabschiedet wurde, entfaltet daher in der Praxis kaum Wirkung für Vertragszahnärzte.

Die KZBV hat im G-BA dargelegt, dass die zahnmedizinische Versorgung eigene Gesetzmäßigkeiten aufweist und in vielen Punkten nicht mit der ambulanten oder stationären ärztlichen Versorgung vergleichbar ist. Sie hat damit erreicht, dass die Zahnmedizin als gesonderter Sektor im Gesundheitswesen anerkannt wird. Konsequenz war und ist, dass für die Zahnärzteschaft eine eigene, sektorenbezogene Richtlinie zur Qualitätssicherung entwickelt werden kann, die die Besonderheiten

der Disziplin angemessen berücksichtigt. Die fatale Neigung, dem zahnärztlichen Behandlungsgeschehen einfach die oft unpassenden Regeln der ärztlichen Versorgung überzustülpen, ist damit durchbrochen.

Die Arbeiten an der sektorenspezifischen vertragszahnärztlichen Qualitätssicherungsrichtlinie wurden begonnen. Ziel der KZBV ist es, eine schlanke und unbürokratische Regelung zur Qualitätsprüfung und -sicherung für die Vertragszahnärzte zu erarbeiten. Die bereits existierenden Mittel und Instrumente zur Qualitätssicherung sollen dabei erhalten und gestärkt werden. Die zu treffenden Regelungen sollen nicht zu einer merklichen Belastung der zahnärztlichen Tätigkeit führen.



Leitlinien

Die ZZQ ist als Clearingstelle an der Entwicklung und Verbreitung zahnärztlicher Leitlinien beteiligt. Leitlinien bieten dem Zahnarzt einen Rahmen zur Orientierung und Entscheidung in Therapiefragen. Eine Reihe von Leitlinien wird direkt von der ZZQ in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Auftrag gegeben. Sie organisiert die Konsensusverfahren, veröffentlicht, verbreitet und aktualisiert die Leitlinien. Die überarbeitete Leitlinie zur Fissurenversiegelung und eine neue Leitlinie zu Vorläuferstadien bestimmter Krebsformen im Mundraum wurden in den letzten Monaten in unterschiedlichen Ausführungen für Zahnärzte und Patienten im Internet veröffentlicht. Ein Update der Leitlinie zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen ist für Ende 2011 geplant. Eine Überarbeitung der Publikation zur Wurzelspitzenresektion kommt 2012. Weiterhin schwierig gestaltet sich die Diskussion um die Neufassung der Leitlinie zu Fluoridierungsmaßnahmen. Bei den Empfehlungen zu Fluoridierungsmaßnahmen für Säuglinge und Kleinstkinder gibt es nach wie vor keinen Konsens

mit den Kinderärzten, die die Verwendung von fluoridierter Zahncreme für Kleinstkinder weiterhin ablehnen. Voraussichtlich werden die abweichenden Auffassungen von Zahn- und Kinderärzten in die Leitlinie selbst aufgenommen, um eine Verabschiedung des Textes bis zum Jahresende zu ermöglichen.

Die ZZQ ist auch an Leitlinienverfahren beteiligt, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK) koordiniert werden. Bei



diesen Leitlinien handelt es sich um eine Aktualisierung und Weiterentwicklung der früheren „Stellungnahmen“ der DGZMK. Die ZZQ sorgt dafür, dass KZBV und Bundeszahnärztekammer in die Konsensusverfahren einbezogen und damit der

Versorgungsalltag in den Zahnarztpraxen schon bei der Erarbeitung der Leitlinien und den darin enthaltenen Empfehlungen berücksichtigt wird. In Abstimmung befinden sich derzeit zahlreiche Leitlinien, u. a. zur Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms, zum Einsatz von Röntgendiagnostik und anderen bildgebenden Verfahren sowie zur zahnärztlich-chirurgischen Sanierung vor Herzklappenersatz.

Die Fachgesellschaften sind in der Entwicklung von Leitlinien grundsätzlich autonom. Dennoch sind bei all diesen Leitlinienvorhaben Vertreter von KZBV und Bundeszahnärztekammer einbezogen. Eine „Task-Force Qualität“ priorisiert die Bearbeitung der Leitlinienthemen. Die ZZQ wird immer wieder auch gebeten, sich an der Finanzierung dieser Leitlinienvorhaben zu beteiligen. Um die Entscheidung darüber zu vereinfachen, wird ein Kriterienkatalog bzw. eine Checkliste für den IDZ-Vorstandsausschuss erarbeitet.

Gutachterwesen

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

Im Bereich Zahnersatz wurden 2010 insgesamt 139.519 Gutachten durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme von 4,6 % gegenüber dem Vorjahr. In 123.304 Planungsgutachten wurden 57,4 % der Planungen befürwortet (Vorjahr 57,2 %), 18,1 % wurden nicht befürwortet (Vorjahr 18,7 %). 24,5 % der Planungen wurden teilweise befürwortet (Vorjahr 24,1 %). Bei 10,4 Millionen prothetischen Behandlungsfällen

wurden lediglich 16.215 Mängelgutachten angefordert. Das entspricht einer Abnahme von 1,8 Prozent gegenüber 2009. Dabei wurden in 66,2 Prozent der Fälle tatsächlich Mängel festgestellt. Der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an der Gesamtzahl der durchgeführten Zahnersatzbehandlungen lag damit im Promillebereich und kann als Indikator für eine qualitativ insgesamt gute Zahnersatzversorgung der Bevölkerung dienen.

Im Bereich Parodontalerkrankungen verringerte sich die Zahl der Gutachten 2010 um 7,7 % auf 19.567, während die Zahl der Behandlungsfälle gleichzeitig um 0,2 % auf 954,1 Tsd. (geschätzt) gestiegen ist. Die Begutachtungsquote lag bei 2,0 % aller Behandlungsfälle und ist damit gegenüber dem Vorjahr (2,2 %) rückläufig. 46,5 % der PAR-Staten wurden ganz, 34,5 % wurden teilweise und 19,0 % wurden nicht durch die Gutachter befürwortet. Das zweitinstanzliche Obergutachterverfahren musste

in 2010 nur 15 Mal durchgeführt werden. In 9 Fällen wurden dabei geplante Behandlungen abgelehnt.

Im Bereich Kieferorthopädie wurde 2010 in 62.948 Fällen ein Gutachter bemüht. Das entspricht einer leichten Zunahme von 1,1 %. In 51,0 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 29,8 % teilweise und in 19,2 % nicht zugestimmt. Bei 160 (+ 6,0 %) durchgeführten Obergutachterverfahren wurde in 103 Fällen (64,4 %) der Behandlungsplanung des Zahnarztes/Kieferorthopäden nicht zugestimmt.

Die Begutachtung im Bereich Implantologie nahm gegenüber 2009 um 1,6 % auf 2.508 Fälle leicht ab. In 52,9 % der Fälle wurde der geplanten Behandlung ganz, in 7,6 % teilweise und in 39,5 % nicht zugestimmt. 23 Obergutachten wurden durchgeführt. Dabei wurde in 12 Fällen die geplante Behandlung abgelehnt.



PAR	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2009	2010	prozentuale Veränderung	2009	2010	prozentuale Veränderung	2009	2010	prozentuale Veränderung
Behandlungsfälle	579.800	580.600	+ 0,1	372.100	373.500	+ 0,4	951.900	954.100	+ 0,2
Gutachten	15.890	14.424	- 9,2	5.302	5.143	- 3,0	21.192	19.567	- 7,7
Obergutachtenanträge	15	18	+ 20,0	14	12	- 14,3	29	30	+ 3,4
Vom Zahnarzt beantragt	14	17	+ 21,4	13	12	- 7,7	27	29	+ 7,4
Von der Krankenkasse beantragt	1	1	0,0	1	0	- 100,0	2	1	- 50,0
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	6	8	+ 33,3	11	7	- 36,4	17	15	- 11,8
Durchgeführte OG-Verfahren	9	10	+ 11,1	3	5	+ 66,7	12	15	+ 25,0
Behandlungsplanung abgelehnt	2	8		0	1		2	9	
Behandlungsplanung zugestimmt	5	0		1	4		6	4	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	2	2		2	0		4	2	

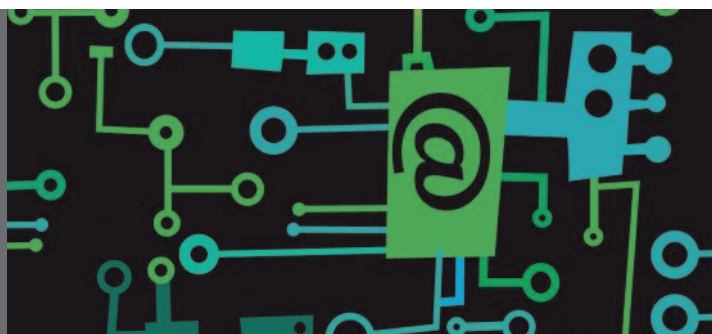
PARODONTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2009 UND 2010

KFO	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2009	2010	prozentuale Veränderung	2009	2010	prozentuale Veränderung	2009	2010	prozentuale Veränderung
Gutachten	40.579	39.899	- 1,7	21.663	23.049	+ 6,4	62.242	62.948	+ 1,1
Obergutachtenanträge	141	144	+ 2,1	81	72	- 11,1	222	216	- 2,7
Vom Zahnarzt beantragt	130	133	+ 2,3	75	66	+ 12,0	205	199	- 2,9
Von der Krankenkasse beantragt	11	11	0,0	6	6	0,0	17	17	0,0
OG-Gutachten aus versch. Gründen nicht durchgeführt	41	45	- 4,9	30	17	- 43,3	71	56	- 21,1
Durchgeführte OG-Verfahren	100	105	+ 5,0	51	55	+ 7,8	151	160	+ 6,0
Behandlungsplanung abgelehnt	68	64		40	39		108	103	
Behandlungsplanung zugestimmt	27	37		8	15		35	52	
Behandlungsplanung teilweise zugestimmt	5	4		3	1		8	5	

KIEFERORTHOPÄDIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2009 UND 2010

IMP	Primärkassen			Ersatzkassen			Insgesamt		
	2009	2010	prozentuale Veränderung	2009	2010	prozentuale Veränderung	2009	2010	prozentuale Veränderung
Gutachten	1.559	1.615	+ 3,6	989	893	- 9,7	2.548	2.508	- 1,6
Obergutachtenanträge	25	22	- 12,0	31	30	- 3,2	56	52	- 7,1
Vom Zahnarzt beantragt	12	12	0,0	14	12	- 14,3	26	24	- 7,7
Von der Krankenkasse beantragt	13	10	- 23,1	17	18	+ 5,9	30	28	- 6,7
OG-Verfahren aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt	16	130	- 18,8	18	16	- 11,1	34	29	- 14,7
Durchgeführte OG-Verfahren	9	9	0,0	13	14	+ 7,7	22	23	+ 4,5
Behandlungsplanung abgelehnt	5	4		3	8		8	12	
Behandlungsplanung zugestimmt	3	5		9	6		12	11	
Behandlungsplanung teilw. zugestimmt	1	0		1	0		2	0	

IMPLANTOLOGIE-STATISTIK GUTACHTEN UND OBERGUTACHTEN 2009 UND 2010



Digitales Gesundheitswesen

EDV für die Praxis

Praxissoftware ist längst ein unverzichtbares Hilfsmittel bei der Arbeit in der Zahnarztpraxis. Auch die elektronische Abrechnung von Leistungen etabliert sich immer mehr. Die KZBV unterstützt ihre Mitgliedsorganisationen und die Zahnarztpraxen dabei. Eine zur Abteilung Vertragsinformatik gehörende Prüfstelle legt Eignungskriterien fest, die eine Praxissoftware für die Zulassung zum Einsatz in der Praxis erfüllen muss. Sie prüft die Einhaltung dieser Kriterien und die richtige Durchführung der Abrechnung immer dann, wenn ein Programm neu auf den Markt kommt, eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Software einen Mangel feststellt oder die Eignungskriterien an neue vertragliche bzw. rechtliche Gegebenheiten angepasst wurden. Die Prüfstelle verwaltet derzeit 87 Praxissysteme, darunter solche, die in

vielen Praxen eingesetzt werden, aber auch solche, die Zahnärzte oder Kieferorthopäden ausschließlich für die Nutzung in der eigenen Praxis konzipiert haben.

› Elektronische Abrechnung

Das Abrechnungsgeschehen in der zahnärztlichen Versorgung wird – nicht zuletzt aufgrund gesetzlicher Vorgaben – immer mehr auf elektronischem Wege abgewickelt. Ziel ist die vollständige papierlose Abrechnung.

Die KZBV entwickelt Programmmodule für die Prüfung und Zusammenstellung der Abrechnungsdaten aus den Zahnarztpraxen an die KZVen. Hinzu kommen Module, die die problemlose Weiterverarbeitung der Abrechnungsdaten in den KZVen sicher-

stellen. Aufgrund vertraglicher bzw. gesetzlicher Änderungen im Leistungsgeschehen müssen sie regelmäßig modifiziert werden. Die Softwarehäuser erhalten daher regelmäßige Updates zum Einpflegen in ihre Praxissoftware, die KZVen entsprechend angepasste Empfangsmodule.

Die KZBV pflegt zudem ein Bundeseinheitliches Kassenverzeichnis, das den Praxen als Informationsquelle für die Kassennummern der Kostenträger und den KZVen als Steuerungsinstrument bei der Rechnungslegung an die Krankenkassen dient.

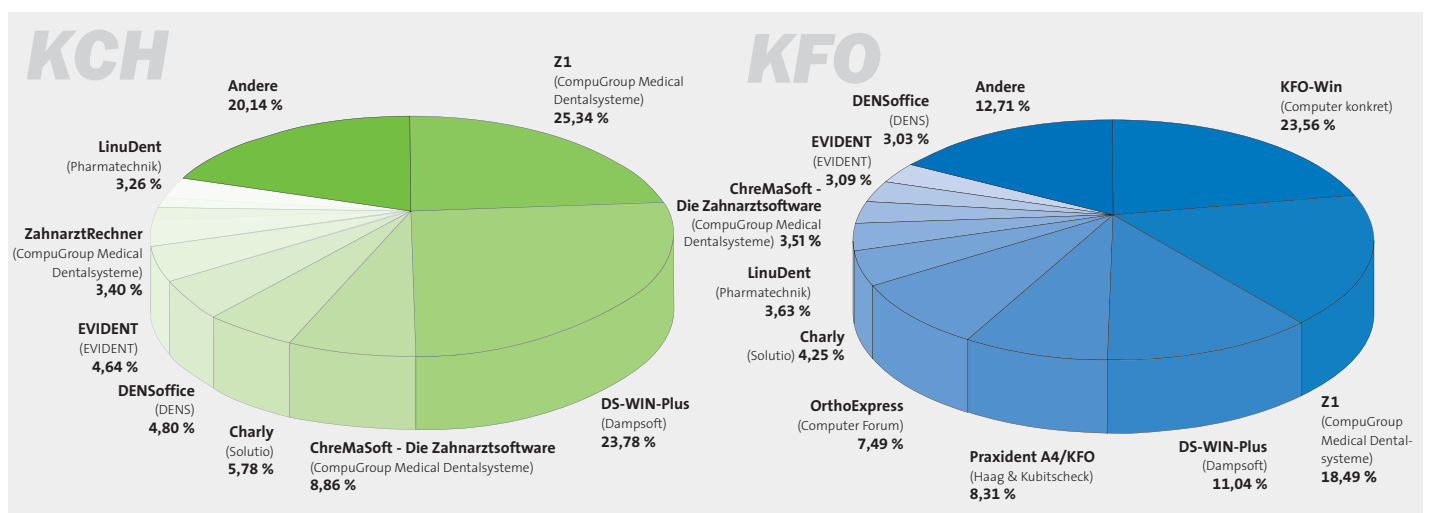
Die elektronische Abrechnung hat sich im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung in den Praxen mittlerweile durchgängig etabliert. Bundesweit liegt die Quote bei 98,6 Prozent. In der Kiefer-

orthopädie wurden Ende 2010 fast 60 Prozent der zahnärztlichen Leistungen gegenüber den KZVen elektronisch abgerechnet. Allerdings gibt es noch immer starke regionale Abweichungen in der Nutzung der digitalen Abrechnung. Die Abteilung Vertragsinformatik arbeitet derzeit unter Hochdruck an der Erstellung von Abrechnungs-, Send- und Empfangsmodulen für die Leistungsbereiche Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch und Parodontalerkrankungen, damit auch sie auf elektronische Abrechnung umgestellt werden können. Dazu kommen Verfahren

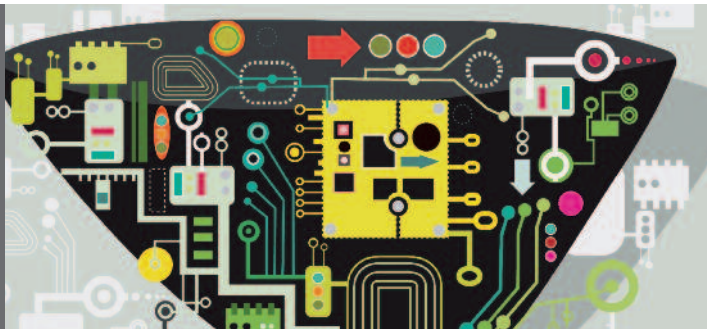
zur digitalen Übertragung der Daten aus den zahntechnischen Laboren von der Zahnarztpraxis an die KZV.

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

von den KZVen gelieferten Daten für den Risikostrukturausgleich in der GKV zusammen. In den Händen der KZBV liegt auch die jährlich im Namen aller KZVen durchgeführte Rechnungsstellung an die Krankenkassen zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Nicht zuletzt unterhält die KZBV ein Bundeszahnarztregister, in dem nach den Regeln der Zulassungsverordnung alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte erfasst sein müssen.



ANTEIL DER EDV-SYSTEME AN DER ABRECHNUNG PER DATENTRÄGERAUSTAUSCH



Zahnärzte Online Deutschland (ZOD)

> Wirktbetrieb

Seit mehr als sieben Jahren betreibt die KZBV die Sicherheitsinfrastruktur Zahnärzte Online Deutschland (ZOD). Sie bietet den Zahnärzten durch zeitgemäße Sicherheitstechnik Datensicherheit und Datenschutz bei der Übertragung elektronischer Daten. Dazu werden sogenannte „ZOD-Karten“ eingesetzt, mit denen sich ein Zahnarzt zuverlässig in der elektronischen Welt ausweisen kann. Die Karten werden von zugelassenen ZOD-Anbietern ausgegeben. Wer eine Karte beantragt, braucht eine Bestätigung der zuständigen KZV, dass er Vertragszahnarzt ist. ZOD-Karten ermöglichen dem Zahnarzt die sichere Anmeldung an den Online-Portalen der KZVen. Dort kann er in einem geschützten Bereich Abrechnungsdaten an die KZV übermitteln bzw. einsehen sowie weitere Angebote wahrnehmen.

Das Ausgabeverfahren der ZOD-Karten folgt dabei dem für qualifizierte Signaturkarten vorgegebenen hohen Sicherheits-

standard und gewährleistet eine zuverlässige Identifikation des Karteninhabers. Die mit den ZOD-Karten mögliche Verschlüsselung und elektronische Signatur von Dateien und E-Mails verhindern, dass Daten von unberechtigten Dritten eingesehen oder verändert werden können. Die dabei eingesetzten technischen Verfahren entsprechen den vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und den Bundes- und Landesdatenschutzern geforderten Standards.

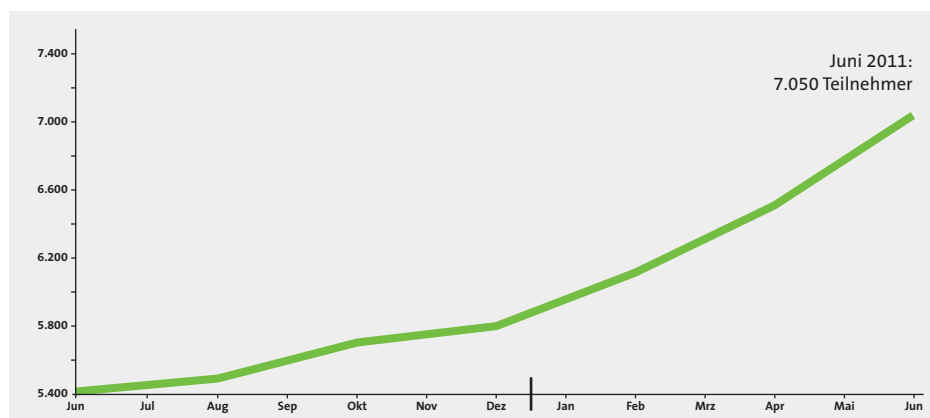
Die Verbreitung von ZOD verläuft weiterhin dynamisch. Die Zahl der Kartenbesitzer ist von ca. 5.300 im Juni 2010 auf über 7.000 im Juni 2011 gestiegen. Das bedeutet einen Zuwachs von 33 Prozent. ZOD ist damit eines der größten Kartenprojekte im Gesundheitswesen.

Die Verbreitung der Karten in den einzelnen KZV-Bereichen ist allerdings sehr unterschiedlich. Während einige KZVen über Anreize eine nahezu flächendeckende Nutzung der ZOD-Karte durch ihre Zahn-

ärzte verzeichnen können, wird sie in anderen KZV-Bereichen nur von einzelnen Zahnärzten eingesetzt. Der Zugriff auf geschützte Online-Portale erfolgt dort in der Regel noch über die Eingabe von Benutzernamen und Kennwort oder unter Einsatz von Software-Zertifikaten. Im Hinblick auf die Einführung der papierlosen Abrechnung zum 01.01.2012 wird jedoch mit einer Neubewertung der Daten- und Rechtssicherheit digitaler Dokumente in diesen KZVen gerechnet, die zu einer weiteren Verbreitung von ZOD-Karten führen kann.

> Weiterentwicklung von ZOD

Die ZOD-Sicherheitsinfrastruktur wird laufend angepasst, um die Einsatzmöglichkeiten noch vielfältiger zu gestalten und aktuellen Entwicklungen Rechnung zu tragen. 2010 konnte wie geplant mit der Ausgabe von ZOD-Karten der Generation 2.0 begonnen werden. Die wesentliche Weiterentwicklung gegenüber der Vorläufergeneration ist die Möglichkeit einer



ZUNAHME DER ZOD-TEILNEHMER VON JUNI 2010 BIS JUNI 2011

qualifizierten elektronischen Signatur. Mit dieser elektronischen „Unterschrift“ ist die ZOD-Karte auch geeignet, die Rechtssicherheit der papierlosen Abrechnung zwischen Zahnarzt und KZV zu gewährleisten.

Ziel war es außerdem, die Nutzung von ZOD für KZVen und Zahnärzte noch flexibler und damit attraktiver zu gestalten. Zukünftig ist es möglich, neben den vom ZOD-Anbieter angebotenen Komponenten auch andere Lesegeräte oder Software-Produkte mit der ZOD-Karte einzusetzen. Die Karte kann sogar unabhängig vom Betriebssystem des Kommunikations-PCs oder Praxisverwaltungssystems an den Abrechnungsportalen der KZVen eingesetzt werden. Die in Abstimmung mit den KZVen und dem Datenschutzkontrollausschuss der KZBV überarbeiteten Dokumente zum „ZOD-Anforderungsprofil“ und zur „ZOD-Policy“, in denen die Anforderungen für ZOD-Anbieter festgeschrieben sind,

wurden Anfang Juni 2011 auf der ZOD-Webseite (www.zahnaerzte-online.de) veröffentlicht.

Schon aus Gründen der Investitionssicherheit ist es für das KZV-System entscheidend, dass ZOD-Karten in einem sich wandelnden technischen Umfeld einsetzbar bleiben. Die KZBV hat bei der gematik sichergestellt, dass ZOD-Karten auch im Umfeld der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) prinzipiell eingesetzt werden können, z.B. bei der qualifizierten Signatur von Notfalldaten. Damit wurde ein weiterer Meilenstein der Zukunftssicherung für die ZOD-Infrastruktur erreicht. Da die ZOD-Karte als Vorläufer des elektronischen Zahnartausweises gilt, gibt es auch hinsichtlich der perspektivischen Ausgabe elektronischer Zahnartausweise durch die Zahnärztekammern und dem Betrieb von ZOD Berührungspunkte. Sie waren Gegenstand ausführlicher Gespräche zwischen KZBV

und Bundeszahnärztekammer. Durch die technische Identität beider Karten ist sichergestellt, dass bei Beginn der Ausgabe von Zahnartausweisen in einer Kammer beide Karten-Infrastrukturen parallel existieren können und dass Zahnartausweise ohne Anpassung neben der ZOD-Karte an den Portalen der KZVen eingesetzt werden können. Auf Initiative von KZBV und Bundeszahnärztekammer haben auf Länderebene auch KZVen und Zahnärztekammern verstärkt Gespräche geführt. Sobald eine Zahnärztekammer mit der Ausgabe elektronischer Zahnartausweise beginnt, kann die KZV auf die Ausgabe von ZOD-Karten verzichten und stattdessen die Zahnartausweise als Authentisierungswerkzeug an ihrem Abrechnungsportal zulassen. Bereits ausgegebene ZOD-Karten können aber auf jeden Fall bis zum Ablauf ihrer Gültigkeit eingesetzt werden.



Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

> Bestandsaufnahme und gesetzliche Vorgaben

Die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung festgelegte Bestandsaufnahme zur Einführung der eGK und ihrer Anwendungen wurde im Frühjahr 2010 abgeschlossen. Konsequenz der Bestandsaufnahme war unter anderem ein Projektleitermodell, das auf Betreiben der Leistungserbringerorganisationen implementiert wurde. Dabei wird für jede Anwendung der eGK ein Gesellschafter bestimmt, der federführend die fachliche Arbeit der gematik überwacht und steuert. Außerdem wurde ein Schlichtungsverfahren installiert, mit dem Konflikte der Gesellschafter zeitnah gelöst werden sollen.

Gemäß den Vorgaben der Bundesregierung wurden als erste Anwendungen die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten, die Speicherung von Notfalldaten auf der eGK und die sichere elektronische Kommunikation von Ärzten und Zahnärzten (z. B. zum Versand elektronischer Arztbriefe) beschlossen. Die notwendige Telematikinfrastruktur soll so gestaltet werden, dass bereits existente Projekte wie beispielsweise die elektronische Fallakte im Krankenhaussektor weitergeführt werden und auf Wunsch in die Telematikinfrastruktur migriert werden können. Die weiteren gesetzlich vorgege-

benen Anwendungen wie das elektronische Rezept oder die elektronische Patientenakte werden bis auf Weiteres nicht realisiert. Obwohl die KZBV eine Reihe von Positionen – etwa die Verstärkung des Einflusses der Gesellschafter über das Projektleitermodell – einbringen konnte, hat die Bestandsaufnahme insgesamt die Erwartungen der KZBV nicht erfüllt. Schließlich gab es keine substantiellen Änderungen in Bezug darauf, welche Anwendungen der eGK grundsätzlich geplant sind.

Mit Inkrafttreten des GKV-Änderungsgesetzes zum August 2010 wurden Ärzte und Zahnärzte verpflichtet, mindestens einmal pro Quartal eine Online-Prüfung der eGK durchzuführen. Allerdings soll es möglich sein, die Prüfung auch getrennt vom Praxisverwaltungssystem durchzuführen. Damit wurde eine wichtige Forderung der Zahnärzteschaft umgesetzt: die Verhinderung einer zwangsweisen Online-Anbindung der Praxis-EDV-Systeme.

Am 11. Januar 2011 trat die dritte Änderungsverordnung über Testmaßnahmen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Kraft. Diese Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums regelt die Durchführung der Testverfahren zu den beschlossenen Anwendungen der

eGK. Die Zahnärzteschaft wurde darin von der Projektsteuerung ausgeschlossen; in dem zuständigen Gremium sollten ausschließlich die Gesellschafter vertreten sein, die die Projektleitung für eine Anwendung der eGK übernommen haben. KZBV, Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände waren damit außen vor.

Bestandsaufnahme und Projektleitermodell hatten zwar den positiven Effekt, dass die Gesellschafter mehr politischen Einfluss auf die technikgetriebene Arbeit der gematik nehmen können. Der durch das Bundesgesundheitsministerium verursachte Zeitdruck für das eGK-Projekt ist allerdings nicht merklich zurückgegangen. Das Ministerium kontrolliert nach wie vor die fachliche Arbeit der gematik und lässt sich in zweimonatlichen Abständen von gematik, Projektleitern und Gesellschaftern detailliert über den Stand des Projektes berichten.

> Stand der Online-Projekte

Zur Umsetzung der Online-Funktionen der eGK haben die Gesellschafter zunächst ihre Anforderungen in sogenannten Lastenheften zusammengefasst. Während der Arbeit an den Lastenheften wurde offensichtlich, dass der Informationsfluss für

die Gesellschafter der gematik, die keine Projektleitung haben, sehr begrenzt ist. So wurden der KZBV die Lastenhefte erst nach weitgehender Fertigstellung zur Kenntnis gegeben. Einfluss konnte nur im Rahmen einer äußerst knapp bemessenen Kommentierungsfrist genommen werden. Dennoch konnten nahezu alle fachlichen Anforderungen der KZBV in die Lastenhefte eingebracht werden. Die Gesellschafterversammlung der gematik hat die Dokumente im März 2011 beschlossen. Aufgrund der Gremienbeschlüsse der KZBV, die sich insbesondere gegen die Anwendung „Online-Prüfung der eGK“ richten, hat sich die KZBV bei der Abstimmung enthalten.

Auf Basis der Lastenhefte wird nun die technische Umsetzung der Anwendungen in sogenannten Pflichtenheften beschrieben. Mit der Fertigstellung der Pflichtenhefte kann laut gematik im Frühjahr 2012 gerechnet werden. Nach Einschätzung der Projektleiter ist aber mit dem Beginn des Wirkbetriebs der Online-Anwendungen nicht vor 2015 zu rechnen. Diese zeitliche Perspektive hat erneut das Gesundheitsministerium auf den Plan gerufen. Es hat die gematik zur Beschleunigung der Projekte aufgefordert.

› Basis-Rollout der eGK – Ausstattung der Zahnärzte mit eGK-fähigen Lesegeräten

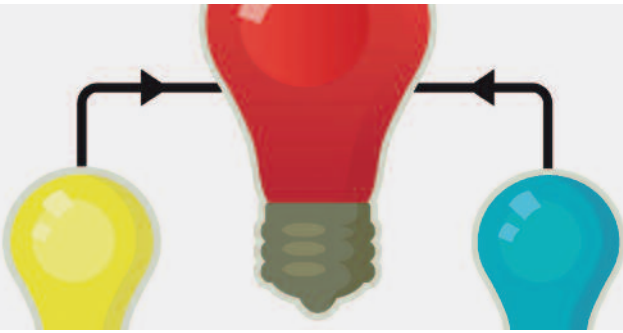
Der Gesetzgeber hatte im Rahmen der Bestandsaufnahme klargestellt, dass der sogenannte „Basis-Rollout“, also die Ausstattung der Ärzte und Zahnärzte mit eGK-fähigen Lesegeräten, von dem mit der Bestandsaufnahme verknüpften „Moratorium der eGK-Anwendungen“ nicht umfasst sei. Nachdem die Arzt- und Zahnarztpraxen in Nordrhein bereits 2009 mit entsprechenden Kartenterminals ausgestattet worden waren, sollte der Basis-Rollout zügig weitergeführt werden. GKV-Spitzenverband, KBV und KZBV wurden daher angewiesen, zeitnah Pauschalen zur Refinanzierung der Praxisausstattung zu vereinbaren. Weiterer Druck wurde vom Gesetzgeber dadurch erzeugt, dass er die Krankenkassen – unter Androhung der Kürzung ihres Verwaltungsetats – verpflichtete, bis Ende 2011 mindestens 10 % ihrer Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten auszustatten.

Die Verhandlungen wurden von der KZBV gemeinsam mit der KBV geführt und im November 2010 mit der Festlegung von Pauschalen für stationäre Kartenterminals (355 €), mobile Geräte (280 €) und für die

Installation der Lesegeräte an den Praxisverwaltungssystemen (215 €) zum Abschluss gebracht.

Nachdem die Gesamtvertragspartner die genaue Abwicklung der Refinanzierung zwischen Kassen und KZVen geregelt hatten, startete am 01.04.2011 in allen KZV-Bereichen (nach Nordrhein) die Anschaffung der Lesegeräte durch die Zahnärzte. Die KZBV hatte die KZVen im Vorfeld mit umfangreichem Informationsmaterial versorgt, das diese zur Unterstützung der Information ihrer Mitglieder verwenden konnten. Zum Berichtszeitpunkt (Juni 2011) waren nach Auskunft der KZVen ca. 25 % der Zahnärzte mit eGK-fähigen Lesegeräten ausgestattet.

Der auf Bundesebene vereinbarte Refinanzierungszeitraum endet am 30.09.2011. Ab dem 01.10.2011 wird dann die eGK durch die Krankenkassen ausgegeben, die ab diesem Zeitpunkt als gültiger Versicherungsnachweis neben der heutigen Krankenversichertenkarte in Arzt- und Zahnarztpraxen zu akzeptieren ist.



Forschung

Valide Daten und belastbare, unabhängige Forschungsergebnisse sind die entscheidende Basis für die Formulierung von berufspolitischen Forderungen und die Entwicklung von Versorgungskonzepten. Die KZBV fördert und finanziert daher regelmäßig Forschungsvorhaben im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer ist sie Träger des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Die organisatorisch verselbstständigte Einrichtung hat die Aufgabe, wissenschaftliche Politikberatung und analytische Grundlagenarbeiten zu betreiben. Ein gemeinsamer Vorstandsausschuss leitet die Aktivitäten des IDZ und legt die langfristige Aufgabenplanung in halbjährlichen Sitzungen fest. Der Vorsitz lag 2010 beim Präsidenten der Bundeszahnärztekammer und liegt im laufenden Jahr beim Vorsitzenden des Vorstandes der KZBV. Die Forschungsschwerpunkte umfassen Fragen der Oralepidemiologie, der Gesundheitsökonomie, der Systemforschung, der zahnärztlichen Berufsausübung und der Verhaltensmedizin. Die Arbeiten

des IDZ werden über eine eigene IDZ-Materialienreihe und einen IDZ-Informationsdienst veröffentlicht, der zahnärztliche Organisationen und die interessierte Fachöffentlichkeit bedient. Durch wissenschaftliche Publikationen, Vorträge sowie Präsentationen auf nationaler und verstärkt auch auf internationaler Ebene verschafft sich das IDZ in der Landschaft der Versorgungsforschung Gehör. Nationale und internationale Vermarktung sind für Reichweite und Resonanz in der Öffentlichkeit von zentraler



Bedeutung. Außerdem dienen Spezial- und Nachauswertungen zu Untersuchungen als Rüst- und Handwerkszeug für die Öffentlichkeitsarbeit.

Zudem steht das IDZ als Ansprechpartner für Institutionen und Personen zur Verfügung, die zu Einzelaspekten der zahnärztlichen Versorgung Informationen benötigen oder Unterstützung bei wissenschaftlichen Arbeiten oder Vorträgen suchen. Auch bei der 34. Internationalen Dental-Schau (IDS) vom 22. - 25.03.2011 in Köln hat das IDZ eine Auswahl von Projekten bzw. Veröffentlichungen vorgestellt und Fachsprechstunden u. a. zu den Themen Qualitätsmanagement und Hygienemanagement in Zahnarztpraxen abgehalten.

Ende 2010 wurde Prof. Dr. Burkhard Tiemann als Geschäftsführender Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte in den Ruhestand verabschiedet. Auf seine Initiative war maßgeblich die Gründung des Vorgängerinstitutes des IDZ, des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung (FZV), zurückgegangen.

Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung

> Repräsentative Befragung der Bevölkerung zur Einschätzung der zahnärztlichen Versorgung und zum Image der Zahnärzteschaft in Deutschland

Seit 1972 sind drei Studien zum Image des Zahnarztes in der Bevölkerung vom Institut für Freie Berufe (IFB) bzw. vom Meinungsforschungsinstitut Allensbach (IfD) im Auftrag der Zahnärzteschaft (BZÄK bzw. KZBV) durchgeführt worden. Die letzte datiert aus dem Jahr 2002. Diese Projektserie soll bei einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung in Deutschland ab 18 Jahren für 2011 fortgeführt werden, um einen aktuellen soziologischen Einblick zur Bewertung des Berufsstandes allgemein (Fernbild) und zur Bewertung des eigenen Zahnarztes (Nahbild) zu erhalten. Mit einem methodisch weiterentwickelten und inhaltlich ergänzten Fragenkatalog, der jedoch einen Zeitvergleich zu den früheren Erhebungen zulässt, wurde die Befragung im Mai 2011 im Rahmen einer großen Mehrt Themenumfrage in Zusammenarbeit mit dem IfD/Allensbach ins Feld gebracht. Erstmals sollen dabei auch Daten zur sog. Patientenzufriedenheit (mit der zahnärzt-

lichen Versorgung) generiert und anderen Erhebungen aus dem allgemeinmedizinischen Versorgungsfeld gegenübergestellt werden.

> Planung einer Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V)

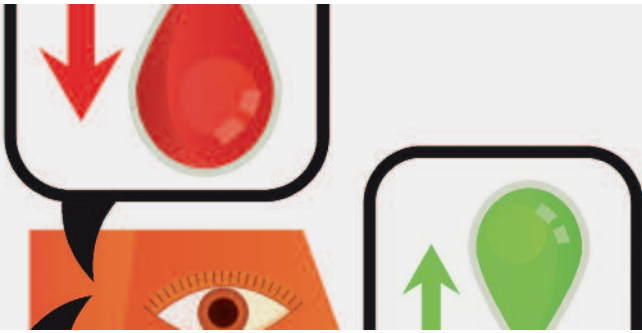
Das IDZ hat seit 1989 insgesamt vier große nationale Mundgesundheitsstudien (DMS) durchgeführt. Diese Studien sind das wissenschaftliche Kerngeschäft des IDZ und haben erheblich zu der Reputation beigetragen, die das Institut heute in der Wissenschaft und in der Gesundheitspolitik genießt. Für die Berufspolitik der Zahnärzteschaft stellen die DMS-Studien einen wichtigen Datenpool dar, anhand dessen Erfolge und neue Herausforderungen der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland empirisch belegt werden können.

Die letzte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) wurde 2005 durchgeführt. Nach einem Zeitraum von fünf bis acht Jahren ist eine Aktualisierung des Datenbestandes gemäß den internationalen Standards angezeigt. Angesichts der in-

haltlichen, organisatorischen und finanziellen Dimensionen setzt eine solche Untersuchung erhebliche Vorlauf- und Planungszeit voraus. Der IDZ-Vorstandsausschuss hat in seiner Herbstsitzung 2010 den Startschuss für die konzeptionelle, organisatorische und finanzielle Planung gegeben. In die Überlegungen einbezogen werden soll die Frage, ob zusätzlich zu den drei festgelegten Altersgruppen – in Anlehnung an die WHO-Konventionen – eine zusätzliche ältere Altersgruppe (75 Jahre und älter) untersucht werden kann. Damit könnten Erkenntnisse zum zahnärztlichen Versorgungsgrad älterer und alter Menschen mit Pflegebedürftigkeit (Stufe 1-3) gewonnen werden.

> Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Die Alters- und Behindertenzahnheilkunde gewinnt angesichts der demografischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung. Das IDZ hat sich der Thematik bereits im Jahr 2009 angenommen. Mit der IDZ-Information Nr. 4/2009 wurde das Projekt „Teamwerk“ aus München vorgestellt, das aufzeigt, wie die Versorgung von pflege-



bedürftigen Menschen verbessert werden kann. Das IDZ hat auch fachliche Zuarbeit zum Konzept „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“ geleistet, das KZBV und BZÄK gemeinsam mit zahnärztlichen Fachverbänden im Juni 2010 der Öffentlichkeit vorgestellt haben.

Zur Bewertung des epidemiologischen Wissensstandes hat das IDZ mit führenden Fachleuten der Alters- und Behindertenzahnheilkunde im Februar 2011 einen ganztägigen Workshop durchgeführt. Als Bilanz konnte festgehalten werden, dass vor allem in dem speziellen Bereich der

ambulanten Versorgung älterer Pflegebedürftiger erhebliche Datenlücken zur Mundgesundheitsituation bestehen.

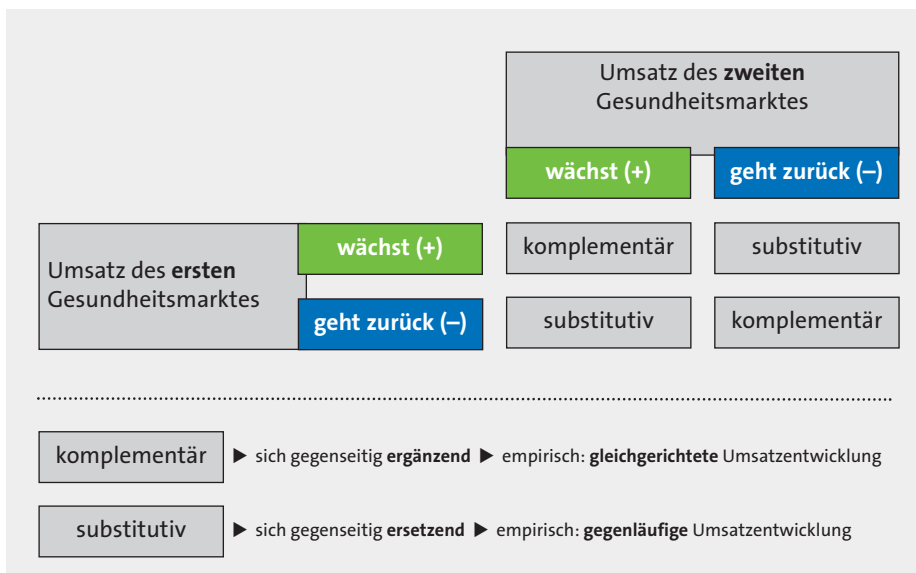
Ökonomische Forschung

> Jobmotor Gesundheitswirtschaft

Das Gesundheitswesen stellt in Deutschland einen großen Wirtschaftszweig dar, der allen volkswirtschaftlichen Prognosen nach weiter wachsen wird. Als die wichtigsten Wachstumstreiber werden neben der demografischen Alterung das stetig zuneh-

mende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und auch der Export gesehen. Trotz der an sich positiven Aspekte dieses Wirtschafts- und Beschäftigungszweiges werden die steigenden Gesundheitsausgaben in der Öffentlichkeit kritisch diskutiert und problematisiert. Vor diesem Hintergrund hat das IDZ in Kooperation

mit dem WifOR-Institut/Darmstadt (Prof. Dr. Rürup) eine umfangreiche Trendanalyse zu den Wachstums- und Beschäftigungschancen der deutschen Mundgesundheitswirtschaft bis zum Zieljahr 2030 erstellt. Die zum Thema verfügbaren Daten wurden aufbereitet und im Hinblick auf die Perspektiven der Gesundheitswirtschaft – speziell



VERHÄLTNISS ZWISCHEN ERSTEM UND ZWEITEM GESUNDHEITSMARKT

in der Zahnmedizin – in Befunde und Prognosen zusammengeführt. Konkret wurden Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit den epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Datenbeständen des IDZ, der BZÄK (GOZ-Analyse) und der KZBV (Leistungsstatistik, Honorarentwicklungen) analytisch zusammengeführt. Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, die unterschiedlichen Perspektiven und Entwicklungsdynamiken des stark regulierten „Ersten Gesundheitsmarktes“

und des privat finanzierten „Zweiten Gesundheitsmarktes“ herauszuarbeiten. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen voraussichtlich im Februar 2012 als IDZ-Materialienband veröffentlicht werden.

> **Gebührenordnung für Zahnärzte**

Das IDZ stand und steht der Bundeszahnärztekammer bei der Entwicklung einer neuen privaten Gebührenordnung für Zahnärzte mit seinem speziellen arbeits-

wissenschaftlichen Know-how unterstützend zur Seite. Unter anderem wurde ein Rechenmodell auf Basis der 2002 durchgeführten arbeitswissenschaftlichen Studie BAZ-II entwickelt, mit dem sich zeitlicher Aufwand und geistig-körperliche Belastung des Zahnarztes bei einzelnen Behandlungsschritten abschätzen lassen.

Versorgungsforschung

Wachsende Bedeutung für die Arbeit des IDZ hat die Versorgungsforschung. Es geht dabei im Kern um die Frage, wie sich Medizin bzw. Zahnmedizin im Versorgungsalltag umsetzt, was also aus Input-Größen (z. B. Ressourcen) wird, wenn sie das Versorgungssystem durchlaufen haben und zu Output- und Outcome-Größen (z. B. Behandlungsergebnissen) geworden sind. Auch die Politik greift das Thema als systematisch auszubauenden Bereich auf. Viele Forschungsprojekte des IDZ sind im weiteren Sinne der Versorgungsforschung zuzuordnen. Seit 2009 ist das IDZ Mitglied im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF). Das DNVF hat sich zum Ziel gesetzt, die an der Versorgungsfor-

schung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler zu vernetzen, Wissenschaft und Versorgungsforschung zusammenzuführen und die Versorgungsforschung in Deutschland insgesamt zu fördern. Dem DNVF gehören über 40 renommierte Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen an.

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat das IDZ eine „Fachgruppe Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ im DNFV initiiert. Damit hat die Zahnmedizin vollständig Anschluss an die wissenschaftliche Plattform der Versorgungsforschung in Deutschland gefunden. Das DNVF orga-

nisiert jährlich einen Kongress für Versorgungsforschung. Die letzte Veranstaltung fand Ende September 2010 in Bonn statt und stand unter dem Leitthema „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung – von der Praxis zur Evidenz“. Erstmals hat sich dort auch die Zahnmedizin geschlossen mit eigenen Beiträgen auf diesem Gebiet präsentiert. Der nächste Kongress für Versorgungsforschung wurde für den 20. bis 22.10.2011 in Köln terminiert und unter den thematischen Schwerpunkt „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“ gestellt.



> Sonstige Forschungsvorhaben und laufende Aktivitäten am IDZ

Das Dental Vademekum (DDV)

Das IDZ betreut das Dental Vademekum, das künftig online bzw. als interaktive CD-ROM veröffentlicht, zu einem aktiven Helfer des praxisinternen Qualitätsmanagements erweitert und um praxistaugliche Inhalte für den Zahnarzt ergänzt werden soll. Die entsprechenden Prüfungen zur Machbarkeit und zu möglichen Vertriebswegen sind hier aber noch nicht endgültig abgeschlossen.

Prävention

Das IDZ unterstützt und berät KZBV und BZÄK zur Prophylaxethematik.

Health Technology Assessment (HTA)

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

Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK)

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

GOZ-Liquidationsverhalten

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

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

Um beispielhaft für die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen die Veränderungen der Mundgesundheit in Deutschland in den letzten 15 - 20 Jahren nachzuzeichnen, arbeitet das IDZ epidemiologisch mit der Zahnklinik Greifswald zusammen. Hierzu werden die Daten der vier deutschen Mundgesundheitsstudien aus den Jahren 1989, 1992, 1997 und 2005 mit fachlicher Unterstützung eines Biomathematikers vertieft aufgearbeitet. Diese weiterführenden Analysen werden gekoppelt mit einem Vergleich der SHIP-0- und SHIP-1-Querschnittsstudien aus dem Regionalraum Mecklenburg-Vorpommern. Im Berichtszeitraum wurden die Daten für die zeitliche Entwicklung der „Kronenkaries“ erstellt. Die Auswertungen der Ergebnisse dienen der Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs in Deutschland. Die zweite weiterführende Analyse wird sich mit den zeitlichen Entwicklungen zum Zahnverlust beschäftigen, der dritte Analyseblock mit der Parodontitislast in Deutschland.

Analyse der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung seit 1989

In wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover erfolgte eine Sekundäranalyse aus den deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS I, III und IV) zum Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit von Motivationsmustern der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Die sozialepidemiologischen Ergebnisse dieser Auswertung sind relevant für die gesamte Versorgungsforschung und wurden zwischenzeitlich bei der internationalen Zeitschrift „Community Dentistry and Oral Epidemiology“ als Fachartikel zur Veröffentlichung eingereicht.

> Publikationen/Fachbeiträge

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Szecsenyi, J.: Akzeptanz von zahnmedizinischen Leitlinien durch Qualitätszirkel. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 104, 2010, S. 599-604

Glockmann, E., Panzner, K.-D., Huhn, P., Sigusch, B. W., Glockmann, K.: „Ursachen des Zahnverlustes in Deutschland – Dokumentation einer bundesweiten Erhebung (2007)“, IDZ-Information Nr. 2/2011

Klimek, J., Micheelis, W., Hoffmann, T: Editorial „Befund, Diagnose, Behandlungsfall – Zahnmedizin im Lernprozess“. Dtsch Zahnärztl Z 65, 2010, 9, S. 443/444

Klingenberger, D.: Buchbesprechung zu „Lehrbuch Versorgungsforschung“ von Holger Pfaff, Edmund A. M. Neugebauer, Gerd Glaeske, Matthias Schrappe (Hrsg.), Zahnärztliche Mitteilungen 101, Nr. 4, 16.02.2011, S. 80

Klingenberger, D., Schwarte, A.: „Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2008“, IDZ-Information Nr. 3/2010.

Klingenberger, D., Schwarte, A.: „Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2009“ IDZ-Information Nr. 1/2011

Köberlein, J., Klingenberger, D.: Auslandszahnersatz und Dentaltourismus. Zahlungsbereitschaft und Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz in Deutschland. Gesundheitswesen 2010; Jun 22 (epub ahead of print); DOI: 10.1055/s-0030-1254174

Meyer, V. P.: Hygienemanagement in Zahnarztpraxen: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung in Deutschland. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stöbel, U.: Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Band 24 edition FFAS, Freiburg im Breisgau, 2011, S. 133-140

Meyer, V. P., Micheelis, W., Brecht, J. G.: Zahnärztezahlen und Leistungsvolumen bis zum Jahr 2030 – ein Prognosemodell für Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 65, 7, 2010, S. 347-356

Micheelis, W.: Auf dem Vormarsch. Zahnseidengebrauch in Deutschland. Zahnärztl Mitt 100, Nr. 20, 16.10.2010, S. 128-132

Micheelis, W.: Berufsrollenverständnisse von Zahnärzten. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg (ZBW), Nr. 11/2010, S. 31-33

Micheelis, W.: Buchbesprechung zu Cord Langhorst „Basis Parodontologie“ (Elan Art Verlag, 2010) in Zahnärztl Mitt 101, Nr. 1, 01.01.2011, S. 55

Micheelis, W.: Prävalenz. In: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (Hrsg.): Parodontitis 2010. Das Risikokompodium. Quintessenz Verlags-GmbH., Berlin u.a. 2011, S. 11-21

Schiffner, U., Jordan, R. A., Micheelis, W.: Wissenschaftliche Mitteilung zu Zielen und Methoden der epidemiologischen Erfassung oraler Erkrankungen. Arbeitskreis Epidemiologie und Public Health (AKEPH) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) (Hrsg.), Dtsch Zahnärztl Z 65, 9, 2010, S. 496-502

Schütte, U., Weber, A., Hoffmann, T., Micheelis, W., Dörfer, C.: Kap. 8.14 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik Anwendung. Schattauer GmbH, Stuttgart 2011, S. 406–409

Singer, S.: „Salutogenese in der Zahnmedizin“, IDZ-Information Nr. 4/2010



Interne Organisation

Personalplanung und Standortkonsolidierung

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

nisation. Zwischen Mitte 2010 und Mitte 2011 hat die KZBV insgesamt 11 Mitarbeiter eingestellt. Das Team besteht nun aus insgesamt 97 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

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 bereit gestellt. Im Jahr 2011 sind bzw. waren es insgesamt 92.000 Euro. Schon 2009 hatte die KZBV am Standort

Kassenzahnärztliche



Berlin neue Räumlichkeiten bezogen, damit die Redaktion der zm vom Rhein an die Spree wechseln und ihre journalistische Arbeit in unmittelbarer Nähe des gesundheitspolitischen Geschehens in der Hauptstadt ausüben kann. Im Juni 2011 hat die Vertreterversammlung nun beschlossen, die Präsenz der KZBV in Berlin weiter

auszubauen: Die Abteilung Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss soll zeitnah nach Berlin verlagert werden. Zudem soll die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die derzeit Mitarbeiter an beiden Standorten hat, aus Gründen der Synergie im Hauptstadtbüro konzentriert werden. Der zusätzliche Raumbedarf kann

durch die Anmietung angrenzender Räumlichkeiten in der Behrenstraße gedeckt werden. Ein neuerlicher Umzug innerhalb Berlins ist damit vermeidbar.

Bundesvereinigung *KdöR*

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

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

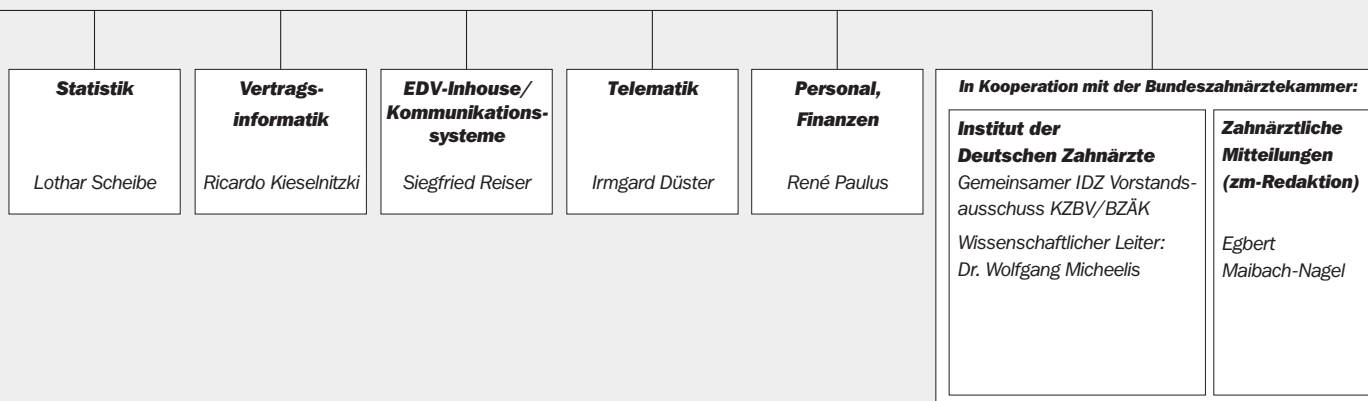
Postfach 41 01 69, 50861 Köln

Telefon (02 21) 4001-0

Telefax (02 21) 404035

Internet: www.KZBV.de

E-Mail: post@KZBV.de





Haushalt

Die KZBV finanziert sich aus Beiträgen ihrer Mitgliedsorganisationen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Vertragszahnärzte in der jeweiligen KZV. Im Jahr 2010 lag der monatliche Beitrag pro Vertragszahnarzt bei 16,40 Euro zuzüglich 0,60 Euro Rücklage für Sozialkosten, die im Zusammenhang mit dem Umzug nach Berlin stehen.

> Haushaltsabschluss 2010

Für das Wirtschaftsjahr 2010 war im Haushalt ursprünglich eine Vermögenszunahme von 51.094 Euro vorgesehen. Tatsächlich wurden aber zum 31.12.2010 Mehreinnahmen von 19.327 Euro erzielt und saldierte Minderausgaben von 278.362 Euro ausgewiesen. Somit betrug der Vermögens-

zuwachs zum Jahresende 348.783,12 Euro. Das in der Bilanz Ende 2010 ausgewiesene Gesamtvermögen der KZBV ist damit auf nunmehr 10.098.000 Euro angewachsen. Die notwendige Liquiditätsreserve entsprechend den Richtlinien der KZBV ist damit weit mehr als gewährleistet, die finanzielle Lage der Körperschaft ist solide. Der Jahresabschluss 2010 wurde durch

KZV	Mitglieder	KZV	Mitglieder
Baden-Württemberg		Niedersachsen	5.700
- Freiburg	1.538	Nordrhein	6.434
- Karlsruhe	1.875	Rheinland-Pfalz	2.475
- Stuttgart	2.635	Saarland	582
- Tübingen	1.247	Sachsen	3.348
Bayerns	9.311	Sachsen-Anhalt	1.759
Berlin	3.415	Schleswig-Holstein	1.996
Brandenburg	1.730	Thüringen	1.885
Bremen	469	Westfalen-Lippe	5.299
Hamburg	1.592		
Hessen	4.545		
Mecklenburg-Vorpommern	1.283		
			59.118

die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Verhülsdonk geprüft und mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen.

> **Haushaltsplanung 2011**

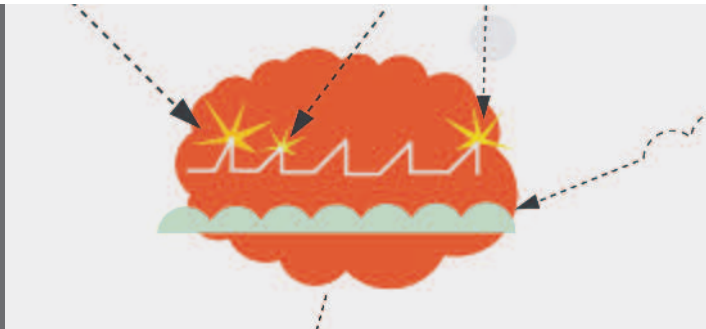
Der Haushalt der KZBV wird zu einem erheblichen Teil von Fixkosten bestimmt. Natürlich beeinflussen aber auch strategische und operative Entscheidungen das

Volumen des Etats. So musste die KZBV in den letzten Jahren Vorsorge tragen für eine mögliche Verlagerung des gesamten Geschäftsbetriebes von Köln nach Berlin, den die Vertreterversammlung 2006 im Grundsatz beschlossen, aber nicht terminiert hatte. Entsprechend diesem Beschluss waren Rücklagen für Sozialkosten in Höhe von 2 Mio. Euro im Kontext des Umzuges zu bilden. Seit 2007 flossen daher für die Dauer von fünf Jahren jährlich 400.000

Euro in die Rücklage, um den erforderlichen Gesamtbetrag im laufenden Jahr 2011 zu erreichen.

Für 2011 weist der Haushaltsplan (ohne Berücksichtigung der Vermögenszunahme) Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 14.343.000 Euro aus. Das entspricht einer Steigerung von 10,2 Prozent gegenüber dem Ansatz des Vorjahres.

Einnahmen	€	Ausgaben	€
Beiträge	11.920.332	Aufwandsentschädigungen, Beiträge	241.534
Zinsen	497.241	Öffentlichkeitsarbeit	183.372
Sonstige	667.006	Externe Dienste	776.505
		Reise- und Tagungskosten	1.695.595
		Personalkosten	8.352.263
		Sonstiger Verwaltungsaufwand	1.486.527
		Vermögenszunahme	348.783
	13.084.579		13.084.579



Der zahnärztliche Versorgungsmarkt in Zahlen

Die KZBV erhebt umfangreiche Statistiken zum zahnärztlichen Versorgungsmarkt in Deutschland. Das von der Abteilung Statistik bearbeitete Spektrum statistischer und ökonomischer Fragestellungen bildet eine zentrale Informationsgrundlage für die vertragspolitische Arbeit der KZBV. Die Analysen und Auswertungen (u. a. Strukturuntersuchungen, Auswirkungen der Umstrukturierung von Gebührenordnungen, Verhandlungen über die Fortschreibung des Zahnersatz-Punktwertes, Budgetproblematik) sind unverzichtbare Daten- und Argumentationsgrundlagen für die zahnärztliche Berufspolitik und dienen insbesondere der Vorbereitung von Gesprächen mit der Politik und Verhandlungen mit den Kostenträgern auf Bundesebene. Bei der Weiterentwicklung von Vertragsstrukturen fließen neben Berechnungen auch konzeptionelle Unterstützungen durch die Abteilung Statistik ein. Darüber hinaus erhebt

die Abteilung Statistik im Rahmen von Spezialstatistiken in koordinierender Funktion Strukturdaten der KZVen und führt als Dienstleistungsfunktion für die KZVen Sonderanalysen durch. So hat die Abteilung Statistik im berufspolitisch wichtigen Themenfeld der Kassenfusionen in koordinierender Funktion die Auswirkungen von Strukturkomponenten empirisch ermittelt und im Rahmen von Sonderanalysen KZV-spezifische Auswertungen vorgenommen.

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.

2010/2009	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Konserv. Leistungen	+ 0,4 %	+ 0,6 %	+ 0,5 %
Parodontologie	+ 1,5 %	+ 1,0 %	+ 1,3 %
Kieferbruch	+ 7,5 %	+ 7,2 %	+ 7,4 %
Kons., Par. und Kfbr.	+ 0,6 %	+ 0,9 %	+ 0,8 %

Grundlage: Abrechnungsdaten der KZVen je Mitglied

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KONS., PAR. UND KIEFERBRUCH

2010/2009	Primärkassen	Ersatzkassen	GKV
Kieferorthopädie	+ 4,7 %	+ 4,2 %	+ 4,5 %
Zahnersatz*	+ 2,4 %	+ 1,9 %	+ 2,2 %

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

AUSGABEN IN DEN BEREICHEN KIEFERORTHOPÄDIE UND ZAHNERSATZ

Ausgaben der Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung

> Konservierende und parodontologische Leistungen sowie Behandlung von Kieferbrüchen

Im Jahr 2010 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen für konservierende und parodontologische Leistungen sowie Kieferbruch gegenüber dem Vorjahr bundesweit um 0,8 % je Kassenmitglied. Bei dieser Ausgabenentwicklung ist die Wirkung der Zuzahlung der Versicherten nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) zu berücksichtigen. Die gezahlte Praxisgebühr summierte sich 2010 auf rd. 399 Mio. €, nach 402 Mio. € im Vorjahr. In den einzelnen Teilbereichen war die Entwicklung unterschiedlich. Der Anstieg bei den konservierenden Leistungen betrug 0,5 %, bei Parodontalbehandlungen 1,3 % und bei der Therapie von Kieferbrüchen 7,4 %. Die Ausgaben für den Bereich Individualprophylaxe wuchsen um 1,9 % und machten 6,2 % am Honorarvolumen im konservierend-chirurgischen Bereich aus. Die Zahl der Abrechnungsfälle im konservierend-chirurgischen Bereich blieb bei

einem Rückgang um 0,5 % in etwa auf dem Niveau von 2004. Die Zahl der Parodontalbehandlungen sank um 0,1 %.

> Zahnersatz und Kieferorthopädie

Im Bereich Kieferorthopädie stiegen die Ausgaben je Mitglied im Jahr 2010 um 4,5 %, die Zahl der Fälle stieg um 2,4 %. Damit setzte sich die in Deutschland in den letzten drei Jahren festzustellende Aufwärtsentwicklung im Bereich Kieferorthopädie fort.

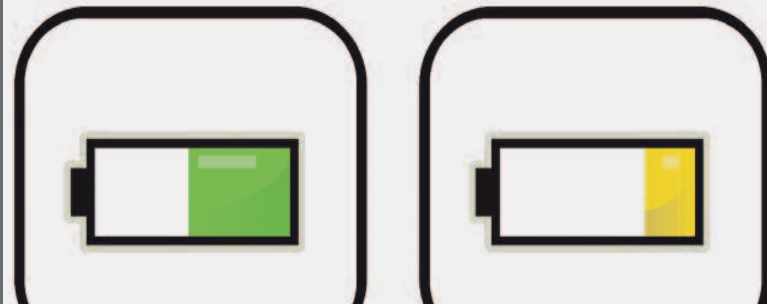
Die Entwicklung beim Zahnersatz muss vor dem Hintergrund der Einführung des Festzuschussystems im Januar 2005 gesehen werden. Seit diesem Zeitpunkt werden die andersartigen Versorgungen (ca. 6 % aller Fälle) nicht mehr über die KZVen, sondern direkt zwischen Patient und Zahnarzt abgerechnet. Um Vergleichbarkeit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

Gegenüberstellung mit Zeiträumen ab 2005 einbezogen werden.

Nach der Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 war ein deutlicher Rückgang der Neuversorgungsfälle 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 auch im Jahr 2010 weiter fort. So stiegen im Jahr 2010 die Ausgaben (inkl. andersartiger Versorgungen) je Mitglied gegenüber 2009 um 2,2 %, die Zahl der Fälle ging um 1,4 % zurück, und der Fallwert, also die durchschnittlich pro Fall von den Kassen geleistete Zahlung, stieg um 3,6 %. Im Jahr 2010 nahmen, wie schon in den Jahren 2006 bis 2009, die Neuversorgungsfälle wieder zu, während die Reparaturfälle in etwa konstant blieben. Der Fallwert für Neuversorgungen lag in 2010 um 7,0 % über dem Niveau des Jahres 2004. Dies belegt, dass die Höhe der Festzuschüsse richtig bemessen wurde.

Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebsausgaben)	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen-Überschuss)	Veränderung	Median des Einnahmen-Überschusses bei	
DEUTSCHLAND	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	377.957	+ 3,0 %	256.259	+ 2,7 %	67,8 %	121.698	+ 3,8 %	108.620	

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern · Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV · (Jahr 2009: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 15.10.2010)



Alle Angaben in €	Umsatz (aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit)	Veränderung	Kosten (= steuerliche Betriebs- ausgaben)	Veränderung	Anteil am Umsatz	Umsatz minus Kosten (= steuerl. Einnahmen- Überschuss)	Veränderung	Median des Einnahmen- Überschusses bei
ALTE BUNDESLÄNDER	1976	218.986	116.472		53,2 %	102.514		bis 1982 Median nicht ermittelt
	1980	293.513	179.910	Ø + 7,6 %	61,3 %	113.603	Ø + 2,6 %	
	1985	314.667	207.639	Ø + 1,4 %	66,0 %	107.028	Ø - 1,2 %	90.620
	1990	292.876	199.074	Ø - 1,4 %	68,0 %	93.802	Ø - 2,6 %	82.300
	1991	322.304	221.834	+ 10,0 %	+ 11,4 %	100.470	+ 7,1 %	87.700
	1992	355.312	251.000	+ 10,2 %	+ 13,1 %	104.312	+ 3,8 %	92.300
	1993	328.338	235.901	- 7,6 %	- 6,0 %	92.437	- 11,4 %	80.380
	1994	350.482	249.498	+ 6,7 %	+ 5,8 %	100.984	+ 9,2 %	88.180
	1995 ¹⁾	356.029	258.174	+ 2,6 %	+ 4,5 %	97.855	- 2,1 %	84.750
	1996	372.509	270.716	+ 4,6 %	+ 4,9 %	101.793	+ 4,0 %	88.230
	1997	383.884	280.320	+ 3,1 %	+ 3,5 %	103.564	+ 1,7 %	90.780
	1998	338.623	243.289	- 11,8 %	- 13,2 %	95.334	- 7,9 %	84.320
	1999	335.572	242.140	- 0,9 %	- 0,5 %	93.432	- 2,0 %	80.610
	2000	355.185	255.514	+ 5,8 %	+ 5,5 %	99.671	+ 6,7 %	86.340
	2001	361.522	254.291	+ 1,8 %	- 0,5 %	107.231	+ 7,6 %	95.110
	2002	365.746	256.853	+ 1,2 %	+ 1,0 %	108.893	+ 1,5 %	97.080
	2003	373.972	263.677	+ 2,2 %	+ 2,7 %	110.295	+ 1,3 %	98.540
	2004	376.435	262.368	+ 0,7 %	- 0,5 %	114.067	+ 3,4 %	102.970
2005	347.929	238.074	- 7,6 %	- 9,3 %	109.855	- 3,7 %	98.430	
2006	355.033	246.938	+ 2,0 %	+ 3,7 %	108.095	- 1,6 %	98.720	
2007	366.039	251.127	+ 3,1 %	+ 1,7 %	114.912	+ 6,3 %	102.300	
2008	386.550	264.667	+ 5,6 %	+ 5,4 %	121.883	+ 6,1 %	107.950	
2009	397.934	271.342	+ 2,9 %	+ 2,5 %	126.592	+ 3,9 %	114.560	
NEUE BUNDESLÄNDER	1992	268.253	189.375		70,6 %	78.878		70.790
	1993	239.144	167.482	- 10,9 %	70,0 %	71.662	- 9,1 %	62.000
	1994	257.478	180.884	+ 7,7 %	+ 8,0 %	76.594	+ 6,9 %	67.950
	1995 ¹⁾	261.903	185.955	+ 0,3 %	+ 1,6 %	75.948	- 2,7 %	68.670
	1996	271.378	187.498	+ 3,6 %	+ 0,8 %	83.880	+ 10,4 %	75.110
	1997	283.644	193.128	+ 4,5 %	+ 3,0 %	90.516	+ 7,9 %	80.990
	1998	246.168	164.813	- 13,2 %	- 14,7 %	81.355	- 10,1 %	74.180
	1999	237.469	161.004	- 3,5 %	- 2,3 %	76.465	- 6,0 %	69.020
	2000	254.634	171.463	+ 7,2 %	+ 6,5 %	83.171	+ 8,8 %	74.900
	2001	259.393	170.324	+ 1,9 %	- 0,7 %	89.069	+ 7,1 %	79.980
	2002	259.993	171.531	+ 0,2 %	+ 0,7 %	88.462	- 0,7 %	79.300
	2003	268.495	177.978	+ 3,3 %	+ 3,8 %	90.517	+ 2,3 %	82.980
	2004	271.395	177.716	+ 1,1 %	- 0,1 %	93.679	+ 3,5 %	85.910
	2005	247.021	161.382	- 9,0 %	- 9,2 %	85.639	- 8,6 %	77.770
2006	253.316	169.147	+ 2,5 %	+ 4,8 %	84.169	- 1,7 %	77.500	
2007	263.499	172.179	+ 4,0 %	+ 1,8 %	91.320	+ 8,5 %	81.660	
2008	274.327	178.789	+ 4,1 %	+ 3,8 %	95.538	+ 4,6 %	87.790	
2009	283.090	184.631	+ 3,2 %	+ 3,3 %	98.459	+ 3,1 %	88.980	

1) Berlin-Ost ist ab 1995 unter den alten Bundesländern subsumiert. Die Veränderungsdaten 1995 sind entsprechend bereinigt.

Steuerlicher Einnahmen-Überschuss = Einkommen vor Steuern. Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV (Jahr 2009: Auswertung auf der Basis des Rücklaufs bis 15.10.2010)

Betriebswirtschaftliche Eckdaten der Zahnarztpraxen

Die KZBV führt jährlich Kostenstruktur-erhebungen in zahnärztlichen Praxen durch. Für die Erhebung der Kostenstruktur des Jahres 2009 wurden rd. 30.000 nach dem Zufallsprinzip aus dem Zahnarztregister der KZBV ausgewählte Zahnärzte schriftlich befragt. Die ausgefüllten Fragebogen wurden einer eingehenden Plausibilitätskontrolle unterworfen.

> Entwicklung im Bundesdurchschnitt

Nach dem Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses (Einkommen vor Steuern) um 4,4 % je Inhaber in Deutschland im Jahre 2005 gegenüber 2004 (insbesondere aufgrund der Entwicklung im Bereich Zahnersatz im Zusammenhang mit der Einführung der Festzuschüsse) und einem weiteren Rückgang in 2006 stieg der Einnahmen-Überschuss in den Jahren 2007, 2008 und 2009 wieder an. 2009 lag

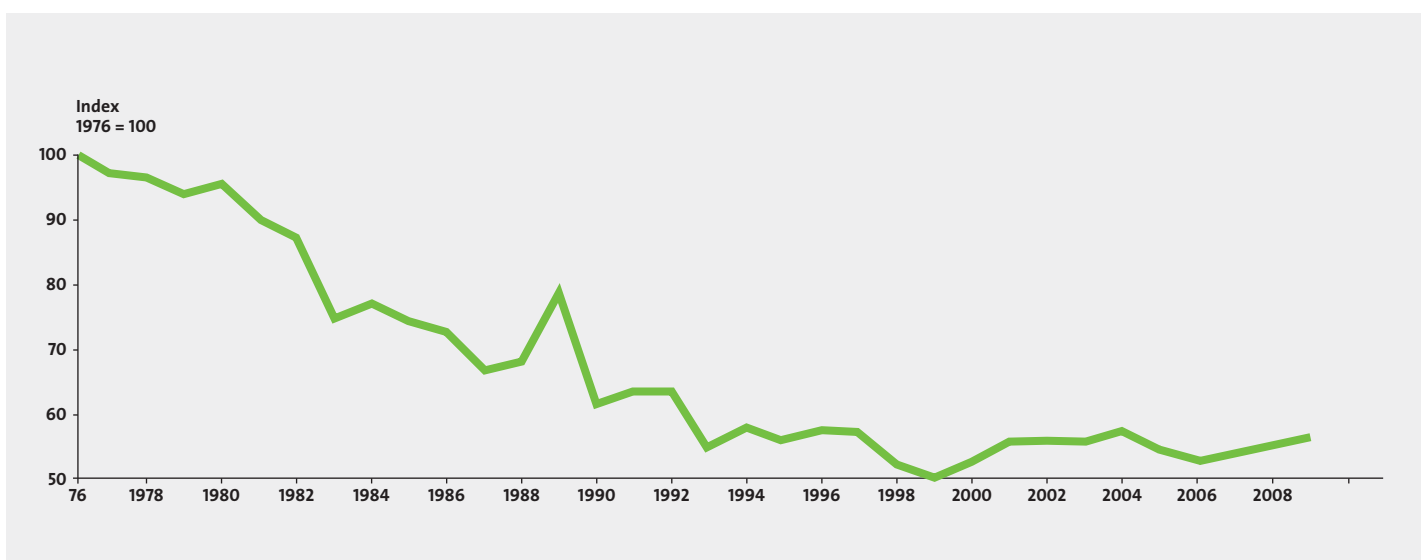
der Einnahmen-Überschuss mit 121.698 € um 3,8 % über dem Vorjahreswert. Gegenüber 2004 ist damit der Einnahmen-Überschuss um 10,2 % (durchschnittlich jährlich um 2,0 %) gestiegen. Da sich aber in diesem Zeitraum der allgemeine Preisindex um 9,3 % erhöhte, ist der Einnahmen-Überschuss real, also unter Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung, nur um 0,8 % angestiegen. Zurückzuführen ist die Entwicklung des zahnärztlichen Einnahmen-Überschusses in 2009 gegenüber 2008 auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3,0 % bei gleichzeitiger Zunahme der Betriebsausgaben um 2,7 %.

> Alte Bundesländer

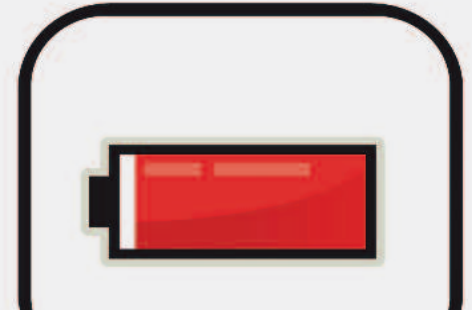
In den alten Bundesländern erhöhte sich der Umsatz je Praxisinhaber 2009 gegen-

über dem Vorjahr um 2,9 %. Die Betriebsausgaben stiegen gleichzeitig um 2,5 % an. Daraus resultierte ein Anstieg des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 3,9 % (real + 3,4 %) auf 126.592 €. Der im Jahr 2009 in den alten Bundesländern erzielte durchschnittliche Einnahmen-Überschuss lag nominal um rd. 25 % über dem Wert, den die Zahnärzte im Jahre 1976, also vor 33 Jahren, im Durchschnitt erreichten. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von knapp 0,7 %. Allerdings hat in diesem Zeitraum eine Preissteigerung (Inflationsrate) von rd. 119 % den Realwert des Einnahmen-Überschusses der Praxisinhaber auf 57 %, also auf gut die Hälfte, gegenüber 1976 reduziert.

2009 blieben 56 % der westdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen unter dem Durchschnittswert von 126.592 €, 44 % lagen darüber. Der Median des Einnah-



REALWERT DES ZAHNÄRZTLICHEN EINNAHMEN-ÜBERSCHUSSES ALTE BUNDESLÄNDER (1976 - 2009)



men-Überschusses lag 2009 bei 114.560 €. In den alten Bundesländern waren die Zahnärzte im Durchschnitt 47,5 Std. pro Woche tätig, davon 35,1 Std. behandelnd. Durchschnittlich wurden 5,65 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

> Neue Bundesländer

In den neuen Bundesländern stieg der Umsatz je Praxisinhaber 2009 gegenüber 2008 um 3,2 %. Die Betriebsausgaben erhöhten sich um 3,3 %, woraus ein Anstieg des durchschnittlichen Einnahmen-Über-

schusses um 3,1 % (real + 2,7 %) auf 98.459 € resultiert. Insgesamt führten die Einkommensrückgänge in 2005 und 2006 und die Einkommensanstiege in 2007, 2008 und 2009 zu einer Erhöhung des Einnahmen-Überschusses um 5,1 % im Jahr 2009 gegenüber 2004, was einer durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate von 1,0 % entspricht. Aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung, die zwischen 2004 und 2009 10,1 % in den neuen Bundesländern betrug, ist der Einnahmen-Überschuss in diesem Zeitraum real um 4,5 % zurückgegangen.

Im Jahr 2009 blieben 58 % der ostdeutschen Zahnärzte mit ihrem Einkommen vor Steuern unter dem Durchschnittswert von 98.459 € und 42 % erreichten ein höheres Einkommen. Der Median des Einnahmen-Überschusses lag im Jahr 2009 in den neuen Bundesländern bei 88.980 €.

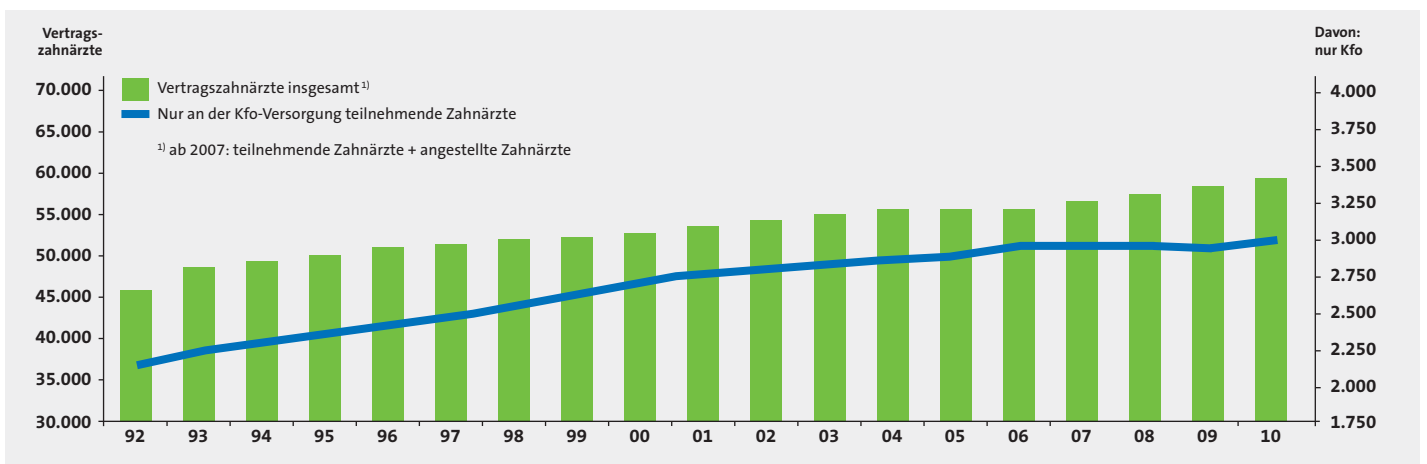
Für den ostdeutschen Zahnarzt ergab sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,8 Stunden, davon entfielen 34,9 Stunden auf die Behandlung. Durchschnittlich wurden 3,71 Personen (einschließlich unentgeltlich tätiger Familienangehöriger) in der Praxis beschäftigt.

Zahl der Zahnärzte

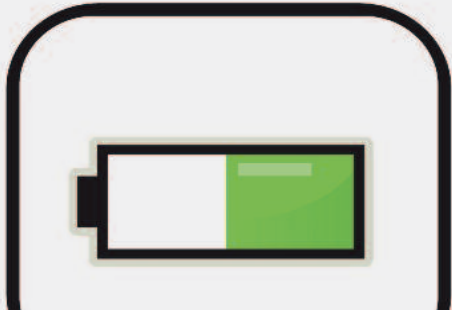
Das seit dem 01.01.2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde zum 01.07.2007 durch Änderungen der Bundesmantelverträge präzisiert. Damit sind neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen. Vertragszahnärzte können nun in erweitertem Umfang Zahnärzte anstellen,

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

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) in Deutschland betrug Ende 2010 54.245 (alte Bundesländer inkl. Berlin 44.787, neue Bundesländer 9.458). Damit verringerte sich die Zahl der Vertragszahnärzte in Deutschland gegenüber dem Vorjahr um 0,4 % (alte Bundesländer



AN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ZAHNÄRZTE DEUTSCHLAND (1992 - 2010)



– 0,3 %, neue Bundesländer – 1,0 %). Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich Ende 2010 auf 3.019 (alte Bundesländer und Berlin: 2.588, neue Bundesländer ohne Berlin: 431) und stieg damit gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 1,6 % an.

Die insgesamt rückläufige Zahl der Vertragszahnärzte stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Ver-

tragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) Anfang 2007 gesehen werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des IV. Quartals 2009 belief sich diese Zahl in Deutschland auf 4.087, Ende des IV. Quartals 2010 auf 5.006. Wesentliche Gründe für den Anstieg der angestellten Zahnärzte dürften sein, dass einerseits Vertragszahnärzte aus der Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis gewechselt sind und andererseits Berufs-

anfänger 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 2009 58.540 (+ 1,2 % gegenüber IV/2008) und am Ende des IV. Quartals 2010 59.251 (+ 1,2 % gegenüber IV/2009). Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen (bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV).

Zahnärztliches Abrechnungsverhalten bei privaten Leistungen

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

Bei der GOZ-Statistik werden für alle Privatabrechnungen die wesentlichen Rechnungsdaten (die einzelnen GOZ/GOÄ-Positionen

mit Häufigkeit, Multiplikator, Begründung und Betrag sowie Material- und Laborkosten getrennt nach Praxis- und Gewerbelabor) sowie zusätzlich auch der Patientenstatus (Privatversicherter oder GKV-Versicherter) erfasst. Für die Teilnahme an der Datenerhebung konnten mittlerweile rund 500 Zahnärzte gewonnen werden.

Für das Jahr 2009 lassen sich aus der GOZ-Analyse folgende Kernergebnisse zum Liquidationsverhalten bei der Behandlung von

Privatversicherten festhalten: Der durchschnittlich angesetzte Multiplikator (GOZ-Faktor) lag bei 2,47 für persönliche Leistungen und bei 1,94 für medizinisch-technische Leistungen. Dabei wurden 66,3 % der Leistungen zum 2,3-fachen liquidiert. 8,0 % wurden unter dem 2,3-fachen und 25,7 % über dem 2,3-fachen GOZ-Faktor abgerechnet.

> Impressum

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

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

Layout: beau bureau, Stephan Wieneritsch

Fotos: KZBV/Darchinger, KZBV/Lopata

Illustrationen: istockphoto/DrAfter 123

