

**Gesundheitspolitik**  
**I**

Weitere aktuelle Beiträge bei [www.adp-medien.de](http://www.adp-medien.de):

06.02.2018:  
 Zahnärzte in W-L  
 empfehlen  
 fluoridhaltige Zahnpasta

04.02.2018:  
 Luxationen des Kieferge-  
 lenks richtig beheben

03.02.2018:  
 Antibiotikaresistenzen:  
 ernste Lage

01.02.2018:  
 Digitalisierung der  
 Gesundheitsbranche

30.01.2018:  
 Dr. Kolle  
 neuer PZVD-Präsident

**GroKo-Vertrag: Was kommt auf Ärzte und Zahnärzte zu?**

Verhalten positiv fielen bisher die Reaktionen ärztlicher und zahnärztlicher Organisationen auf die Inhalte des Koalitionsvertrages von **CDU/CSU** und **SPD** aus. Dessen Inhalte waren am 7. Februar 2018 bekannt geworden. Wir berichteten am vergangenen Mittwoch – wenige Stunden nach Veröffentlichung des 177 Seiten umfassenden Papiers – über die jüngsten politischen Absichtserklärungen der zukünftigen Regierungsparteien für die kommende Legislaturperiode. Bezogen auf den Gesundheitssektor gehören dazu u.a.:

- Wiederherstellung der Parität bei den GKV-Versicherungsbeiträgen ab 1. Januar 2019
- Bekenntnis zu freiberuflichen Strukturen im Gesundheitswesen
- „Zügiger Abschluss“ der Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte
- Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ zur Neustrukturierung und Verbesserung der Mediziner Ausbildung

Für die ambulante Versorgung sind im Koalitionsvertrag ab Seite 95 unter der Überschrift „Gesundheit und Pflege“ folgende Verhandlungsergebnisse der künftigen GroKo dokumentiert:

- Ausweitung der **Terminservicestellen** und Einführung einer bundesweit einheitlichen Rufnummer
- Erhöhung des **Mindestsprechstundenangebots** der Vertragsärzte für die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten von 20 auf 25 Stunden. Bessere Vergütung der Leistungen von Ärzten in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen
- Erweiterung der Möglichkeiten für Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), die **Sicherstellung durch Eigeneinrichtungen** zu gewährleisten, Feinjustierung von **Bedarfsplanungen**
- Erhöhung der **Strukturfonds** der KVen sowie Mitberatungs- und Antragsrecht der Länder in den Zulassungsausschüssen
- Fortsetzung des **Innovationsfonds** mit einem Volumen von 200 Millionen Euro jährlich
- Stärkung von **Disease-Management-Programmen**
- Erhöhung der **Festzuschüsse für Zahnersatz** von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent
- Stärkung der **Hospiz- und Palliativversorgung**
- Stärkung der **Medizinischen Dienste der Krankenversicherung**
- Beschleunigung der **Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses**, Einführung des Mitspracherechts der Länder bei Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung
- **Reform der ambulanten Honorarordnung** in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM) als auch der Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ), Schaffung eines „**modernen Vergütungssystems**, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“, Vorbereitung durch eine „**wissenschaftliche Kommission**, die unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“

Als neue Bundesgesundheitsministerin wird nach letzten Meldungen die **CDU-Politikerin Annette Widmann-Mauz** gehandelt. *Quelle Koalitionsvertrag, Stand 07.02.2018, 11:45 Uhr*

**Gesundheitspolitik**  
**II**

FVDZ: Kritik an  
 einheitlichem  
 Vergütungssystem

**GroKo-Vertrag: Was sagen die zahnärztlichen Organisationen?**

In einer ersten Bewertung der Koalitionsvereinbarungen kam der **Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ)** zu dem Ergebnis, dass der Vertrag aus zahnärztlicher Sicht „Licht, aber auch viel Schatten“ beinhalte. **Harald Schrader, Bundesvorsitzender des FVDZ**, kritisierte insbesondere die Absicht der GroKo-Parteien, durch Angleichung der Honorar- und Gebührenordnungen für gesetzlich und privatversicherte Patienten ein neues, gemeinsames Vergütungssystem installieren zu wollen. Begrüßenswert sei hingegen die geplante beschleunigte Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung. Die vorgesehene Erhöhung der ZE-Festzuschüsse sei nicht ausreichend. Nur eine Direktabrechnung mit dem Patienten auf Basis des Kostenerstattungsprinzips sei ein zukunftsfestes Modell. Hierfür setze sich der FVDZ ein, so Schrader.

Für die **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)** äußerte sich deren **Präsident Dr. Peter Engel** ebenfalls positiv zu der geplanten forcierten Umsetzung der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO). Dies sei eine „gute Nachricht für die Zahnmedizin“. Der geplante Bürokratieabbau in den (Zahn-)Arztpraxen sowie das Bekenntnis zu Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung seien weitere gute Zeichen der Koalitionsvereinbarung.

Diese Aussagen im Koalitionspapier finden auch die „ungeteilte Zustimmung der Vertragszahnärzteschaft“, betonte der **Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer**, gegenüber den Medien. In der Frage der substanziellen Verbesserung der Patientenversorgung – wo die KZBV mit ihrer „Agenda Mundgesundheit“ konzeptionell erhebliche Vorarbeiten geleistet habe – komme es aber auf die richtige

**Gewerbliche Anzeige**

**DIE ZA – Mehr als Factoring. Zahnärzte für Zahnärzte.** Wir kümmern uns für Sie um: Factoring und Inkasso + **GOZ und BEMA** + Einwände der Kostenerstatter + Abrechnung bei Personalausfall + **Teilzahlungsangebote für Patienten**  
 Mehr unter [www.die-za.de](http://www.die-za.de) oder telefonisch unter 0800 92 92 582

KZBV:  
es kommt auf die konkrete  
Ausgestaltung an

Neue Honorarordnung würde  
keine Probleme lösen

## Zahnmedizin

Sechste „DAJ-Studie“

Zahnmedizinische  
Prävention:  
eine Erfolgsstory

Stagnation bei  
6- bis 7-Jährigen

Early Childhood Caries

Polarisierung des  
Kariesrisikos bleibt  
ein Problem

## Berufspolitik & Prävention

BVA: Kassen müssen  
Verträge kündigen

Gewichtung und Gestaltung der Einzelprojekte an.

Dies gelte auch für die Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz von 50 auf 60 Prozent, die – aus Sicht der Patienten – zunächst positiv erscheine. „Allerdings bleibt für eine fundierte Einschätzung abzuwarten, wie dieser Schritt in die Versorgung gebracht werden soll und inwiefern er sich auf das schon lange bewährte Bonussystem auswirkt“, schränkte Eßer ein. In dem Zusammenhang könne die Politik auf Unterstützung der KZBV bei der Digitalisierung des Bonusheftes zählen. Auch hier gebe es bereits erste Überlegungen, die in die weitere Diskussion eingebracht werden könnten.

Als „grundlegend falsche Weichenstellungen“ bezeichnete Eßer hingegen die Einsetzung einer Kommission für die Erarbeitung von Vorschlägen zur Angleichung des dualen Honorarsystems: „Zu einem solch riskanten Experiment mit der Versorgung unserer Patienten hat sich die KZBV immer klar ablehnend positioniert - und daran ändert sich auch jetzt nichts. In zahnärztlichen Praxen gibt es keine Zwei-Klassen-Medizin und Scheindebatten um vermeintlich ‚gerechte‘ Honorarordnungen lösen keines der Probleme, die das Gesundheitssystem zweifelsohne hat“, warnte der KZBV-Vorsitzende. *Quellen: FVDZ-PM und BZÄK-PM vom 8. Februar 2018; KZBV-PM vom 9. Februar 2018*

## Zahngesundheit von Kindern in Deutschland ist Weltspitze

Nach Beendigung der Feldphase Mitte 2016 und anschließender Auswertung sind nun die Ergebnisse der „**Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe**“ veröffentlicht. Hierzu wurden bundesweit flächendeckend erneut mehr als 300.000 Kinder im Auftrag der **Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ)** durch kalibrierte Zahnärztinnen und Zahnärzte untersucht. Im Fokus der zum sechsten Mal seit 1994 durchgeführten repräsentativen „**DAJ-Studie**“ stand dieses Mal die Erhebung von Mundgesundheitsdaten bei Dreijährigen, bei 6- bis 7-jährigen sowie 12-jährigen Schülerinnen und Schüler. Die Untersuchung, deren wissenschaftliche Leitung bei **Prof. Dr. Christian Splieth (Universität Greifswald)** lag, ergänzt somit die Resultate der im Jahr 2016 veröffentlichten „**Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V)**“ mit zahnmedizinisch-klinischen Erhebungen bei 12-jährigen Kindern, jüngeren Erwachsenen (35 bis 44 Jahre), jüngeren Senioren (65 bis 74 Jahre) und älteren Senioren (75 bis 100 Jahre). In einer Pressemitteilung zur DAJ-Studie 2016 ziehen die Autoren folgendes Resümee:

- *Fast 80 Prozent der **12-jährigen** Sechstklässler in Deutschland haben kariesfreie bleibende Gebisse. Hinsichtlich der Zahngesundheit dieser Altersklasse liegt Deutschland damit zusammen mit Dänemark international an der Spitze. Karies an Milchzähnen tritt jedoch früh auf, ist noch zu weit verbreitet und belastet einen Teil der Kinder in ihrer gesunden Entwicklung. Mundgesundheitliche Chancengleichheit bleibt eine Herausforderung für die Prophylaxe [...]*
- *Die Studie ergab für die untersuchten 12-Jährigen einen DMFT-Wert von 0,44. 78,8 Prozent der Kinder in dieser Altersgruppe wiesen naturgesunde Gebisse auf. Beide Werte, die besten, die jemals in Deutschland erreicht wurde, verweisen auf hervorragende Präventionserfolge im bleibenden Gebiss der Kinder [...]*
- *Bei den **6- bis 7-jährigen Schulanfänger** beträgt der dmft-Wert dagegen 1,73. In dieser Altersgruppe wiesen lediglich 53,8 Prozent der Kinder naturgesunde Gebisse auf. Hier zeigt sich nur eine leichte Verbesserung im Bundesdurchschnitt gegenüber den im Jahr 2010 bei der letzten DAJ-Studie erhobenen Werten, für einige Bundesländer auch eine geringfügige Verschlechterung. Somit tragen die 6- bis 7-Jährigen im Vergleich zu den 12-Jährigen nach wie vor eine höhere Karieslast [...]*
- *Die erstmalige Erfassung der **3-Jährigen** im Rahmen der epidemiologischen Begleituntersuchungen ergab für diese Altersgruppe einen dmft-Wert von 0,48. Damit sind 13,7 Prozent der 3-Jährigen in Kitas bereits von Karies betroffen, 86,3 Prozent haben naturgesunde Gebisse. [...] Ein Teil der Milchzahnkaries entsteht also sehr früh. Eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Kindern leidet unter starkem Kariesbefall (3,57 dmft), der nur sehr schwierig und nicht selten in Narkose zu sanieren ist, während die meisten Altersgenossen gesunde Milchzähne haben. Dies zeigt, dass bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt eine soziale Polarisation der Karies zu verzeichnen ist [...]*

Angesichts dieser Daten sehen sich die alternierenden Vorsitzenden der DAJ, **Dr. Michael Kleinebrinker vom GKV-Spitzenverband** und **Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer**, darin bestärkt, die Umsetzung der 2016 veröffentlichten „Erweiterten DAJ-Empfehlungen zur Prävention frühkindlicher Karies“ weiter zu intensivieren. Diese enthält u.a. auch Handlungsempfehlungen für Kindertagesstätten und das Elternhaus. *Quelle: DAJ-PM*

## Frühkindliche Prävention = Luxus?

Die **Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (KZV-NR)** informiert in ihrem jüngsten Informationsdienst darüber, dass die **BARMER** und die **Kaufmännische Krankenkasse** durch das **Bundesversicherungsamt (BVA)** aufgefordert wurden, die bestehenden Verträge zur Förderung der zahnmedizinischen Frühprävention bei Kleinkindern zum 31.03.2018 zu beenden. Im ID 02/2018 der KZV-NR heißt es hierzu: „Hintergrund der Aufforderung an die Krankenkassen ist, dass nach Ansicht des BVA die vereinbarten Leistungsinhalte über die Regelversorgung hinaus gingen und somit nicht zum Leistungskatalog der GKV gehörten und daher nicht Gegenstand des jeweiligen Gesamtvertrages sein könnten.“ Ab dem 1. April 2018 können derartige Leistungen demnach nicht mehr zu Lasten der vorgenannten Krankenkassen über die KZV abgerechnet werden. *Quelle: ID 02/2018 KZV-NR*