

VORSTANDSINFORMATIONEN

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Vorstand:
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender

Hausanschrift:
Helene-Lange-Straße 4 - 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977-0,
Fax: 0331 2977-318
Internet: www.kzvlb.de
E-Mail: info@kzvlb.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztekasse eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601
IK: 210 500 766

Nr. 05/2012

An alle
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Potsdam, 26.04.2012

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

1. - **Schreiben des Vorstandes an Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Anita Tack** Anlage
- 2.6. - **Versorgung der heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamten der Bundespolizei mit plastischem Füllungsmaterial – Kündigung der Vereinbarung zur Abrechnung von Füllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik (Leistungsnummern HR 1 bis 4)**
- 3.2.5. - **Datenübermittlung an die KZV Land Brandenburg**
8. - **Anmeldung: „Endovertrag AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin und der Brandenburgischen BKK Wissenschaft & Abrechnung“** Anlage

Anlagen

- Punktwertübersicht Fremdkassen ab 01.01.2012
- Anmeldung: „Endovertrag AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin und der Brandenburgischen BKK Wissenschaft & Abrechnung“
- Anmerkungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

Anlage

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Land Brandenburg

Vorstand:
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender

KZV Land Brandenburg · Postfach 600864 · 14408 Potsdam

Frau
Anita Tack
Ministerium für Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam

Hausanschrift:
Helene-Lange-Straße 4 - 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977-0
Fax: 0331 2977-318
Internet: www.kzvlb.de
E-Mail: info@kzvlb.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ: 300 606 01
IK: 210 500 766

19. April 2012

Anmerkungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung

Sehr geehrte Frau Ministerin,

zum kürzlich vorgelegten Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung übermitteln wir Ihnen in der Anlage Anmerkungen der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg steht im vollen Umfang hinter der den Aussagen der KZBV.

Gerne würden wir die angesprochenen Themen in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen weiter vertiefen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Dr. Eberhard Steglich
Vorstandsvorsitzender der
KZV Land Brandenburg

Rainer Linke
stellvertretender Vorsitzender der
KZV Land Brandenburg

Anlage

VERSORGUNG DER HEILFÜRSORGBERECHTIGTEN POLIZEIVOLLZUGSBEAMTEN DER BUNDESPOLIZEI MIT PLASTISCHEM FÜLLUNGSMATERIAL – KÜNDIGUNG DER VEREINBARUNG ZUR ABRECHNUNG VON FÜLLUNGEN IN SCHMELZ-DENTIN-ADHÄSIVTECHNIK (LEISTUNGSNUMMERN HR 1 BIS 4)

Wir informierten Sie mit Vorstandsinformation vom 20.03.2012 (4/2012) darüber, dass die KZVLB das Bundesministerium des Innern (BMI) wegen der, unserer Auffassung nach rechtsunwirksamen Kündigung vorbezeichneter Vereinbarung vor dem Sozialgericht Potsdam verklagt hat.

Ihnen ist es freigestellt, bei Bundespolizeibeamten die Füllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik wie bei GKV-Patienten als mehrkostenfähige Füllung nach BEMA-Nr. 13 a-d über die KZVLB abzurechnen mit der Folge, dass Sie mit Ihren Patienten eine Mehrkostenvereinbarung treffen müssten.

Auf Anfrage teilte das BMI der KZVLB mit, dass auch im Falle seines Unterliegens im Gerichtsstreit diese Mehrkosten nicht an die betroffenen Patienten zurückerstattet würden. Wörtlich hieß es in dem Schreiben: „Wir sind selbstverständlich bereit, im Rahmen der Quartalsabrechnungen, nach Erhalt der Aufstellung der betroffenen Praxen und Patienten sowie der entsprechenden Gebührenberechnung, nach EBM (BEMA, Korrektur der Redaktion) Nrn. 13a bis 13d zu vergüten.“

Die Ablehnung des BMI, bei einem Unterliegen im Rechtsstreit die für die Polizeivollzugsbeamten entstandenen Mehrkosten nicht zurückzahlen zu wollen, können wir nicht nachvollziehen. Unseres Erachtens müsste das BMI allein schon aus rechtlichen Gründen verpflichtet sein, diesen Versicherten die Kosten bzw. den Schaden, den sie infolge einer unzulässigerweise gekündigten Vereinbarung erlitten haben, zu ersetzen. Zumindest müsste das BMI aber aufgrund der gegenüber den Polizeivollzugsbeamten bestehenden Fürsorgepflicht für diese Mehrkosten aufkommen, sofern das Gericht die Kündigung als unzulässig wertet.

Der Ausgang des Gerichtsverfahrens bleibt somit abzuwarten.

Angela Fina, Telefon: 0331 2977-338, angela.fina@kzvlb.de

DATENÜBERMITTLUNG AN DIE KZV LAND BRANDENBURG

Bereits in der Vorstandsinformation 04/2012 erfolgte der Abrechnungshinweis, dass in Bezug auf die „Befund-Nr.“ für die Festzuschüsse zwingend die entsprechende **Zahn- bzw. Gebietsangabe** übermittelt werden muss.

Da die Krankenkassen nun nicht mehr bereit sind, fehlende Angaben zu tolerieren und unsererseits aus arbeitsorganisatorischen Gründen nicht in jedem Fall ein klärender Anruf erfolgen kann, sind wir gezwungen, derartige Fälle zukünftig nicht mehr zur Abrechnung an die Krankenkasse weiterzuleiten.

Darum:

Bitte überprüfen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen dahingehend, dass für jeden Festzuschussbefund auch immer eine Zahn- bzw. Gebiets-(Kiefer-)Angabe erfolgt!

Beispiel 1:

TP																	
R			H	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	E	
B	f			f	f		f	f	f	f		f	f	f	f	f	
Zahn	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Zahn	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	f	f	f	f							f	f	f	f		
R	E	E	E	E	E	TV					TV	E	E	E	E	H	
TP																	

Bef.-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
3.1	OK, UK	2
3.2	13, 23, 33, 43	4
4.7	13, 23, 33, 43	4

Beispiel 2:

Oberkiefer-Totalprothese: Bruchreparatur

Bef.-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
6.2	OK	1

Anke Kowalski, Telefon: 0331 2977-111, anke.kowalski@kzvlb.de

ANMELDUNG: ENDOVERTRAG AOK NORDOST, DER IKK BRANDENBURG UND BERLIN UND DER BRANDENBURGISCHEN BKK WISSENSCHAFT & ABRECHNUNG

Referenten:

Dr. Stefan Böhm, KZV Bayerns

Rainer Linke, KZV Land Brandenburg

Die Vortragsveranstaltung findet statt:

Anlage

**am 23. Mai 2012
von 14:30 bis ca. 17:00 Uhr**

in Potsdam, Fortbildungsetage der KZVLB, Hofgebäude der Helene-Lange-Straße 4a,
14469 Potsdam.

Fortbildungspunkte: 2,5

Kosten: Die Veranstaltung ist kostenfrei.

Silke Klipp, Telefon: 0331 2977-336, silke.klipp@kzvlb.de

Punktwertübersicht ab 01.01.2012 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro*Alle Aktualisierungen nach RS 04/2012 sind fett gedruckt!*

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Baden- Württemberg	02	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8979 <u>BKK</u> : 0,8983 <u>IKK</u> : 0,8983 <u>LKK</u> : 0,8979	0,9540
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9346 <u>BKK</u> : 0,9374 <u>IKK</u> : 0,9350 <u>LKK</u> : 0,9346	0,9752
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8382 <u>Statusergänzung 6, 7 u. 8</u> : 0,8864 <u>BKK</u> : 0,8240 <u>IKK</u> : 0,7725 <u>LKK</u> : 1,0348	0,9678
		IP/FU	0,9226	0,9050
Rheinland- Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,8891	0,9914
		IP/FU	0,9167	0,9914
Bayern	11	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8732 <u>BKK</u> : 0,8967 <u>IKK classic</u> : 0,8836 / ab 01.07.: 0,8967 <u>IKK</u> : 0,8967 <u>LKK</u> : 0,8836	0,9914
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,0000 <u>BKK, IKK, LKK</u> : 1,0200	0,9914
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,8789	0,9456
		IP/FU	1,0010	1,0204
Hessen	20	KCH, PAR, KB	<u>AOK, IKK</u> : 0,9030 <u>BKK, LKK</u> : 0,8898	0,9457
		IP/FU	<u>AOK, IKK</u> : 0,9400 <u>BKK, LKK</u> : 0,9200	0,9697
Berlin	30	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8447 <u>LKK</u> : 0,8810 <u>BKK VBU</u> : 0,8364 <u>alle and. BKK WOP-KK</u> : 0,8918 <u>IKK Brandenburg und Berlin und einstrahlende IKK</u> : 0,8767	0,8110
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9659 <u>LKK</u> : 0,9308 <u>BKK</u> : 0,9489 <u>IKK Brandenburg und Berlin und einstrahlende IKK</u> : 0,9565	0,8987
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,8476	0,8934
		IP/FU	0,8828	0,9302
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8133 <u>BKK</u> : 0,8508 <u>IKK</u> : 0,8447	0,9889
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9444 <u>BKK</u> : 0,9478 <u>IKK</u> : 0,9444	0,9775

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2012 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Saarland	35	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8676 <u>BKK</u> : 0,8862 <u>IKK</u> : 0,8676	0,9287
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9137 <u>BKK</u> : 0,9301 <u>IKK</u> : 0,9301	0,9521
Schleswig-Holstein	36	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8133 <u>BKK</u> : 0,8508 <u>IKK</u> : 0,8447 <u>LKK</u> : 0,8447	-
		IP/FU	<u>AOK</u>: 0,9637 <u>BKK</u>: 0,9772 <u>IKK</u>: 0,9756 <u>LKK</u>: 0,9756	-
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,8699	0,9463
		IP/FU	0,8760	1,0000
Mecklenburg/Vorpommern	52	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8332 <u>BKK</u> : 0,8403 <u>IKK Nord</u> : 0,8237 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8117	0,8734
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8783 <u>BKK</u> : 0,8700 <u>IKK Nord</u> : 0,8456 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8117	0,8734
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u>: 0,8154 <u>BKK</u> : 0,8515 <u>IKK gesund plus</u>: 0,8186 <u>einstrahlende IKK</u>: 0,8186	0,8333
		IP/FU	<u>AOK</u>: 0,8677 <u>BKK</u> : 0,8931 <u>IKK gesund plus</u>: 0,8840 <u>einstrahlende IKK</u>: 0,9026	0,8520
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8218 <u>BKK</u> : 0,8900 <u>IKK</u> : 0,8375	0,8723
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8800 <u>BKK</u> : 0,9010 <u>IKK</u> : 0,8828	0,8723
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8217 <u>BKK</u> : 0,8815 <u>IKK</u> : 0,8426	0,8452
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9700 <u>BKK</u> : 1,0000 <u>IKK</u> : 0,9030	0,8452

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum 26.04.2012 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Antwort bitte bis spä-
testens 11.05.2012**

KZV Land Brandenburg
Abt. Kommunikation
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Tel.-Nr.:
0331 2977-336
Fax-Nr. :
0331 2977-220

Anmeldung „Endovertrag

AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin und der Brandenburgischen BKK

Wissenschaft & Abrechnung“

Ich/Wir melde/n mich/uns zur Fortbildungsveranstaltung an:

Ort	Termin	Referenten	Personenanzahl
KZV Land Brandenburg Fortbildungsetage Helene-Lange-Straße 4a 14469 Potsdam	23.05.2012 14:30 Uhr bis ca. 17:00 Uhr	Dr. Stefan Böhm Rainer Linke	

Für die erfolgreiche Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung erhalten Sie 2,5 Punkte.

Die Veranstaltung ist kostenfrei.

Datum

Abrechnungs-Nr.

Stempel/Unterschrift

Anmerkungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht ein tendenziöses Positionspapier zur zahnmedizinischen Versorgung, in einer Situation, die gekennzeichnet ist durch einen Spitzenplatz Deutschlands bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich, ein hohes Qualitätsniveau der zahnmedizinischen Versorgung und eine ausgesprochen gute Finanzsituation der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband zeigt bedauerlicherweise mit seinem Positionspapier keine Bereitschaft, sich den tatsächlichen Herausforderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu stellen, die ganz wesentlich durch den demografisch bedingten Wandel in unserer Gesellschaft geprägt werden und entsprechend veränderte Versorgungsstrukturen erfordern. Das gilt besonders im Bereich der Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung und der zunehmenden Prävalenz parodontaler Erkrankungen und ihren Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit. Die zunehmende Unterversorgung bei Parodontalerkrankungen und die sachgerechte Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko erfordern veränderte Versorgungsstrukturen. Stattdessen fokussieren sich die Krankenkassen auf den „Ersatzkriegsschauplatz“ der Zahnersatzversorgung, einem Leistungsbereich, der erst 2005 durch den Gesetzgeber innovativ und grundsätzlich neu geregelt wurde und seitdem einerseits die hohe Akzeptanz der Versicherten genießt und andererseits zu erheblichen jährlichen finanziellen Entlastungen der Krankenkassen geführt hat. Es ist bezeichnend, dass der GKV-Spitzenverband verschweigt, dass diese Einsparpotenziale nicht dafür genutzt werden, die anstehenden Versorgungsdefizite im zahnärztlichen Bereich anzugehen, sondern zum Stopfen anderer Finanzlöcher genutzt werden.

Vorbemerkung

In der Vorbemerkung stellt der GKV-Spitzenverband zu Recht fest, dass sich die Mundgesundheit in Deutschland in den letzten Jahrzehnten in allen Altersgruppen kontinuierlich verbessert hat. Am deutlichsten zeigt sich diese Entwicklung bei Kindern, aber auch Erwachsene haben von den Erfolgen der präventiven Zahnheilkunde profitiert.

„Den entscheidenden Beitrag“ hierzu erbringen „sowohl vom Finanzumfang als auch vom Leistungsumfang die Krankenkassen“, heißt es in dem Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung. Das stimmt so nicht. Die Erfolge bei der Mundgesundheit führt das Robert Koch-Institut in der Berichterstattung des Bundes in Heft 47 zur Mundgesundheit auf folgende Faktoren zurück: „Die Erfolge der präventiven Zahnheilkunde in Deutschland wurden bei den Kindern und Jugendlichen durch die breite Verfügbarkeit von Fluoriden in der Gruppen- und Individualprophylaxe sowie durch den Einsatz von Fissurenversie-

gelingen (Versiegelung der kariesgefährdeten Kauflächen durch eine dünne Kunststoffschicht) ermöglicht.“¹ Für die positive Entwicklung der Mundgesundheit ist vielmehr der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin von einer kurativen hin zu einer präventiven Ausrichtung der Zahnheilkunde von zentraler Bedeutung. Es ist gelungen, das Mundgesundheitsbewußtsein der Bevölkerung grundlegend positiv zu verändern, was sich unter anderem in einem deutlich verbesserten eigenverantwortlichen Mundpflegeverhalten und der Bereitschaft niedergeschlagen hat, den Zahnarzt regelmäßig zur Kontrolle des Mundgesundheitszustandes aufzusuchen. Unter Einbeziehung ergänzender Bausteine wie der Gruppen- und Individualprophylaxe, umfangreichen Aufklärungskampagnen und dem Einsatz von Fluoriden konnte ein Paradigmenwechsel in der Zahnheilkunde erreicht werden, der von der Zahnärzteschaft eingeleitet und wesentlich gestaltet wurde. Ergebnis dieser Bemühungen ist, dass Deutschland im internationalen Vergleich mittlerweile eine Spitzenposition bei der Mundgesundheit einnimmt und für viele andere Gesundheitssysteme Vorbildcharakter hat.

Deutschland hat im Vergleich zu Gesundheitssystemen anderer Industrieländer einen sehr umfassenden GKV-Leistungskatalog in der zahnmedizinischen Versorgung der – im Gegensatz zu unseren Nachbarländern – auch Zahnersatzleistungen beinhaltet. Dies zeigt auch eine gesundheitsökonomische Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)², die in Zusammenarbeit mit BASYS realisiert wurde und deren Ziel es war, einen systematischen Überblick über die zahnärztliche Vergütungssituation in zahlreichen europäischen Ländern zu geben. Auch beim Zahnersatz hat Deutschland ein vergleichsweise sehr hohes Versorgungsniveau. Gleichzeitig ist die heutige Versorgung mit Zahnersatz sozial ausgewogen und schließt Überforderungen sozial bedürftiger Menschen durch eine umfassende Härtefallregelung aus.

Es war das Ziel des Gesetzgebers und der Verhandlungen im G-BA, mit der Umstellung auf das Festzuschusssystem beim Zahnersatz im Jahr 2005 das schon vorher bestehende hohe Versorgungsniveau zu erhalten und dies im neu eingeführten System abzubilden. Jedem Bürger sollte nicht nur weiterhin eine gute, qualitativ hochwertige und dem wissenschaftlichen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung mit Zahnersatz ermöglicht, sondern auch die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt gesichert werden. Gleichzeitig aber sollten mit dem Festzuschusssystem vorher bestehende soziale Ungerechtigkeiten des alten prozentualen Zuschusssystems beseitigt und notwendige Versorgungsformen von solchen getrennt werden, die den Wünschen der Versicherten entsprechend besonders aufwändig gestaltet werden. Letztere sollten eben nicht länger zu Lasten der Solidargemeinschaft finanziert, sondern in die Eigenverantwortung der Versicherten verlagert werden. Festzustellen ist heute, dass diese

¹ Mundgesund, Heft 47, Robert Koch-Institut, Berlin 2009

² Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext, IDZ-Information 1/2000

Ziele vollumfänglich erreicht und im gesellschaftspolitischen Konsens umgesetzt worden sind.

Das Festzuschusssystem wurde von vorneherein als „lernendes System“ konzipiert, um dauerhaft den Anforderungen an ein modernes Versorgungssystem zu entsprechen. Folgerichtig beobachtet und modifiziert die KZBV die Auswirkungen des Festzuschusssystems gemeinsam mit den Beteiligten im GBA.

- Mit dem Festzuschusssystem erhalten GKV-Versicherte erstmalig auch Zuschüsse für innovative Behandlungsmethoden wie z. B. Implantatversorgungen. Die Daten aus einem Festzuschussbericht der KZBV aus dem Jahr 2008³ zeigen, wie fortschrittsfreundlich das System ist und sie belegen, dass durch die Einführung der Festzuschüsse die Teilhabe der Bevölkerung am zahnmedizinischen Fortschritt nachhaltig gesichert wird. Mittlerweile ist gut jede vierzehnte Zahnersatzneubehandlung eine implantatgetragene Versorgung⁴.
- Das hohe Versorgungsniveau der Regelversorgung (Brückenversorgung im Front und Seitenzahnbereich, Teleskopversorgungen) garantiert sozial Schwachen über die Härtefallregelung eine im europäischen Vergleich herausragende, zuzahlungsfreie Versorgung. Der im Rahmen der Härtefallregelung gewährte doppelte Festzuschuss deckt im Durchschnitt die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung vollumfänglich ab. Durch die Härtefallregelung ist das Festzuschusssystem sozial ausgewogen.
- Dort wo gesetzlich Versicherte private zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden müssen, ist festzustellen, dass Zahnärzte bei gleich- und andersartigen Versorgungsmöglichkeiten moderat abrechnen und sehr verantwortungsbewusst mit der Rechnungsstellung umgehen. Der bei der Privatbehandlung von gesetzlich Versicherten durchschnittlich berechnete GOZ-Satz liegt auch weiterhin deutlich unter den Sätzen, wie sie durchschnittlich bei Privatversicherten berechnet werden⁵.

Die erweiterten Wahlmöglichkeiten der Patienten, die mit dem System befundbezogener Festzuschüsse verbunden sind, haben das Bedürfnis der Patienten nach verlässlichen Informationen zur Behandlung und ihr Kostenbewusstsein deutlich verstärkt. Diesem Beratungsbedarf tragen KZBV, Bundeszahnärztekammer und ihre Mitgliedsorganisationen mit einem umfassenden Beratungsangebot und einem Zweitmeinungsmodell⁶ Rechnung. Das Festzuschusssystem genießt bei den Patienten eine hohe Akzeptanz. Dazu tragen auch die gesetzlichen Vorgaben zur Transparenz bei: Vor jeder prothetischen Behandlung muss der Zahnarzt nach ei-

³ Bericht über die Auswirkungen des Festzuschusssystems bei Zahnersatz in der GKV 2005-2007, KZBV, 17. Juni 2008

⁴ Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, KZBV-Jahrbuch 2010

⁵ KZBV-Statistik 2011, 12.04.2011

⁶ www.zahnarzt-zweitmeinung.de

nem entsprechenden Aufklärungsgespräch, in dessen Verlauf sämtliche Behandlungsalternativen inkl. der Kosten dargestellt und mit dem Versicherten abgestimmt werden, einen schriftlichen Heil- und Kostenplan erstellen. In diesem Heil- und Kostenplan sind die notwendige Versorgung (Regelversorgung) und deren Kosten, als auch vom Patienten gewünschte zusätzliche oder über das notwendige Maß hinausgehende Versorgungen (gleich- und andersartige Versorgungen) und deren Kosten explizit dargestellt. Der Versicherte erhält also vor Beginn einer Behandlung Überblick über die individuellen Behandlungsmöglichkeiten und umfangreiche Kostentransparenz. Auf dieser Basis kann er dann gemeinsam mit seinem Zahnarzt eine Therapieentscheidung (partizipative Entscheidungsfindung) treffen.

Eine „zunehmende Privatisierung“ der zahnmedizinischen Versorgung findet nicht statt. Deutschland hat im europäischen Vergleich in der Zahnmedizin insbesondere auch in der prothetischen Versorgung einen sehr umfassenden GKV-Leistungskatalog.

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

Die Einführung der Festzuschüsse beim Zahnersatz mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist ein weiterer Schritt in diese Richtung. Es ermöglicht den Versicherten die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt in der zahnmedizinischen Versorgung. GKV-Versicherte haben Anspruch auf Zuschüsse für innovative Behandlungsmethoden, wie beispielsweise Implantatversorgungen. Gleichzeitig gewährleistet das Festzuschusssystem einen verantwortungsvollen Umgang mit den finanziellen Ressourcen der Solidargemeinschaft. Seit Einführung des Festzuschusssystem im Jahre 2005 werden die Krankenkassen um jährlich ca. eine Milliarde € entlastet, die vorher in die Zahnersatzversorgung als Zuschüsse geflossen sind⁷. Diese Einsparungen wurden von den Krankenkassen

⁷ BMG-Statistiken: KJ1 2004-2010; KV45 2011

nicht für eine notwendige Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung in anderen Leistungsbereichen zur Verfügung gestellt.

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

Eine Fokussierung auf die prothetische Versorgung, wie sie im Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung erfolgt, ist Zahnheilkunde von gestern. Das Positionspapier ignoriert den Paradigmenwechsel hin zur präventiven Zahnheilkunde und gibt keine Antworten auf die Herausforderungen von morgen - beispielsweise wie den besonderen Bedürfnissen zunehmend älterer und alter Menschen und Menschen mit Behinderung Rechnung getragen werden soll, wie eine moderne Parodontalbehandlung ausgestaltet werden soll und mit welchen Versorgungsangeboten auf die unterschiedliche Betroffenheit einzelner Bevölkerungsgruppen durch Karies – insbesondere Kinder mit hohem Kariesrisiko – reagiert werden soll.

Punkt 1. Freie Arztwahl der Versicherten und Teilhabe am medizinischen Fortschritt

In der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde existieren für eine Befundsituation meist mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen, die zum Teil deutlich über die notwendige Grundversorgung hinausgehen. Mit der Frage der Abgrenzung zwischen der solidarisch finanzierten „need dentistry“ zur Erfüllung eines objektiven Bedarfs und einer darüber hinausgehenden „want dentistry“ zur Erfüllung subjektiver Ansprüche des Versicherten an Tragekomfort, Ausgestaltung und Kosmetik hat sich der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001⁸ befasst und deutlich gemacht, wie hier die Grenzziehungen angesetzt werden müssen. Bei einem gegebenen Leistungsanspruch des Patienten durch eine anerkannte Therapienotwendigkeit (Befund) können und sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht alle wünschenswerten Therapiealternativen von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Ausdrücklich verlangt der Gesetzgeber, dass die Mehrkosten für diese Therapiealternativen vom Patienten selbst zu tragen sind.

Ausgehend von einem Befund lässt sich ein Behandlungsziel in der zahnmedizinischen Versorgung mit unterschiedlichen wissenschaftlich abgesicherten Therapiealternativen erreichen, die für den Patienten mit Unterschieden in Ästhetik und

⁸ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, III.4, Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Gutachten 2000/2001

Tragekomfort einhergehen und gegebenenfalls unterschiedliche Kosten in technischer Herstellung und Behandlung verursachen. Die über die Grundversorgung hinausgehenden Mehrkosten hat der Patient selbst zu tragen. Die Leistungserbringung ist in wesentlichen Leistungsbereichen (Prothetik, Parodontologie, Kieferorthopädie) von einer vorherigen Therapieplanung, und Genehmigung durch die Krankenkasse, abhängig. Dazu werden gegebenenfalls auch gutachterliche Stellungnahmen durch die GKV eingeholt. Dies setzt voraus, dass es sich nicht um akut indizierte sondern vorab planbare Leistungen handelt.

Das Festzuschusssystem hat sich als Steuerungsinstrument in der prothetischen Versorgung bewährt und Modellcharakter für andere Bereiche der zahnmedizinischen Versorgung erhalten. Die Übertragung des Festzuschusssystems hängt im Wesentlichen davon ab, dass in den betreffenden Leistungsbereichen eine Differenzierung in Grundleistungen (need dentistry) und Wahlleistungen (want dentistry) wissenschaftlich fundiert und gesellschaftlich konsentiert möglich ist. Der Grundleistungskatalog muss dabei den gesetzlichen Vorgaben entsprechend eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich notwendige Versorgung abbilden, die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht (§§2, 12 SGB V).

Die Behandlungsbereiche Zahnersatz, Parodontologie, Kieferorthopädie und Kieferbruch sind genehmigungspflichtige Leistungsbereiche. Die Verfahren der Behandlungsplanung, -begutachtung und -genehmigung stellen Verfahren der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung dar und garantieren, dass jeweils nur zahnmedizinisch indizierte und dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entsprechende Leistungen erbracht werden. Alle Heil- und Kostenpläne werden den Krankenkassen vor Beginn der Behandlung zur Genehmigung und Prüfung vorgelegt. Sie enthalten sämtliche Kosten der Regelversorgung und auch sämtliche Kosten einer gleich- und andersartigen Versorgung. Die Krankenkassen haben also schon vor einer Behandlung vollständige Kostentransparenz und die Möglichkeit, ihre Versicherten zu beraten.

Das zwischen Krankenkassen und Zahnärzteschaft in Bundesmantelverträgen einvernehmlich geregelte Gutachterverfahren genießt bei allen Beteiligten eine sehr hohe Akzeptanz. Es dient auch der Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit und Förderung der Behandlungsqualität und stellt für die Patienten ein anerkanntes Verfahren dar, um geplante wie durchgeführte Behandlungen fachlich neutral begutachten zu lassen. Dieses Verfahren trägt wesentlich zur Transparenz bei.

Das Festzuschusssystem ist die Antwort der Zahnärzteschaft auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Es ist die Alternative zum Vertragswettbewerb mit Einkaufsmodellen der Krankenkassen. Im Mittelpunkt stehen das direkte Zahnarzt-Patienten-Verhältnis und die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Der Patient entscheidet gemeinsam mit seinem Zahnarzt über die notwendige Therapie (parti-

zipative Entscheidungsfindung). Das Festzuschusssystem stärkt auf Basis der freien Zahnarztwahl den Patienten in seiner Möglichkeit, die Servicequalität und die Preise der Zahnärzte untereinander zu vergleichen und stärkt gleichzeitig die direkte Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Gleichzeitig ermöglicht das Festzuschusssystem den Weg zur Wahl der Kostenerstattung durch den Patienten und den Abbau von bürokratischen Hürden. Nimmt man das Prinzip einer zunehmenden wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitswesens ernst, muss zwingend die freie Arztwahl des Versicherten erhalten und gefördert werden. Die Informations-, Vergleichs- und Beratungsmöglichkeiten der Patienten müssen fortwährend verbessert werden. Von den Krankenkassen geforderte „Zwangsmaßnahmen“ unterstreichen deren Verständnis von ihren Versicherten als unmündige Bürger.

Die Vertrauensbasis zwischen Zahnarzt und Patient ist sehr gut. Dies geht aus einer aktuellen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach⁹ hervor: Von den knapp 1800 repräsentativ ausgewählten Befragten haben 90 Prozent die Qualität der Behandlung positiv bewertet. 87 Prozent haben angegeben, ‚großes Vertrauen‘ in ihren Zahnarzt zu haben. 84 Prozent haben die zahnärztliche Versorgung in Deutschland generell als ‚gut‘ eingestuft. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Zahnärzteschaft in der Bevölkerung insgesamt über ein sehr positives Ansehen verfügt. Mit ihren Forderungen nach Kontrolle und sachlich unrichtigen Behauptungen verunsichern die Krankenkassen die Patienten massiv und versuchen, eine Kultur des Misstrauens zu schaffen.

Das Sozialgesetzbuch regelt in § 2 SGB V die Aufgaben der Krankenkassen. Danach stellen die Krankenkassen den Versicherten die im dritten Kapitel aufgeführten Leistungen u. a. der vertragszahnärztlichen Versorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.

Im Rahmen des SGB V haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die vertragszahnärztliche Versorgung mitzugestalten. Leistungen die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen und der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden, gehören nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen. Deshalb lehnt es die KZBV ab, dass die Krankenkassen für die private Gebührenordnung Preise mit den Leistungserbringern im Verhandlungswege festlegen. Die private Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen (GOZ) hat die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Die novellierte Gebührenordnung ist zum 01. Januar 2012 in Kraft getreten. Sie legt den Rahmen fest, innerhalb dessen, Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskataloges abgerechnet werden. Der Preisrahmen und die Bedingungen für die Rechnungsstellung sind dadurch für alle privat Zahnärztlichen Leistungen

⁹ Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011, IDZ-Information 1/12

gesetzlich vorgegeben und damit als angemessen anerkannt. Ein Verhandlungsmandat der Krankenkassen besteht nicht und wäre auch weder rechtlich noch tatsächlich zu rechtfertigen.

Zu Recht und aus gutem Grund haben sich die Bundesregierung und der Bundesrat bei der GOZ-Novellierung daher auch gegen eine Öffnungsklausel entschieden und damit die Forderung der PKV und des GKV-Spitzenverbandes nach Preisverhandlungen zurückgewiesen. Ärzte und Zahnärzte haben sich gemeinsam massiv gegen diese Forderungen gestellt. Eine solche Regelung würde den Patienten nicht helfen, sie würde keine Kosten sparen, sondern – im Gegenteil – die flächendeckende, zahnmedizinische Versorgung in Deutschland und die freie Arztwahl der Patienten ernsthaft gefährden.

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

Exkurs: Evaluation des Festzuschusssystem

Der G-BA hat die Aufgabe, die Regelversorgung zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Dies spiegelt sich auch in den bereits gefassten Beschlüssen wider. Das Festzuschusssystem ist ein „lernendes“ System, das sich in einem permanenten Weiterentwicklungs- und Anpassungsprozess im G-BA befindet. Der G-BA trägt diesem Umstand mit der Evaluation nach einem zweistufigen Verfahren Rechnung. Sowohl die Überprüfung möglicher Alternativen zur Regelversorgung nach den Erkenntnissen des aktuellen Standes der zahnmedizinischen Wissenschaft, als auch die Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses gemäß den Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebotes sind vorgesehen.

Der GKV-Spitzenverband stellt in seinem Positionspapier die Behauptung auf, dass die Überprüfung der Regelversorgung bei Zahnersatz "viel zu lange gedauert" hat. In der Konsequenz fordert er gesetzliche Vorgaben für einen Zeitpunkt und ein Verfahren. Zum Verfahren selber unterbreitet er den Vorschlag, "die tatsächlich erbrachten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zugrunde [zu legen]".

Genau dieser Ansatz auf Vorschlag des GKV-Spitzenverbands hat zu einer Verzögerung der Evaluation der Regelversorgung geführt. Er beruhte auf einer epidemiologischen Erfassung des Versorgungsgeschehens, der aufgrund der verschiedenen anerkannten Therapiealternativen bei vergleichbaren Indikationen nicht operationalisierbar und sinnvoll war und nicht im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben stand, was ein Rechtsgutachten¹⁰ nachhaltig bewiesen hat. Der GBA hat eine gesetzeskonforme Überprüfung des Festzuschussystems auf den Weg gebracht, dessen Ablauf vorsieht, in einem ersten Schritt einen potentiellen Veränderungsbedarf in Hinblick auf den anerkannten Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft zu überprüfen. In einem darauf folgenden zweiten Schritt ist die Überprüfung der betreffenden Leistungen gemäß den Vorgaben des SGB V in Bezug auf Notwendigkeit, Angemessenheit und Zweckmäßigkeit vorzunehmen (Wirtschaftlichkeit). Somit wird gewährleistet, dass das Festzuschussystem die zahnmedizinischen Innovationen berücksichtigt, ohne die Grundsätze der wirtschaftlichen Mittelverwendung zu gefährden.

Erst auf Initiative der KZBV ist es gelungen, einen fundierten Ansatz zur Evaluierung der Regelversorgung im G-BA festzulegen. Die solide methodisch-fachliche Ausrichtung des zweistufigen Konzeptes zur Evaluation der Regelversorgung und der gemäß dem Auftrag des G-BA gewählte evidenzbasierte Ansatz stellen ein seriöses, rechtlich und fachlich abgesichertes Verfahren dar. Eine weitere Ausgestaltung der Festzuschussregelung durch den Gesetzgeber lehnt die KZBV ab. Hier ist die Selbstverwaltung im G-BA gefordert. Die gesetzlich vorgegebene Aufgabe einer Überprüfung der Regelversorgung hat der G-BA wahrgenommen und ein sachgerechtes Anpassungsverfahren festgelegt. Diese Entscheidung des G-BA muss auch der GKV-Spitzenverband, der mit seinen Argumenten im G-BA nicht durchdringen konnte, jetzt akzeptieren. Stattdessen versucht er, das Thema über die Öffentlichkeit auf die politische Agenda zu setzen. Dies ist ein durchsichtiges Manöver.

Punkt 2. Sicherstellung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung

Der GKV-Spitzenverband stellt in seinem Positionspapier fest: "Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung kann weiterhin verbessert werden". Dieser Aussage kann uneingeschränkt zugestimmt werden, transportiert sie doch die Botschaft, dass die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung bis dato kontinuierlich verbessert wurde. Verschwiegen wird an dieser Stelle jedoch, dass dies primär auf die Strukturen und Qualitätssicherungsinstrumente zurückzuführen ist, die von den Zahnärzten aufgebaut wurden und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Hierbei

¹⁰ Zum Gegenstand der Verpflichtung zur Überprüfung von Inhalt und Umfang der Regelversorgung im Rahmen des Anpassungsgebots nach § 56 Abs. 2 S. 11 SGB V, Gutachterliche Stellungnahme, Univ.-Prof. Dr. Winfried Boecken, LL.M (EHI Florenz)

ist hervorzuheben, dass diese Maßnahmen insbesondere auf die Ergebnisqualität fokussieren. Exemplarisch sind die Regelungen zur Gewährleistung von Füllungen und Zahnersatz, die vertragszahnärztlichen Gutachtervereinbarungen, die Fortbildung der Gutachter und die Aufbereitung der Gutachten in Form von Statistiken zu nennen. Gerade in der Zahnheilkunde ist die Ergebnisqualität ein multivariates Konstrukt, d. h. von verschiedenen Faktoren abhängig. Es gibt nicht die eine Ergebnisqualität, die bei jedem Patienten immer gleich erreicht werden kann und muss. Statt maximaler Qualität wird heutzutage eine individuell erreichbare optimale Qualität angestrebt und eine hohe Ergebnisqualität liegt vor, wenn ein erreichbares Behandlungsziel auch tatsächlich erreicht wird. Dieses Ziel aber wird von vielen Faktoren bestimmt, wobei die individuell zu definierenden patientenbezogenen Rahmenbedingungen hervorzuheben sind: Wünsche der Patienten hinsichtlich Kauffunktion, Ästhetik, subjektivem Komfort sind relevante Größen; genauso wie unterschiedliche individuelle Ausgangssituationen und -befunde. Diesen individuellen Parametern trägt das Festzuschusssystem besonders Rechnung.

Das Verständnis des GKV-Spitzenverbandes von Qualitätssicherung im Sinne einer technischen Qualitätskontrolle der Therapieergebnisse anhand von Kennzahlen und Indikatoren greift zu kurz. Ein einrichtungs- und sektorenübergreifender Ansatz zur Qualitätssicherung negiert die Besonderheiten des zahnärztlichen Sektors. Was bei Knieendoprothesen entlang einer Versorgungskette mit vielen am Prozess und am Ergebnis relevant beteiligten Leistungserbringern an verschiedenen Stationen zur Abbildung der Qualität sinnvoll sein kann, wird dem Verhältnis "Zahnarzt-Patient" mit der engen Bindung an einen Behandler und der Erbringung der Versorgung in einer Praxis nicht gerecht.

Einerseits postuliert der GKV-Spitzenverband "Qualitätssicherung hat insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern" und andererseits ignoriert er die existierenden, seit Jahren bewährten ergebnisorientierten Qualitätssicherungsinstrumente.

Im Gegensatz zu einem qualitätsverbessernden und qualitätsfördernden Ansatz der KZBV, den diese bereits im Jahr 2004 zusammen mit der Bundeszahnärztekammer in der "Agenda Qualitätsförderung" beschrieben und im Jahr 2009 in der "Perspektive Mundgesundheit" erneut aufgegriffen und unter das Ziel der "Verbesserung der Mundgesundheit und der Patientenzufriedenheit" gestellt hat, sieht der GKV-Spitzenverband den Schwerpunkt auf der Beseitigung von angeblichen Fehlanreizen zur Erbringung nicht qualitätsgesicherter Leistungen im System. Aufgrund der systembedingten Voraussetzungen und der bereits geschilderten Qualitätsförderungsinstrumente wurde deutlich, dass solche Fehlanreize nicht existieren. Der GKV-Spitzenverband offenbart in seinem Positionspapier ein sehr technisch-mechanisches Verständnis von Qualitätssicherung, das die Bedürfnisse der Patienten außen vor lässt und auf bürokratische Kontrolle setzt.

Punkt 3. Gratwanderung zwischen Datenschutz und Transparenz in der zahnmedizinischen Versorgung

Die KZBV sieht im gesetzlichen Auftrag zur Qualitätssicherung weder ein Mandat zur Einführung des "Gläsernen Patienten" noch eine Legitimation zur Schaffung des "Gläsernen Zahnarztes". Der Schutz der Persönlichkeitsrechte ist ein hohes Gut; welches sowohl Patienten als auch Zahnärzte für sich in Anspruch nehmen dürfen. Der Gesetzgeber hat mit dem § 299 SGB V die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für einen Ausbau qualitätssichernder Maßnahmen geschaffen. Die Etablierung von Instrumenten und Verfahren zur externen Qualitätssicherung ein ambitioniertes Ziel, zu dessen Lasten das Recht der Patienten auf Schutz ihrer persönlichen Daten nicht aufgegeben werden darf. Genauso wenig haben sich die Persönlichkeitsrechte der Zahnärzte den Maßgaben der Qualitätssicherung unterzuordnen. Die KZBV hat für den vertragszahnärztlichen Sektor ein Verfahren entwickelt und mit diesem belegt, dass eine nötige Validierung im Rahmen Qualitätsprüfung und -beurteilung auch innerhalb der geltenden Regelungen des § 299 SGB V möglich ist. Es sind die Krankenkassen, die derzeit die Verbesserung von Qualitätsmaßnahmen auf die lange Bank schieben durch ihre Forderung nach einer gesetzlichen Änderung von § 299 SGB V.

Datenschutz und Qualitätssicherung stellen keinen Widerspruch dar, sondern sind nur in Kombination dazu geeignet, die Akzeptanz für qualitätsfördernde Maßnahmen weiter zu erhöhen.

Unter dem Deckmantel der Transparenz stellt der GKV-Spitzenverband die Forderung auf, die korrekte Rechnungslegung privater zahnärztlicher Leistungen zu kontrollieren. Dies erscheint vom Fokus her unklar. Zum einen möchten wir der Logik, "nur wo eine korrekte Rechnung existiert, wurde auch korrekt behandelt", nicht folgen. Zum anderen werden diese Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt. Nun unter finanziellem Einsatz von Versichertengeldern die Einrichtung von bürokratischen Kontrollgremien anzustreben, die Leistungen "kontrollieren" sollen, die die Krankenkassen selber nicht bezahlen, ist weder rechtlich noch wirtschaftlich zu begründen. Damit zugleich aber auch noch die eigenen Versicherten zu diskriminieren, indem man diesen eine reduzierte (finanzielle) Autonomie unterstellt und die Fortschritte der letzten Jahre zum Empowerment und der partizipativen Entscheidungsfindung konterkariert, geht an den Realitäten einer Selbstbestimmung der Patienten in der zahnärztlichen Versorgung völlig vorbei. Patienten wollen nicht von ihren Krankenkassen bevormundet werden. Dies ist eine paternalistisch überholte Sicht. Die Versorgungsrealität zeigt, dass Patienten eine Bevormundung von wem auch immer ablehnen. Patienten, die selbstbestimmt entscheiden, Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen, denen steht ein tiefgestaffeltes, neutrales und breites Beratungsangebot zur Verfügung. Nicht erst mit Einführung des Festzuschussystems haben die Versicherten jederzeit die Möglichkeit, sich von ihrer Krankenkasse im Hinblick auf zu erwartende Behand-

lungskosten beraten zu lassen und selbstverständlich auch eine Prüfung einer zahnärztlichen Rechnung durchführen zu lassen. Dies entscheidet der Versicherte aber selbst. Eine Zwangsberatung darf es nicht geben und schon gar nicht eine interessengeleitete Beratung durch die Krankenkassen. Nicht zuletzt deshalb fördert der Gesetzgeber ja auch externe Beratungsinstitutionen.

Punkt 4. Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

Mit der Positionierung reagiert der GKV-Spitzenverband auf das gemeinsame Positionspapier der Zahnärzteschaft „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“¹¹, das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und das aktuelle Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz.

Hatte sich der GKV-Spitzenverband in der Anhörung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz¹² zur neu geschaffenen Leistungsposition für die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung noch ablehnend geäußert, so plädiert er in dem vorliegenden Papier „für eine sachgerechte Umsetzung des § 87 Abs. 2i SGB V“. Anzuerkennen ist, dass der GKV-Spitzenverband Handlungsbedarf sieht.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erkennt der Gesetzgeber diesen Handlungsbedarf in der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung an. Gezielt setzt er Anreize für das Aufsuchen dieser Patienten, die eine Praxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Dies sind Schritte in die richtige Richtung. Nach wie vor ist der Leistungsanspruch für diesen Personenkreis aber auf den unveränderten GKV-Leistungskatalog beschränkt, jetzt ergänzt um Leistungspositionen für die aufsuchende Versorgung. Damit wird man dem besonderen Behandlungsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung nicht gerecht. Sie haben spezielle Bedürfnisse, die im GKV-Leistungskatalog nicht abgebildet sind. Um diese Versorgungslücke zu schließen, ist es dringend erforderlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und bedarfsadäquate, präventive Leistungen in dem GKV-Katalog für diesen Personenkreis aufzunehmen.

Immer mehr Menschen werden immer älter, und das stellt die zahnmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen. Nicht nur, weil altersassoziierte Erkrankungen wie Parodontitis zunehmen und nach versorgungspolitischen Antworten verlangen, sondern vor allem, weil die demografische Entwicklung eine strukturelle

¹¹ Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter, Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, KZBV, BZÄK, DGAZ, BDO, Juni 2010

¹² Protokoll Anhörung GKV-VStG, Ausschuss für Gesundheit, 53. Sitzung, 19.10.2011, Auszug

Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung offenbart.

Die Mundgesundheit der Bevölkerung hat sich in den letzten 20 Jahren ganz erheblich verbessert. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei Kindern und Jugendlichen einen Spitzenplatz ein. In der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen außerordentlich hohen Versorgungsgrad erreicht. Parallel hat sich der Anteil der Zahnmedizin an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung halbiert. Für diese Erfolgsgeschichte gibt es einen Grund: Eindeutiger als in anderen Gesundheitsbereichen wurde auf Prävention gesetzt. Der regelmäßige, kontrollorientierte Zahnarztbesuch ist fester Bestandteil des Mundgesundheitsverhaltens. Für Kinder und Jugendliche wurden Gruppen- und Individualprophylaxeleistungen eingeführt, die das Fundament für ein langfristig zahngesundes Leben legen. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung können an dieser Entwicklung nicht partizipieren. Ausgerechnet die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft fallen damit durch das Raster der GKV-Versorgung.

Der GKV-Leistungskatalog in der vertragszahnärztlichen Versorgung basiert auf drei Annahmen: Erwachsene können stets eigenverantwortliche Mundhygiene betreiben, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren. Bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung fehlt es an mindestens einer dieser Voraussetzungen.

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung gehören zur Hochrisikogruppe für Karies- und Parodontalerkrankungen. Was ihre Mund- und Zahngesundheit angeht, haben sie spezielle Bedürfnisse, die im Leistungskatalog der GKV nicht abgebildet sind. Diesem Versorgungsbedarf tragen die Regelungen im SGB V nicht Rechnung. Präventive Leistungen sind gesetzlich auf Kinder und Jugendliche begrenzt und für Erwachsene nur im Rahmen einer Privatbehandlung zugänglich.

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung benötigen bedarfsadäquate präventive Leistungen, um ihre Situation zu verbessern. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, das zu ändern.

Dies fordert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Generationsspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“¹³ und weist auf die unzureichende zahnmedizinische Versorgung dieser Patientengruppen hin. Weitere Studien bestätigen die Notwendigkeit zur Verbesserung der Mundgesundheit für

¹³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009

diesen Personenkreis. Das Modellprojekt Teamwerk¹⁴, das in München stationär pflegebedürftige Menschen drei- bis viermal im Jahr aufsucht und Präventionsleistungen durchführt, hat gezeigt, dass sich die relevanten Mundpflegeparameter signifikant verbessert haben und unerwünschte und aufwendige Notfälle weniger häufig auftraten. Für die Verbesserung der Mundgesundheit sind Präventionsmaßnahmen besonders bedeutsam. Dieses Modell wird auch im o. g. Gutachten des Sachverständigenrates als vorbildliches Modell hervorgehoben.

Die Zahnärzteschaft spricht sich deshalb dafür aus, im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung mit dem zahnärztlichen Präventionsmanagement präventive Maßnahmen in § 22a SGB V zu verankern und den G-BA mit der Umsetzung zu beauftragen. Gerade für diesen Personenkreis sind für die Verbesserung der Mundgesundheit Präventionsmaßnahmen von ganz besonderer Bedeutung.

Stand: 13.04.2012

¹⁴ Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt, IDZ-Information 4/09