

14.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung in der allgemein-zahnärztlichen Versorgung

Im folgenden finden Sie die für die Endodontologie relevanten Auszüge des Gutachtens vorangestellt. Weiter unten findet sich der Volltext.

Zu den Seiten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit Zugriff auf alle Gutachten im Volltext gelangen Sie hier: <http://www.svr-gesundheit.de>

Der Originaltext dieses Gutachtens findet sich unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=336>

359. Im internationalen Vergleich wird der zahnärztliche Versorgungsgrad der Bevölkerung in Deutschland insgesamt gesehen als hoch eingestuft. Obgleich sich die epidemiologische Datenbasis in den letzten Jahren verbesserte, erlaubt sie nur in begrenztem Umfang valide Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Was die Angebotskapazitäten betrifft, fehlt es trotz einer ausreichenden bzw. hohen Zahl an Zahnärzten an solchen mit bestimmten Spezialausbildungen, wie z. B. Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie oder präventive Zahnheilkunde. Zur Umsetzung zahnerhaltender, präventiver Strategien mangelt es in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern an weiterqualifizierten Zahnärzten und entsprechendem Prophylaxepersonal. Dagegen verfügt Deutschland als europaweit einziges Land über mehr Zahntechniker als Zahnärzte.

377. Eine Verbesserung von Rahmenbedingungen schließt sowohl die zahnmedizinische Seite im Sinne einer fachlichen Qualifikation und adäquater Leistungskataloge als auch die Patientenseite, d. h. Gesundheitsbewusstsein, Beratung und Aufklärung sowie Verbraucherschutz, ein. Die verschiedenen Ebenen zahnmedizinischer Versorgungsqualität lassen sich u. a. am Beispiel der Endodontologie analysieren, die eine Schlüsseldisziplin innerhalb der Tertiärprävention darstellt. Epidemiologische Daten deuten darauf hin, dass der endodontologische Versorgungsgrad und die entsprechende Qualität der Versorgung in Deutschland bisher hinter dem Niveau anderer, z. B. skandinavischer, Länder zurückbleibt. Dabei zeigen Erhebungen von Kostenträgern, dass ein relativ kleiner Teil von Zahnärzten für eine vergleichsweise große Zahl von endodontologischen Misserfolgen, d. h. Wiederholungen von Wurzelkanalfüllungen und Extraktion von Zähnen, verantwortlich zeichnet. Um dieses Versorgungsdefizit abzubauen, reichen punktuelle Aktivitäten nicht aus, es bedarf dazu vielmehr eines abgestimmten Maßnahmebündels, zu dem z. B. auch das Vergütungssystem gehört. So ergaben Aufwands-/Honorarvergleiche, dass die Honorierung endodontischer Eingriffe im Rahmen der GKV nicht kostendeckend erfolgt.

VOLLTEXT:

14.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung

14.2.1 Aktuelle Versorgungsprobleme in der Zahnmedizin

357. Wie bereits von den befragten Organisationen hervorgehoben, hat sich die Mundgesundheit von jungen Menschen in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. In Deutschland lag der sogenannte DMF-T Wert (Decayed/Karies, Missing/Zahnverlust, Filled/Füllung, Tooth/Index bezogen auf die Zahnzahl) bei 12-Jährigen im Jahr 1997 bei 1,7 und erreichte damit eindeutig das von der WHO gesteckte Ziel von unter 2. In höheren Altersstufen findet sich dagegen noch eine sehr weite Verbreitung oraler Erkrankungen. Im Hinblick auf die Zahl fehlender Zähne blieben z. B. bei Erwachsenen der Altersgruppe 35 - 44 Jahre präventive Erfolge in den letzten 14 Jahren aus.

358. Für den bei jungen Menschen beobachtbaren Rückgang oraler Erkrankungen zeichnet ein vielfältiges Geflecht von Determinanten verantwortlich. Neben dem Effekt von Fluoriden wirken als Einflussgrößen u. a. die Ernährung, die Mundhygiene, aber auch das Rauchen sowie Zusätze in Nahrungsmitteln und Medikamenten auf die Entwicklung kariöser Läsionen ein. Insofern ist der Mundgesundheitszustand eines Menschen nicht nur das Ergebnis eigenen Verhaltens, sondern das Resultat vielfältiger endogener und exogener Variablen, d. h. von Handlungsweisen und von Lebensbedingungen. Epidemiologische Studien belegen auch für Deutschland die Abhängigkeit der Mundgesundheit von der sozialen Schicht.

359. Im internationalen Vergleich wird der zahnärztliche Versorgungsgrad der Bevölkerung in Deutschland insgesamt gesehen als hoch eingestuft. Obgleich sich die epidemiologische Datenbasis in den letzten Jahren verbesserte, erlaubt sie nur in begrenztem Umfang valide Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Was die Angebotskapazitäten betrifft, fehlt es trotz einer ausreichenden bzw. hohen Zahl an Zahnärzten an solchen mit bestimmten Spezialausbildungen, wie z. B. Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie oder präventive Zahnheilkunde. Zur Umsetzung zahnerhaltender, präventiver Strategien mangelt es in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern an weiterqualifizierten Zahnärzten und entsprechendem Prophylaxepersonal. Dagegen verfügt Deutschland als europaweit einziges Land über mehr Zahntechniker als Zahnärzte.

360. Der zahnmedizinische Versorgungsbedarf lässt sich nicht eindeutig in eine objektive bzw. normative Komponente im Sinne von 'need-dentistry' und eine subjektive Komponente als 'want- oder elective dentistry' aufspalten. Vielmehr kommen Kombinationen von notwendigen und nicht-notwendigen Leistungen in der Praxis häufig vor. Dieser Überlappungsbereich verhindert eine trennscharfe Unterscheidung zwischen notwendigen Kernleistungen und darüber hinausgehenden Zusatzleistungen. Eine solche Abgrenzung lässt sich insofern nicht (zahn-)medizinisch, sondern nur anderweitig begründen. Diese These bestätigen auch diverse Studien, die im zahnärztlich-restaurativen Bereich auf eine Beliebigkeit bei Behandlungsplanungen hindeuten. Referenzmaßstäbe durch Leitlinien und/oder Befragungen von Expertengruppen fehlen in vielen zahnärztlichen Bereichen und nur ein geringer Teil der Maßnahmen gilt hier als evidenzbasiert.

361. Die derzeitigen Abrechnungspositionen für basisdiagnostische Leistungen, die sich im wesentlichen auf den sogenannten '01-Befund' konzentrieren, eignen sich nicht für eine

differenzierte Vorgehensweise. Es besteht nach wie vor ein erheblicher Forschungsbedarf, um praxisgerechte Kriterien zur Grenzziehung zwischen erhaltungsfähigen und erneuerungsbedürftigen Restaurationen zu entwickeln. Unbeschadet der unstrittigen Existenz von Über-, Unter- und Fehldiagnostik, steht in Deutschland kein wissenschaftlich belastbares allgemein akzeptiertes Datenmaterial zur Verfügung, das eine Abschätzung des jeweiligen quantitativen Ausmaßes erlauben würde. Schließlich mangelt es im Rahmen der zahnmedizinischen Diagnostik an fachlichen Abstimmungen zwischen Zahnärzten und Ärzten.

362. Die Möglichkeiten der Primär- und Sekundärprävention oraler Erkrankungen werden noch zu wenig genutzt, was vor allem für die Gesundheitsförderung und eine breitenwirksame Kollektivprophylaxe gilt. So liegt z. B. die Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz erst bei ca. 50 % und das vom Gesetzgeber vorgesehene Ausgabenvolumen für den Bereich der Gruppenprophylaxe wird nur zu einem bescheidenen Anteil ausgeschöpft. Obgleich im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention mit einer Überversorgung vergleichsweise geringe Schadensrisiken einhergehen, dürfte hier insgesamt eher eine Unterversorgung vorliegen. Dies gilt vor allem für Maßnahmen, die bei Karies auf Erfolge in höheren Lebensalterstufen abzielen, und für Risikoabschätzung und Monitoring parodontaler Erkrankungen bei Erwachsenen.

363. Im Bereich der Tertiärprävention existieren noch zu wenig Anreize, invasive chirurgische und/oder prothetische Eingriffe durch geeignete zahnerhaltende und parodontologische Maßnahmen zu vermeiden. Eine Unterversorgung besteht insbesondere bei Personen mit hohem Risiko oraler Erkrankungen und auch bei der zahnrestaurativen Therapie bei Kindern. Im Vergleich zum Kariesaufkommen lassen sich auf der Grundlage epidemiologischer Daten therapeutische Konsequenzen bei anderen oralen Krankheiten, z. B. bei Parodontopathien, wesentlich schwieriger ableiten. Die Diskrepanz zwischen der Erkrankungsprävalenz der Bevölkerung und den entsprechenden zahnärztlichen Interventionen legt jedoch die Vermutung einer Unterversorgung bei parodontologischen Leistungen nahe.

Ein mindestens ebenso großes Problem wie die Unterversorgung stellt im Rahmen der Tertiärprävention die Über- und Fehlversorgung dar. Im Bereich der restaurativen Zahnmedizin existiert eine umfangreiche Liste möglicher Überversorgungen und auch im Bereich der Parodontologie kann man aufgrund veralteter bzw. unvollständiger GKV-Richtlinien von relevanten Überversorgungen ausgehen. Die vorhandenen epidemiologischen Daten gestatten aber keine repräsentative Erfassung der Verbreitung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Partielle Erhebungen weisen jedoch darauf hin, dass die Möglichkeiten der Zahnerhaltung noch nicht in wünschenswertem Maße genutzt und auch zu viele Überkronungen anstelle weniger invasiver Restaurationen vorgenommen werden.

364. Moderne Restaurationsverfahren dürften künftig die traditionellen Grenzen zwischen 'konservierender' und 'prothetischer' Versorgung in Frage stellen. Bei der sich abzeichnenden Verbreitung zahnfarbener, adhäsiv eingebrachter Restaurationsmaterialien erscheint es immer weniger vertretbar, metallische Restaurationen wie Amalgamfüllungen oder Metallkronen als Basisversorgung und zahnfarbene Restaurationen als vornehmlich kosmetisch orientierte Wahlleistung einzustufen. Diese Überlagerung von 'konservierender' und 'prothetischer' Versorgung kann auch konkrete Konsequenzen für das Wirtschaftlichkeitsgebot besitzen. So sind z. B. direkt hergestellte Kompositrestaurationen zwar wesentlich teurer als Amalgamfüllungen, aber preiswerter als indirekt hergestellte laborfertige Werkstücke.

365. Im Hinblick auf den Verbraucherschutz fehlt noch ein Konsens über eine bundesweit koordinierte Einrichtung neutraler und unabhängiger Patientenberatungsstellen unter Einbeziehung von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Verbraucherberatungsstellen bzw. -schutzverbänden und anderen Institutionen. Die derzeitige Nachfragesteuerung, die sich häufig nicht nur an zahnärztlich-fachlichen Belangen, sondern auch an ökonomischen Interessen orientiert, birgt die Gefahr einer erheblichen Überdiagnostik und Übertherapie. Dies gilt nicht nur für Informationen von privaten Herstellern und Verbänden sowie Internet-Publikationen, sondern auch für Kampagnen von Körperschaften des öffentlichen Rechts (z. B. "proPatient"; "Initiative proDente").

Ein besonders gravierendes Beispiel stellen in diesem Kontext die Aktivitäten von Vertretern der 'besonderen Therapierichtungen' dar, die mit Fehlinformationen über die Verträglichkeit von Dentalmaterialien die Patienten verunsichern. Entsprechende Angstkampagnen fügen den Versicherten und Patienten zahnmedizinische, ökonomische und psychologische Schäden zu und führen u. a. zum Austausch intakter zahnärztlicher Restaurationen oder zur Extraktion strategisch wichtiger Zähne. Nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand ist das Auftreten einer Vergiftung durch zahnärztliche Werkstoffe, d. h. auch durch Amalgam, bei bestimmungsgemäßem und verarbeitungsgerechtem Einsatz nahezu auszuschließen. Gleichwohl hat, wie Befragungen zeigen, jeder zweite Bundesbürger Bedenken gegen Dentalmaterialien bzw. Amalgamfüllungen. Hier besteht offensichtlich eine deutliche Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisstand und öffentlichem Meinungsbild, welches die davon profitierenden Dentalfirmen durch entsprechende Werbeaktivitäten mitgestalten bzw. fördern.

366. Ein Teil der Versorgungsprobleme wurzelt in Mängeln der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die veraltete zahnärztliche Approbationsordnung von 1955 konzentriert sich zu stark auf mechanisch-technische Fertigkeiten und vernachlässigt demgegenüber die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Erhaltung oraler Strukturen. Ein Defizit an Postgraduate-Programmen führt auf dem Gebiet von Lehre und Forschung zu einem Standortnachteil im internationalen Wettbewerb. Das insgesamt vielfältige Fortbildungsangebot ist trotz einiger hochqualifizierter Institutionen und lebhaftem Interesse der Zahnärzteschaft größtenteils noch zu unstrukturiert. Schließlich bietet die zahnärztliche Weiterbildung, wie bereits erwähnt, zu wenig Möglichkeiten zu versorgungsrelevanten Spezialisierungen.

14.2.2 Derzeitige Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität

367. Wenn auch bislang ein Mangel an unabhängigen Institutionen zur Sammlung und Analyse von Daten über Inzidenzen und Prävalenzen oraler Erkrankungen besteht, so gebührt doch dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) das Verdienst, verbesserte Ansätze zur Beschreibung von nationalen und regionalen Gesundheitszielen zu präsentieren. Zur Beseitigung allfälliger Qualitätsdefizite helfen die in der Vergangenheit nicht seltenen wechselseitigen Schuldzuweisungen zwischen Zahnärzteschaft und Kostenträgern nicht weiter. Es geht vielmehr im Sinne der Patienten um eine Verbesserung von Qualitätsdimensionen, wie z. B. Zugang der Bevölkerung zur Versorgung, Angemessenheit der Behandlung, technische Qualität und 'art of care' (als Mitwirkung des Patienten und Hilfestellung des zahnärztlichen Teams bei diesem Prozess). Die Messung der subjektiven Zufriedenheit der Patienten reicht in diesem Kontext nicht aus.

368. Verschiedene Institutionen der deutschen Zahnärzteschaft arbeiten derzeit an einer Neubeschreibung des Leistungsspektrums der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

und haben zu diesem Zwecke auch gemeinsame Arbeitsgruppen gegründet. Priorität besitzt dabei zunächst die Diagnostik, Planung und Patientenberatung mit einer Differenzierung in klinische Basis-Befunde und, sofern medizinisch angemessen, weiterführende Interventionen. Unter fachlicher Verantwortung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sollen auch sukzessive Leitlinien zur Patientenversorgung nach aktuellen Standards herausgegeben werden, die entsprechenden Aktivitäten stehen aber noch weitgehend am Anfang. Es existieren auch bereits konkrete Vorschläge zur Umgestaltung vorhandener Leistungskataloge mit dem Ziel, diagnostische und präventive Leistungen zu stärken.

369. Trotz noch vorhandener deutlicher Defizite in ihrer praktischen Umsetzung findet inzwischen die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe für die Verbesserung der Mundgesundheit in nahezu allen relevanten Institutionen Akzeptanz. Eine aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter wird zunehmend für notwendig erachtet und auch in standespolitischen Gremien thematisiert. Zudem besteht inzwischen weithin Konsens über Versorgungsdefizite in einigen Bereichen, wie z. B. der Parodontologie.

370. Zahnärzteschaft, Kostenträger und weitere Institutionen erproben zur Zeit verschiedene Modelle zur Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes. Diese unterschiedlichen Ansätze und Aktivitäten lassen allerdings noch keine hinreichende Koordinierung erkennen.

371. Es existieren zahlreiche Vorschläge verschiedener Institutionen zur Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung, aber kaum Aktivitäten zum Aufbau universitärer Postgraduate-Programme nach internationalen Vorbildern. Die Bundeszahnärztekammer hat in Kooperation mit der DGZMK sowie der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) Rahmenrichtlinien herausgegeben, um strukturierte Fortbildungsaktivitäten bundesweit zu koordinieren. Die Zahnärztekammern unternehmen auch vermehrt Anstrengungen, um die Zahl an weiterqualifizierten Zahnarzhelferinnen zu erhöhen.

14.2.3 Künftige Ansätze zur Verbesserung der Qualität

372. Im Hinblick auf eine Verbesserung der epidemiologischen Entscheidungsgrundlage geht es nicht nur darum, neue Daten über Art und Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu akquirieren, sondern auch die vorhandenen Daten zu publizieren und auszuwerten. Die Datenbasis sollte es ermöglichen, Vergleiche mit Ländern unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme, wie z. B. Schweden und die Schweiz, in Bezug auf Kostenaufwand und Qualität anzustellen. Die mit diesen Aufgaben betrauten Institutionen sollten über eine hohe fachliche Kompetenz und weitgehende politische Unabhängigkeit verfügen.

373. Im Rahmen der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde müssen Leistungen der Diagnostik, Planung und Beratung einen höheren Stellenwert erhalten. In diesem Zusammenhang bedarf es auch einer Kooperation und Koordination mit anderen medizinischen Fachdisziplinen. Die aktuellen von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Kooperation mit der DGZMK und der VHZMK unterbreiteten Vorschläge zur Neugestaltung der Bereiche Diagnostik, Planung und Beratung

sollten baldmöglichst mit weiteren Institutionen erörtert werden, um frühzeitig einen weitreichenden fachlichen Konsens zu erzielen.

Der weitere Ausbau von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe zielt u. a. auf eine Sensibilisierung für erhöhte Risiken oraler Erkrankungen durch bestimmte Nahrungs- und Genussmittel ab. So könnte z. B. der Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz in den nächsten 5 Jahren von derzeit 50 % auf über 80 % erhöht werden. Zur Durchsetzung einer breitenwirksamen und effektiven Gruppenprophylaxe sollten die betroffenen Institutionen vom Gesetzgeber konkrete Zielvorgaben erhalten, deren Erfüllung sie in Rechenschaftsberichten dokumentieren bzw. nachweisen. Eine stärkere Gewichtung von Primär- und Sekundärprävention könnte spürbare Verbesserungen der Mundgesundheit auch bei Erwachsenen in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen bewirken.

Im Rahmen der Tertiärprävention müssen strukturerhaltende Maßnahmen vermehrt in den Leistungskatalog aufgenommen werden und dabei auch eine Bewertung erfahren, die eine aufwandsgerechte Kalkulation erlaubt. Besonders kritisch bzw. defizitär ist derzeit der Zahnbestand bei Senioren. Die vermehrte Nutzung zahnerhaltender Interventionen verspricht zumindest langfristig auch eine Verbesserung der Mundgesundheit bzw. der Erhaltung oraler Strukturen bei älteren Menschen.

374. Die Schaffung fachkompetenter und unabhängiger zahnärztlicher Patientenberatungsstellen könnte dem hohen Informationsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung tragen und Nachfragemanipulationen entgegenwirken. Hierzu könnten die vorhandenen Institutionen konsensfähige Beratungsstandards entwickeln und umsetzen. Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Universitäten sollten stärker als bisher in solche Prozesse eingebunden werden.

375. Eine langfristige Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland setzt auch die Schaffung günstigerer Arbeitsbedingungen an den Universitäten voraus. So bestehen derzeit z. B. schlechte berufliche Perspektiven für den zahnmedizinischen Hochschullehrernachwuchs. Bei der Reform des Zahnmedizinstudiums sollte die stärkere Gewichtung von präventionsorientierten, medizinisch-biologischen Ausbildungsinhalten schon zu Beginn des Studiums erfolgen. Die bisherige Ausrichtung der Ausbildung auf individuelle patientenbezogene Fragestellungen bedarf einer Erweiterung auf bevölkerungsbezogene Probleme. Nach Absolvierung des Studiums bieten sich für die Weiterqualifikation von Zahnärzten zwei parallele Richtungen an: Eine große Zahl durchläuft eine strukturierte Fortbildung, während für eine Spezialisierung eine relativ kleine Zahl von Zahnärzten - auch im Sinne des Bedarfs - ausreicht.

14.2.4 Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen

376. Die in der zahnärztlichen Versorgung auftretenden Qualitätsmängel gehen nicht nur auf Versäumnisse der Zahnärzteschaft zurück, sie wurzeln auch in Rahmenbedingungen, die Zahnärzte und ihre Standesvertretungen nicht oder kaum zu beeinflussen vermögen. Tabelle 24 fasst die bisher diskutierten Problemkreise synoptisch zusammen und verknüpft sie mit konkreten Zielsetzungen bzw. Maßnahmen und dem für ihre Realisierung jeweils geschätzten Zeitbedarf. Dabei gilt es auch zu prüfen, ob und inwieweit die Verwirklichung gewisser Zielsetzungen eine Anpassung gesetzlicher Vorschriften erfordert. Einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung fällt dann die Aufgabe zu, über den Realisierungsgrad dieser Zielsetzungen zu informieren.

377. Eine Verbesserung von Rahmenbedingungen schließt sowohl die zahnmedizinische Seite im Sinne einer fachlichen Qualifikation und adäquater Leistungskataloge als auch die Patientenseite, d. h. Gesundheitsbewusstsein, Beratung und Aufklärung sowie Verbraucherschutz, ein. Die verschiedenen Ebenen zahnmedizinischer Versorgungsqualität lassen sich u. a. am Beispiel der Endodontologie analysieren, die eine Schlüsseldisziplin innerhalb der Tertiärprävention darstellt. Epidemiologische Daten deuten darauf hin, dass der endodontologische Versorgungsgrad und die entsprechende Qualität der Versorgung in Deutschland bisher hinter dem Niveau anderer, z. B. skandinavischer, Länder zurückbleibt. Dabei zeigen Erhebungen von Kostenträgern, dass ein relativ kleiner Teil von Zahnärzten für eine vergleichsweise große Zahl von endodontologischen Misserfolgen, d. h. Wiederholungen von Wurzelkanalfüllungen und Extraktion von Zähnen, verantwortlich zeichnet. Um dieses Versorgungsdefizit abzubauen, reichen punktuelle Aktivitäten nicht aus, es bedarf dazu vielmehr eines abgestimmten Maßnahmebündels, zu dem z. B. auch das Vergütungssystem gehört. So ergaben Aufwands-/Honorarvergleiche, dass die Honorierung endodontischer Eingriffe im Rahmen der GKV nicht kostendeckend erfolgt.

Tabelle 24: Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung

Problemkreise	Beispiele für konkrete Maßnahmen	Geschätzter Zeitbedarf
Ausbau zahnärztlicher Diagnostik/ Planung/Beratung	Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen	Weniger als 2 J.
	Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Innerhalb der nächsten 5 J.
Ausbau risikogerechter Primär- und Sekundärprävention und Ausbau zahnstruktur-erhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention	Formulierung konkreter Gesundheitsziele, die durch primär-, sekundär- und tertiärprophylaktische Maßnahmen anvisiert werden (z. B. anhand differenzierter DMF- und CPI-Indices o. ä.). Einforderung von jährlichen Rechenschaftsberichten der an der Umsetzung beteiligten Institutionen über zielorientierte Aktivitäten und Ergebnisse durch den Gesetzgeber.	Innerhalb der nächsten 2 J. Beginn sofort möglich
	Durchsetzung einer breitenwirksamen und flächendeckenden Gruppenprophylaxe; dazu Erhöhung der Ausgaben für Gruppenprophylaxe um jährlich 15-20 % (bei gleichzeitiger Knüpfung an qualitätssichernde Maßnahmen) bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Gesamtaufwendungen.	Innerhalb der nächsten 5 J.
		Weniger als 2 J.; Verdoppelung des Leistungsanteils von Primär- und Sekundärprävention innerhalb der nächsten 5 J.

Problemkreise	Beispiele für konkrete Maßnahmen	Geschätzter Zeitbedarf
	Erhöhung des Marktanteils von fluoridiertem Speisesalz von derzeit 50 % auf über 80 %.	
	Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention; gleichzeitig Nennung günstigerer Relationen zwischen Primärprävention (derzeit unter 5 %), Sekundärprävention (derzeit ca. 5 %) und Tertiärprävention (derzeit ca. 90 %)	
Ausbau des gesundheitlichen Verbraucher-schutzes	Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements Etablierung von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, öffentlichem Gesundheitsdienst und ggf. weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Einschränkung von Nachfrage-manipulationen	Konzertierte Aktionen von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Gesundheitsbehörden und weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Neuorientierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung/Spezialisierung	Verabschiedung einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung Umsetzung strukturierter Fortbildungsprogramme für Zahnärzte und zahnärztliche Assistenzberufe	Prinzipiell kurzfristig möglich; wird von verschiedenen Seiten, u. a. von den Bundesländern, seit Jahren blockiert
	Umsetzung von Spezialisierungsprogrammen	Innerhalb der nächsten 3 J.
		Innerhalb der nächsten 5 J.

Quelle: Eigene Darstellung

14.2.5 Ökonomische Effekte

378. Es existieren derzeit kontroverse Einschätzungen darüber, ob eine intensive Förderung der Prävention in der Zahnversorgung den künftigen Behandlungsbedarf reduziert und damit zu Kostensenkungen führt. Analysen aus Ländern, die bereits über länger zurückliegende Erfahrungen in der Prävention oraler Erkrankungen verfügen, deuten nicht auf relevante Kostensenkungen hin; teilweise prognostizieren sie sogar einen erhöhten zahnärztlichen

Behandlungsbedarf. Faktoren, die eine Kostenreduktion verursachen können, wie z. B. die Verringerung der Verbreitung von Karies und parodontalen Erkrankungen, stehen Einflussgrößen gegenüber, die in die entgegengesetzte Richtung wirken, wie z. B. ein erhöhtes Auftreten nicht-kariesbedingter Zahnhartsubstanzläsionen und die Verschiebung von Parodontalerkrankungen in mittlere und höhere Lebensabschnitte. Unter der Annahme, dass ein hohes Versorgungsniveau in Deutschland erhalten bleibt, erscheinen kurzfristige Ausgabensenkungen eher unwahrscheinlich.

379. Sofern man den bisherigen Leistungskatalog der GKV in der zahnärztlichen Versorgung im Sinne einer fragwürdigen 'Bestandssicherung' lediglich konserviert, läuft dies letztlich darauf hinaus, alle neuen Methoden grundsätzlich dem Bereich der Privatleistungen zuzuordnen. In der GKV verblieben dann im Laufe der Zeit nur noch die veralteten Leistungen bzw. Methoden, während die Finanzierung der zukunftsweisenden Behandlungskonzepte in den Bereich der Selbstmedikation oder privater Zusatzversicherungen fällt. Unter dieser Aufspaltung würden die Attraktivität und wohl auch die Akzeptanz der GKV leiden. Letztlich geht es unter ökonomischen Aspekten nicht darum, ob eine stärker präventionsorientierte, moderne zahnärztliche Versorgung künftig mehr oder weniger Ausgaben als heute erfordert, sondern welche gesundheitlichen Outcomes diese Leistungen erzeugen, welches Nutzen-Kosten-Verhältnis sie aufweisen und welche Priorität sie bei der Bestimmung des objektiven Bedarfs einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung besitzen.