

## Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

SACHVERSTÄNDIGENRAT  
für die Konzertierte Aktion  
im Gesundheitswesen

# **Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit**

Band I  
Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II  
Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

## **Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung**

- III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker
- III.2: Ausgewählte Erkrankungen: ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall  
und chronische, obstruktive Lungenkrankheiten
- III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen  
und depressive Störungen
- III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten**

**Gutachten 2000/2001**

## Inhaltsübersicht über Band III

<b>Vorwort</b>	<b>9</b>
<b>Gliederung</b>	<b>11</b>
<b>Verzeichnis der Tabellen im Text</b>	<b>12</b>
<b>Verzeichnis der Abbildungen im Text</b>	<b>12</b>
<b>Verzeichnis zum Anhang</b>	<b>12</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>13</b>

### **Band III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker**

Vorwort

1. Einführung und Übersicht
2. Überlegungen zum gesetzlichen Auftrag an den Rat
3. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung
4. Ziele und Methoden der Befragung
5. Zusammenfassende Darstellung der Art und Inhalte der Befragung
6. Hinweise auf Unterschiede in Ost- und Westdeutschland
7. Versorgung chronisch Kranker

Anhang

### **Band III.2: Ausgewählte Erkrankungen: ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall und chronische, obstruktive Lungenerkrankungen**

8. Ischämische Herzkrankheiten, inklusive Myokardinfarkt
9. Zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall
10. Chronische, obstruktive Lungenerkrankungen, auch Asthma bronchiale bei Kindern

Anhang

**Band III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen  
und depressive Störungen**

- 11. Rückenleiden
- 12. Onkologische Erkrankungen
  - 12.1 Lungenkarzinom
  - 12.2 Mammakarzinom
  - 12.3 Übergreifende Aspekte der Versorgung von Krebskranken
- 13. Depressive Störungen
  - Anhang

**Band III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten**

- 14. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
  - Anhang

## Vorwort

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erfüllt mit dem vorliegenden Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ seines Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ einen wesentlichen Teil seiner vom Gesetzgeber im § 142 Abs. 2 SGB V vorgegebenen Aufgabe. Angesichts des Umfangs seines Auftrags war eine Beschränkung auf ausgewählte Krankheiten und Zielgruppen unvermeidbar. Daher können viele ihm zugegangene Anregungen zu anderen Themen erst in Zukunft berücksichtigt werden. Die gesetzliche Aufgabe, die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zu beurteilen, ist eine gesundheitspolitische Daueraufgabe und verlangt ein Vielfaches der Ressourcen, die bisher dafür eingesetzt wurden.

Der Rat ist einer großen Anzahl von Institutionen, Organisationen und Personen zu Dank verpflichtet. Das gilt zunächst für die zahlreichen Organisationen, die sich an der Befragung des Rates beteiligt haben und ohne die das Gutachten nicht in dieser Form möglich gewesen wäre (eine Auflistung der Teilnehmer ist im Anhang wiedergegeben). Auch konnte er jederzeit auf fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit zurückgreifen.

Darüber hinaus gilt der Dank folgenden Personen: Frau Ulrike Bahrtdt, Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel; Frau Dr. med. Anke Bramesfeld, Medizinische Hochschule Hannover; Frau Dr. Katja Bromen MPH, Universität Essen; Frau Dr. med. Elke Jakubowski MSP, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen; Herrn Prof. Dr. med. Karl-Heinz Jöckel, Universität Essen; Frau Dr. med. Monika Grüßer, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln; Herrn Dr. Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Herrn Dr. A. Mühllich, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; Frau Ines Ney, FH Braunschweig-Wolfenbüttel; Herrn Dr. med. Matthias Perleth MPH, Medizinische Hochschule Hannover; Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Medizinische Universität zu Lübeck; Herrn Rüdiger Saekel, Ministerialrat a.D., Meckenheim; Frau Dr. P. H. Bettina Schmidt, Universität Bielefeld; Frau Dr. Angelika Schreiber-Wazlak MPH, Berlin; Herrn Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle, Universität Heidelberg; Frau Dr. phil. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover.

Die dem Rat zur Verfügung stehenden Ressourcen in der Geschäftsstelle sind durch die Erstellung des Gutachtens in extremer Weise belastet worden. Das gilt insbesondere für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Volksw. Antje Freytag, Herr Dr. med. Antonius Helou MPH, Frau

Dr. med. Ulrike Heyer MPH, Frau Dr. P. H. Dipl.-Psych. Friederike Hoepner-Stamos, Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Sabine List MPH, Frau Annette Riesberg MPH und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Ihnen ist der Rat zu außerordentlichem Dank verpflichtet.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte und für die Zusammenstellung der Dokumentation der Stellungnahmen der befragten Organisationen im Internet ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) verantwortlich war. Schließlich dankt der Rat Frau Ingrid Aengenheyster, Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Monika Weinberg für die Unterstützung der Arbeit des Rates und der Geschäftsstelle.

Wenn in dem Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Die endredaktionellen Arbeiten am Gutachten erfolgten unter hohem Termindruck und mit sehr begrenzten personellen Ressourcen. Hieraus erwachsene eventuelle formale und sprachliche Ungenauigkeiten wurden im Interesse einer zeitnahen öffentlichen Präsentation des Gutachtens in Kauf genommen. Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt allein der Rat die Verantwortung.

Bonn, im August 2001

**Gisela C. Fischer**

**Adelheid Kuhlmei**

**Karl W. Lauterbach**

**Rolf Rosenbrock**

**Friedrich Wilhelm Schwartz**

**Peter C. Scriba**

**Eberhard Wille**

## **Gliederung**

<b>14.</b>	<b>Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten</b>	<b>17</b>
14.1	Einschätzung der Versorgungssituation aus Sicht der Befragten	17
14.1.1	Antwortende Organisationen	17
14.1.2	Geschilderte Versorgungsprobleme	17
14.2	Über-, Unter- und Fehlversorgung in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung	19
14.2.1	Aktuelle Versorgungsprobleme in der Zahnmedizin	19
14.2.1.1	Definition zahnmedizinischen Behandlungsbedarfs	25
14.2.1.2	Diagnostik	31
14.2.1.3	Primär- und Sekundärprävention	34
14.2.1.4	Tertiärprävention	38
14.2.1.5	Verbraucherschutz	47
14.2.1.6	Nachfragesteuerung	48
14.2.1.7	Qualifikation von Zahnärzten und Prophylaxepersonal	56
14.2.2	Derzeitige Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität	60
14.2.3	Künftige Ansätze zur Verbesserung der Qualität	67
14.2.4	Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen	83
14.2.5	Ökonomische Effekte	92
14.3	Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie	95
14.4	Fazit und Empfehlungen	105
14.4.1	Interventionsbedarf für hinreichend sichere Problembewertungen und Lösungsmaßnahmen	106
14.4.2	Entwicklungsbedarf für hinreichend sichere Problembewertungen und ernstzunehmende Lösungsmaßnahmen	108
14.4.3	Investigationsbedarf für ernstzunehmende Problembewertungen und Lösungsmaßnahmen	111
14.5	Literatur	112

## **Verzeichnis der Tabellen im Text**

<i>Tabelle 1:</i>	Folgeschäden ‚besonderer Therapierichtungen‘ in der Zahnmedizin auf individueller Ebene und auf Populationsebene	52
<i>Tabelle 2:</i>	Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung	85
<i>Tabelle 3:</i>	Entwicklung der kieferorthopädischen Fallzahlen bei 12- bis 13-Jährigen	98
<i>Tabelle 4:</i>	Beurteilung kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand des Dental Aesthetic Index (DAI)	101

## **Verzeichnis der Abbildungen im Text**

<i>Abbildung 1:</i>	Modell zur Kombination von <i>need-</i> und <i>want-dentistry</i>	28
<i>Abbildung 2:</i>	Alterstypische zahnmedizinische Ausgaben der GKV, Deutschland 1997	96
<i>Abbildung 3:</i>	Zahnmedizinische Pro-Kopf-Ausgaben der GKV für Kinder und Jugendliche, Deutschland 1997	97
<i>Abbildung 4:</i>	Verteilung und Behandlungsbedürftigkeit dentofazialer Anomalien bei 12- bis 13-Jährigen in Thüringen 1995	102

## **Verzeichnis zum Anhang**

<i>Anhang 1:</i>	Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)	125
<i>Anhang 2:</i>	Teilnehmer der Befragungsaktion	126
<i>Anhang 3:</i>	Befragungstexte	146
<i>Anhang 4:</i>	Zusammenstellung der dringlichsten Handlungsempfehlungen (A) des Rates zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen	153
<i>Anhang 5:</i>	Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	161



## Abkürzungsverzeichnis

AGR	Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenverbände in der gesetzlichen Krankenversicherung
AHB	Anschlussheilbehandlung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQS	Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Medizin
AR	Attributivrisiko
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
BAGH	Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
BÄK	Bundesärztekammer
BET	brusterhaltende Therapie
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BG	Berufsgenossenschaft
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Centers of Disease Control and Prevention
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPI	Community Periodontal Index
CPITN	Community Periodontal Index of Treatment Needs
CT	Computertomograph(ie)
DAI	Dental Aesthetic Index
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
DALY	Disability Adjusted Life Years
DDD	Definierte Tagesdosis
DH	Dental Hygienist
DHP	Deutsche Herz-Kreislauf-Präventions-Studie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DMF-T	Decayed, Missing, Filled Teeth
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
DRG	Diagnosis Related Groups
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBMT	European Bone Marrow Transplant Group
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union ( z. T auch Erwerbsunfähigkeit)
EUREF	European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services
EUROASPIRE	European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FDI	Fédération Dentaire Internationale
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HDL	High Density Lipoprotein
HET	Hormonersatztherapie
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Disease
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistung
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
IKK	Innungskrankenkasse
IOM	Institute of Medicine
IOTN	Index of Orthodontic Treatment Needs
IP	Individualprophylaxe
JG	Jahresgutachten
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit

KI	Konfidenzintervall
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVVG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LDL	Low Density Lipoprotein
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
MKG	Mund-Kiefer-Gesicht
MONICA	MONitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease
MRT	Magnetresonanztomograph(ie)
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NHKK	Nationale Herz-Kreislauf-Konferenz
NHS	National Health Service
NIDEP	Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention
NMR	Nuclaeer Magnetic Resonance
NNT	Number Needed to Treat
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OSP	Onkologische Schwerpunkte
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PET	Positronenemissionstomograph(ie)
PKV	Private Krankenversicherung
PRIND	Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite
PROCAM	Prospective Cardiovascular Münster Study
PTCA	Percutane Transluminare Angioplastie
QALY	Quality Adjusted Life Years
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
RCT	Randomized Controlled Trial
RKI	Robert Koch-Institut
RöV	Röntgenverordnung
RR	Relatives Risiko
RV	Rentenversicherung
SB	Sachstandsbericht
SG	Sondergutachten
SGB	Sozialgesetzbuch

SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
STIKO	Ständige Impfkommission
TIA	Transistorisch Ischämische Attacke
TZ	Tumorzentrum
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZÄK	Zahnärztekammer
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
ZMF	zahnmedizinische Fachhelferin

## **14. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten**

### **14.1 Einschätzung der Versorgungssituation aus Sicht der Befragten**

#### **14.1.1 Antwortende Organisationen**

1. Zu Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches äußerten sich fünf Organisationen: Die Bundeszahnärztekammer in einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt e.V. und die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin (alle KAiG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Fachgesellschaft).<sup>1</sup>

Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

#### **14.1.2 Geschilderte Versorgungsprobleme**

2. Von den antwortenden Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahren durch die Fluoridierung von Zahnpasta und Speisesalz, die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sowie die Individualprophylaxemaßnahmen im Rahmen der GKV deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Kariesprävention von Kindern und Jugendlichen erzielt werden konnten. Dennoch bestünden hier weiterhin Defizite. Diese träfen unter anderem auf eine Untergruppe von Kindern und Jugendlichen zu, die den Großteil der Karieserkrankungen auf sich vereine. Die Mehrzahl der betroffenen Kinder stamme aus unteren sozialen Schichten. Entsprechend sei der geforderte Ausbau der Prophylaxe- und Früherkennungsmaßnahmen auf den Kreis dieser Hochrisikogruppen besonders auszurichten. Insgesamt sollte die Inanspruchnahme der Früherkennung durch bis 6-Jährige sowie der Individual- und Gruppenprophylaxe durch 6- bis 17-Jährige weiter gefördert werden. Die im Bereich der Kariesprophylaxe gesehene Unterversorgung wurde im wesentlichen nicht auf strukturelle (Angebots-)Mängel, sondern fehlende subjektive Präventions- und Therapienachfrage der Betroffenen zurückgeführt. Dem sei durch verstärkte Aufklärungsarbeit aller beteiligten Körperschaften entgegenzuwirken. Auch in einer als eigenständige Leistung einzuführenden zahnärztlichen Schwangerenfürsorge wurde eine Möglichkeit zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern gesehen.

---

1 Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, einschließlich der darin enthaltenen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, lag erst im April 2001 vor. Sie konnte daher nicht mehr in die Auswertung einbezogen werden, ist jedoch über die Homepage des Sachverständigenrates einsehbar.

3. Als ein weiterer wichtiger, oft in seiner Bedeutung unterschätzter Indikationsbereich wurden entzündliche Erkrankungen des Zahnfleisches bzw. des Zahnbettes (parodontale Erkrankungen) benannt. Aus der Gegenüberstellung epidemiologischer Daten, die u. a. eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit mit dem Alter belegten, und aktueller Abrechnungsziffern leiteten die antwortenden Organisationen eine Unterversorgung der Bevölkerung mit parodontalen Behandlungsleistungen ab. Genaue Daten über den bevölkerungsbezogenen Versorgungsgrad bei parodontalen Erkrankungen fehlten jedoch. Um dauerhafte Erfolge in diesem Bereich zu erzielen, reichten allerdings allein zahnärztliche Maßnahmen nicht aus, vielmehr seien (präventive) Eigenleistungen der Betroffenen, z. B. in Form verbesserter Mundhygiene notwendig. Auch der langfristige Erfolg parodontalchirurgischer Behandlungen hänge von der *oral health self care* des Einzelnen ab. Daher wurde vorgeschlagen, eine die Eigenverantwortung fördernde Modifikation im Sinne eines Bonussystems bei parodontologischen Leistungen einzuführen.

4. Eine Unter- und Fehlversorgung wurde generell in der zahnmedizinischen Versorgung von immobilen, pflegebedürftigen bzw. behinderten Menschen gesehen, unabhängig davon, ob sie Zuhause oder in Alten- und Pflegeeinrichtungen lebten.

5. Die Beurteilung der Versorgung mit zahnerhaltenden und zahnersetzenden Maßnahmen werde durch das weitgehende Fehlen allgemein anerkannter Bewertungsmaßstäbe erschwert. Häufig bestünden verschiedene, unterschiedlich aufwändige respektive kostenträchtige Versorgungsalternativen, bei denen individuelle Präferenzen der Patienten zum Tragen kämen. Aufwändige, über eine funktional notwendige Grundversorgung hinausgehende Leistungen dürften nicht die solidarisch finanzierte GKV belasten. Dazu könne eine Festbetragsregelung beitragen. Eine solche Umstellung liefe auf ein Konzept von Grund- und Wahlleistungen auf der Grundlage eines morbiditätsbezogenen Bedarfsbegriffes hinaus, in den sowohl medizinische als auch ökonomische Daten einfließen müssten. Durch eine Festbetragsvereinbarung behielte der Versicherte seinen Anspruch auf medizinische (Grund-)Versorgung, auch wenn er sich für eine Behandlung entscheidet, die über die Grenze der vertragszahnärztlichen Versorgung hinausgeht. Zudem könnten Festzuschüsse als sozial gerechter als Prozentuallösungen angesehen werden, weil sie verhinderten, dass Versicherte, die sich höhere Eigenanteile leisten könnten, die Solidargemeinschaft mit höheren absoluten Kosten belasteten. Darüber hinaus seien sie aus Gründen der Transparenz und Verfahrensvereinfachung dem bisherigen Verfahren vorzuziehen.

6. Speziell zur kieferorthopädischen Versorgung wurde Folgendes festgestellt: Die Definition der Behandlungsbedürftigkeit von Zahn- und Kieferfehlstellungen unterliege nicht nur medizinischen, sondern auch individuellen und gesellschaftlichen Bewertungen. Als Grundlage für eine schärfere Grenzziehung zwischen GKV-finanzierten und vom Versicherten zu tragenden Leistungen könnten befundorientierte Indikationssysteme dienen. Ob z. B. der international gebräuchliche IOTN-Index (*index of orthodontic treatment needs*) hierzu geeignet wäre, sei Gegenstand laufender Untersuchungen. Daten des Instituts der Deutschen Zahnärzte belegten für 1997 bei 12-Jährigen eine Quote von 55 % durchgeführter oder geplanter kieferorthopädischer Behandlungen. Hieraus könne jedoch weder auf eine Über- noch auf eine Unterversorgungssituation geschlossen werden.

7. Als Überversorgung wurde gewertet, dass im zahnärztlichen Leistungskatalog als überholt geltende Positionen enthalten seien. Als Beispiel wurde hier die BEMA-Z Nr. 105 („lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen“) genannt, die bei nahezu jedem zweiten Patienten einmal pro Quartal abgerechnet würde. Unter strukturellen Gesichtspunkten ließe sich Überversorgung auch an der Sperrung zahnärztlicher und kieferorthopädischer Planungsbe-

reiche erkennen. So seien nach Daten der KZBV 1999 25 % der 611 und 7 % der kieferorthopädischen Planungsbereiche für weitere Niederlassungen gesperrt gewesen. Die bisherige Bedarfsplanung sei nicht dazu geeignet, die bestehende strukturelle Überversorgung abzubauen. Im Gegensatz zur ambulanten allgemein Zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung müsse allerdings für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie weiterhin von einer Unterversorgung ländlicher Regionen ausgegangen werden.

Obwohl von den stellungnehmenden Organisationen kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Zahnarztichte und Menge der erbrachten Leistungen gesehen und die Aufhebung der Niederlassungsbeschränkungen gefordert wurde, sprachen sie sich für eine Reduzierung der Ausbildungskapazitäten und damit der Studienplätze aus. Dies sei für die Steigerung der Qualität der Zahnärztlichen Ausbildung unerlässlich.

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

### **14.2.1 Aktuelle Versorgungsprobleme in der Zahnmedizin<sup>2</sup>**

8. Einzelaspekte zahnmedizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland wurden aus verschiedener Perspektive in den letzten Jahren wiederholt beschrieben (z. B. Bauer, J. et al. 1995; Staehle, H. J. 1996a; Sinha, M. 1998). Viele der im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aktuell diskutierten zahnmedizinischen Herausforderungen (z. B. verstärkte Hinwendung zu zahnerhaltenden Leistungen) werden seit Jahrzehnten thematisiert (Hey, H.-W. 1978; Tiemann, B. u. Herber, R. 1980), zum Teil aber nur zögerlich aufgegriffen.

Der Zustand der Mundgesundheit und der Zahnärztliche Versorgungsgrad der in Deutschland lebenden Bevölkerung wurden in der Vergangenheit mehrfach erfasst, unter anderem von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (Pieper, K. 1998). Vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Trägerschaft von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) wurde im Jahr 1997 die „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie – DMS III“ durchgeführt (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999).

Danach ergibt sich hinsichtlich der nach wie vor am häufigsten vorkommenden oralen Erkrankungen wie Karies und Parodontopathien folgendes orientierendes Bild:

---

2 Die folgenden Ausführungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Gebiete der Prävention und Zahnerhaltung.

**9.** Die Mundgesundheit von jungen Menschen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Fortgeschrittene kariöse Läsionen und schwerwiegende parodontale Erkrankungen sind in dieser Altersgruppe inzwischen eher selten. Ein wichtiger – auch von der WHO bevorzugt herangezogener – Parameter zur Beschreibung der Kariesverbreitung, der restaurativen Versorgung und des Zahnverlusts ist der sogenannte DMF-T Wert (D = *Decayed*/Karies; M = *Missing*/Zahnverlust; F = *Filled*/Füllung; T = *Teeth*/Index bezogen auf die Zahnzahl). Er lag bei 12-Jährigen im Jahr 1997 bei 1,7. Das von der WHO gesteckte Ziel (DMF-T unter 2) konnte somit eindeutig erreicht werden.<sup>3</sup>

In höheren Altersstufen sind orale Erkrankungen hingegen noch sehr weit verbreitet. Während bei Jugendlichen im Alter von 12 Jahren – wie oben ausgeführt – im Mittel weniger als 2 Zähne kariös, gefüllt oder verlorengegangen sind, sind bei Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) bereits über 16 Zähne betroffen und bei den Senioren (65-74 Jahre) sogar fast 25 Zähne.

Bei Jugendlichen liegt praktisch noch kein Zahnverlust (M-Komponente des DMF-Index) vor, während bei Erwachsenen durchschnittlich etwa 4 Zähne verlorengegangen sind. Bei den Senioren steigt der Zahnverlust im Mittel auf fast 18 Zähne. Im Hinblick auf die Zahl fehlender Zähne sind bei Erwachsenen (Altersgruppe der 35-44) in den letzten 14 Jahren präventive Erfolge ausgeblieben (Kerschbaum, T. et al. 2001).

Einschränkend zu diesen Angaben ist darauf hinzuweisen, dass der oben genannte DMF-T-Index nur bedingt geeignet ist, die Mehrdimensionalität von Karies (D), restaurativen Maßnahmen (F) und Zahnverlust (M) aufzuzeigen. Deshalb wird für eine Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Epidemiologie mit mehr gesundheitsorientierten DMF-T-Varianten plädiert (Strippel, H. 2000b).

**10.** Analog zu den methodischen Problemen, die bei der aktuellen Praxis der Erfassung von Zahnhartsubstanzerkrankungen auftreten, wird gegenwärtig auch die epidemiologische Überprüfung von Zahnfleischerkrankungen einer kritischen Betrachtungsweise unterzogen (Reich, E. 1999). Vorbehaltlich dieser Problematik lässt sich zum Auftreten von Parodontopathien folgendes feststellen:

---

<sup>3</sup> In einigen Bundesländern konnte der DMF-T in der Zwischenzeit noch weiter unterschritten werden. So ergaben Erhebungen des Jahres 2000 in Baden-Württemberg einen Durchschnittswert von 1,0 (in einzelnen Regionen sogar von 0,5) (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2000).



Jugendliche zeigen in etwa einem Drittel deutliche Zeichen von Gingivitis, Erwachsene in einer ähnlichen Größenordnung deutliche Zeichen von Parodontitis. Schwere Parodontitiden liegen bei 14 % der Erwachsenen und 24 % der Senioren vor.

**11.** Um eine bessere Transparenz über die Effekte von vorhandener oder fehlender Mundgesundheit auf die Lebenssituation eines Menschen zu erhalten, wurde vorgeschlagen, rein zahnärztlich bezogene Indices durch soziodentale Indikatoren zu ergänzen (Strippel, H. 2001b). Dies würde es unter anderem ermöglichen, fundiertere Aussagen über den Effekt der zahnärztlichen Versorgung auf die Lebensqualität der Bevölkerung treffen zu können (John, M. u. Micheelis, W. 2000).

**12.** Die Bundeszahnärztekammer hat unter Berücksichtigung von WHO-Vorgaben einen Katalog vorgelegt, der Mundgesundheitsziele bis zum Jahr 2010 benennt. Wenn dabei auch nicht alle Forderungen der WHO erreichbar erscheinen, so wird doch eine weitere spürbare Verbesserung der oralen Gesundheit der in Deutschland lebenden Bevölkerung erwartet (BZÄK 1996). Die Formulierung nationaler und regionaler Ziele wird im Vergleich zur Formulierung globaler Ziele als realistischer angesehen (Reich, E. 1999).

**13.** Die Ursachen des besonders bei jungen Menschen beobachtbaren Rückgangs oraler Erkrankungen sind nicht genau bekannt. Während Einflüsse der Ernährung, aber auch der Mundhygiene heute wesentlich differenzierter bewertet werden als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war, wird der positive Effekt von Fluoriden auf den Rückgang kariöser Läsionen zunehmend akzeptiert. Risikofaktoren werden nicht nur in der Kariologie, sondern auch in anderen Fächern wie z. B. in der Parodontologie heute einer neuen Bewertung unterzogen. So werden Einflüsse, die bisher in der Zahnmedizin wenig Beachtung fanden (z. B. Rauchen) inzwischen in großem Umfang für das Auftreten oraler Erkrankungen (vor allem Zahnfleischerkrankungen) verantwortlich gemacht. Die darauf basierenden Präventionskonzepte (z. B. Einschränkung des Zigarettenkonsums in der Bevölkerung zur Verbesserung der Mundgesundheit) gelten inzwischen als wissenschaftlich gesichert.

**14.** Möglicherweise entfalten darüber hinaus bislang ebenfalls kaum beachtete Faktoren wie zum Beispiel antimikrobiell wirksame Zusätze in Nahrungsmitteln oder Medikamenten, die zur Bekämpfung anderweitiger Erkrankungen in der Bevölkerung verbreitet sind, einen Einfluss auf die orale Mikroflora und damit auf die Progression von Karies und Parodontopathien. Auch endogene, genetisch determinierte Faktoren, die das Risiko für bestimmte Erkrankungen modellieren, gelangen vermehrt in das Interesse der zahn-

medizinischen Forschung. Ob und ggf. in welchem Ausmaß solche Aspekte eine Rolle spielen, ist bislang zwar nicht hinreichend geklärt, dennoch verbreitet sich bereits jetzt die Auffassung, dass orale Gesundheit nicht nur als Resultat ‚eigenverantwortlicher‘ Verhaltensweisen (z. B. Verzicht auf zuckerhaltige Nahrungsmittel) angesehen werden kann. Anstelle solch vereinfachender Vorstellungen wird vielmehr immer deutlicher, dass der Mundgesundheitszustand eines Menschen als Ausdruck seiner Lebensbedingungen mit ihren vielfältigen endogenen und exogenen Variablen anzusehen ist (Staehele, H. J. 1996b).

**15.** Orale Erkrankungen sind in der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt, sondern zeigen eine Tendenz der Polarisierung: Ein kleinerer Prozentsatz der Bevölkerung weist einen überdurchschnittlich hohen Anteil oraler Erkrankungen auf. Neben verschiedenen medizinischen Faktoren werden dafür auch sozialspezifische Gründe verantwortlich gemacht. Ein im Jahr 2000 vorgelegter Bericht des U.S. Public Health Service zur oralen Gesundheit der Bevölkerung in Nordamerika ergab, dass sich soziale Ungleichheit in allen Altersstufen gravierend auf die Mundgesundheit auswirkt und dass Mängel im Versicherungssystem für viele Menschen zu einer unzureichenden zahnärztlichen Versorgung führen. Dies ist nicht nur für die Betroffenen selbst mit erheblichen Nachteilen verbunden (Schmerzen, funktionelle und ästhetische Einschränkungen, gesundheitliche Folgeerkrankungen vielfältiger Art), sondern führt auch für die Wirtschaft zu relevanten Einbußen (Arbeitsausfall usw.) (U.S. Public Health Service 2000). Epidemiologische Studien aus dem deutschsprachigen Raum belegen ebenfalls bedeutende Einflüsse der Sozialschichtung auf die Mundgesundheit (Splieth, C. et al. 1997; Micheelis, W. 1998). Bemerkenswerterweise gilt dies sowohl für die Bevölkerung der alten wie auch der neuen Bundesländer (Kerschbaum, T. et al. 1994 und 1996).

**16.** Im internationalen Vergleich wird der zahnärztliche Versorgungsgrad der in Deutschland lebenden Bevölkerung insgesamt gesehen als hoch bezeichnet (Reich, E. 2001a). Von einer noch unzureichenden zahnärztlichen Versorgung sind besonders Personen betroffen, die in sozialen Brennpunkten leben. Bei Menschen in Behinderten-, Rehabilitations-, Pflege- und Alteneinrichtungen bzw. sonstigen pflegebedürftigen Personen liegen ebenfalls gravierende Versorgungsdefizite vor (Wefers, K. P. et al. 1989; Stark, H. u. Holste, Th. 1990; Stark, H. et al. 1999). Auch die Zuwanderung von Menschen aus Ländern mit anderen Lebensbedingungen erhöht die Unterschiede im Bereich der oralen Gesundheit.

**17.** Obwohl sich die epidemiologische Datenbasis in den letzten Jahren verbessert hat (Tiemann, B. 2001), muss festgestellt werden, dass eine qualitative und quantitative Beschreibung der zahnmedizinischen Versorgung nach wie vor nur begrenzt möglich ist. So fehlen bislang z. B. unabhängige Institutionen, die kontinuierlich eine systematische Sammlung, Auswertung und Verzahnung von Daten über Prävalenzen und Inzidenzen oraler Erkrankungen, den Erfolg bzw. Misserfolg zahnärztlicher Interventionen, Abrechnungs-Statistiken, Ergebnisse von Begutachtungen usw. betreiben. Auch Themen der Unter-, Fehl- und Überversorgung wird in der Zahnmedizin bislang nicht systematisch nachgegangen. Durch die inzwischen hochentwickelte EDV-Technik wäre eine entsprechende Datenakquisition zwar prinzipiell möglich, ihre Realisierung stößt allerdings auf erhebliche Widerstände. Diese betreffen unter anderem Befürchtungen über Datenschutzprobleme oder einseitige Kontroll- bzw. Disziplinierungsmaßnahmen, z. B. von Kostenträgern gegenüber der Zahnärzteschaft.

**18.** Die gegenwärtige, kontrovers diskutierte Situation lässt sich somit wie folgt beschreiben:

Einige Institutionen (z. B. Kassenzahnärztliche Vereinigungen) verfügen über große Datenmengen, machen diese bislang jedoch nur zu einem geringen Anteil der Öffentlichkeit zugänglich. Auch die Auswertung von Daten erfolgt von dieser Seite eher zurückhaltend.

Andere Institutionen (z. B. Kostenträger), die nur begrenzten Zugang zu zahnärztlichen Versorgungsdaten bei defizitärer EDV-Ausrüstung und weitgehend fehlender Datenkommunikation und -zusammenführung besitzen, fordern eine höhere Transparenz, um damit eine bessere Grundlage für konkrete Analysen der zahnärztlichen Versorgungsrealität zu schaffen. Seitens zahnärztlicher Standesvertreter wird dabei der Verdacht geäußert, diese Analysen würden unter Missachtung des Datenschutzes (,gläserner Patient‘, ,gläserner Zahnarzt‘) einseitig zu Lasten der Zahnärzteschaft vorgenommen.

**19.** Auch Fragen, inwieweit die in Deutschland vorgegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen die zahnärztliche Versorgung beeinflussen, lassen sich derzeit nicht befriedigend beantworten. In anderen Ländern (z. B. Schweiz) wurden Modellpraxen eingerichtet, in denen der Aufwand (einschließlich des Zeitbedarfs) für einzelne Leistungen regelmäßig ermittelt wird (Brückmann, J. 1999). Einige Berechnungsdaten für Fix- und Rahmentarife wurden von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) im Internet publiziert (SSO 2001). In Deutschland werden aktuell ebenfalls Aufwandserhebungen vom Institut der Deutschen Zahnärzte einerseits und den Spitzenverbänden der

Krankenkassen andererseits vorgenommen. Allerdings konnte man sich bislang nicht auf eine gemeinsame, von Zahnärzteschaft und Kostenträgern getragene Evaluierung einigen (Pr/pm 2001). Dies lässt befürchten, dass eine konsensfähige Beschreibung ökonomischer Rahmenbedingungen auch in Zukunft nur schwer erreicht werden kann.

**20.** Da eine zahnmedizinische Bedarfsforschung, die sich auf eine solide epidemiologische Datenerhebung stützen könnte, noch in ihren Anfängen steckt und konkrete Zahlen über Unter-, Fehl- und Überversorgung nur bedingt zu erhalten sind, fehlt auch eine hinreichend exakte Grundlage zur Beschreibung von diesbezüglichen nationalen und regionalen Gesundheitszielen. Dennoch gibt es Hinweise, die Qualitätsprobleme aufzeigen und daraus abzuleitende Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung nahe legen (siehe unten).

**21.** Für die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung sind drei Berufsgruppen von hoher Relevanz: Zahnärzte, zahnärztliches Assistenzpersonal (Zahnarthelferinnen<sup>4</sup>, Zahnmedizinische Fachhelferinnen, Zahnmedizinische Verwaltungshelferinnen, Dental Hygienists) und Zahntechniker.

Für das Jahr 1998 wurden von der Fédération Dentaire Internationale (FDI) in Deutschland ca. 62.000 Zahnärzte (vorwiegend sog. Generalisten), 80.000 Zahntechniker und 120.000 Zahnarthelferinnen (davon 100 Dental Hygienists) zugrundegelegt (FDI 2000). Von insgesamt 78.000 Zahnärzten waren 62.000 behandelnd tätig (siehe oben, entsprechend 1.300 Einwohnern pro Zahnarzt). 52.000 Zahnärzte nahmen an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung teil. Das Verhältnis von Zahnarthelferinnen (einschließlich Zahnmedizinische Fach- und Verwaltungshelferinnen) zu Zahnarztpraxen lag bei 2,75:1. Im Jahr 1999 hat sich die Zahl von Vertragszahnärzten auf 53.000 erhöht (KZBV 2000). Wie viele Zahnarthelferinnen als Prophylaxehelferinnen und/oder zahnmedizinische Fachhelferinnen tätig sind, ist nicht genau bekannt. Die Zahl zahnmedizinischer Fachhelferinnen (ZMF) wurde 1992 auf nur etwa 2.000 geschätzt (Neumann, T. 1996). Neuere publizierte Daten bezüglich des zahnärztlichen Prophylaxepersonals liegen nicht vor, es ist allerdings anzunehmen, dass sich die Zahl von weiterqualifizierten Zahnarthelferinnen inzwischen etwas erhöht hat.

**22.** Zur Zeit wird die Zahl an allgemeinpraktizierenden Zahnärzten, Zahnarthelferinnen und Zahntechnikern als ausreichend oder hoch bezeichnet (vgl. auch Abschnitt 14.2.1.7). Es fehlt aber an Zahnärzten mit bestimmten Spezialausbildungen wie z. B.

---

4 Neue Bezeichnung ab 1. August 2001: Zahnmedizinische Fachangestellte

Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie, Präventive Zahnheilkunde, Restaurative Zahnheilkunde oder Zahnärztliche Psychologie und Psychosomatik (Heidemann, D. u. Staehle, H. J. 2001). Auch die Zahl an Zahnarzhelferinnen mit Zusatzqualifikationen gilt als niedrig (Neumann, T. 1996).

23. Insbesondere zur Umsetzung zahnerhaltender, präventiver Strategien ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern ein Mangel an weiterqualifizierten Zahnärzten und weiterqualifiziertem Prophylaxepersonal zu verzeichnen. Dagegen ist die Zahl von Zahntechnikern, die sich zum großen Teil mit stark invasiven, zahnersetzenden Maßnahmen beschäftigen, hoch. Auch wenn sich in den letzten Jahren ein Rückgang von berufstätigen Zahntechnikern eingestellt hat (Maibach-Nagel, E. 2001b) ist Deutschland europaweit nach wie vor das einzige Land, in dem mehr Zahntechniker als Zahnärzte berufstätig sind. Während andernorts mehrere Zahnärzte benötigt werden, um die Arbeitskapazität eines Zahntechnikers auszulasten, ist die Situation in Deutschland umgekehrt. Hier wird - im Gegensatz zu allen anderen Ländern - Zahnersatz offenbar in einem so großen Umfang betrieben, dass im Durchschnitt ein Zahnarzt mehr Laboraufträge produziert, als es die Arbeitskapazität eines Zahntechnikers bewältigen könnte (Neumann, T. 1996).

24. Folgende Problemkonstellationen werden im weiteren vertiefend diskutiert: Das Fehlen einer allgemein akzeptierten Definition zahnmedizinischen Behandlungsbedarfs, die Beliebigkeit der Diagnosestellung, der geringe Anteil von Primär- und Sekundärprävention in Relation zur Tertiärprävention, der hohe Anteil substanzopfernder Interventionen innerhalb der Tertiärprävention, der eingeschränkte gesundheitliche Verbraucherschutz, die ökonomisch/ideologisch motivierte Nachfragemanipulationen sowie die geringe Anzahl von weiterqualifizierten Zahnärzten und Prophylaxepersonal.

#### **14.2.1.1 Definition zahnmedizinischen Behandlungsbedarfs**

25. In der Zahnmedizin wird zur Beschreibung des Behandlungsbedarfs (Bradshaw, J. 1972) und der darauf aufbauenden Leistungskataloge zuweilen zwischen der sogenannten ‚*need-dentistry*‘ (zur Erfüllung des objektiven bzw. normativen zahnmedizinischen Bedarfs) und der sogenannten ‚*want-* oder ‚*elective dentistry*‘ (zur Erfüllung des subjektiven zahnmedizinischen Bedarfs) unterschieden. Diesem Denkmodell liegt die Vorstellung zugrunde, dass eine Zuordnung zu zahnmedizinisch notwendigen Behandlungen auf der einen Seite und darüber hinausgehenden Wunschbehandlungen auf der an-

deren Seite möglich ist. Allerdings reichen die Begriffe ‚*need*‘ und ‚*want*‘ nicht aus, um die in der zahnmedizinischen Versorgung auftretenden Fragestellungen hinreichend beantworten.

- *need-dentistry*: Der Begriff ‚*need*‘ bezieht sich zum einen auf objektivierbare zahnärztliche Probleme, deren Behebung als medizinisch notwendig erachtet wird. Zum anderen thematisiert er aber auch unterschiedliche Behandlungsalternativen zur Lösung dieser Probleme. Beide Gesichtspunkte unterliegen einem großen Ermessensspielraum.
- *want-* bzw. *elective dentistry*: Unter dem Begriff ‚*want*‘ ist nicht immer nur das zu verstehen, was ein Patient von sich aus (eigenständig) wünscht. ‚*want-dentistry*‘ kann auch solche Leistungen umfassen, für die sich ein Patient erst als Ergebnis einer mehr oder weniger neutralen zahnärztlichen Beratung entscheidet. Insofern muss zwischen einer primär vom Patienten vorgetragenen und einer vom Zahnarzt induzierten ‚*want-dentistry*‘ (*supply induced demand*) differenziert werden.

**26.** Die Unterscheidung zwischen *need-* und *want-dentistry* setzt die Möglichkeit einer hinreichend abgrenzbaren Kategorisierung von Leistungen voraus. Innerhalb gewisser Grenzen trifft dies tatsächlich zu. So dürfte weitgehender Konsens darüber bestehen, dass z. B. die Behebung akuter Zahnschmerzen als *need-dentistry* anzusehen ist, wohingegen z. B. das Bleichen natürlich aussehender, gesunder Zähne zur Erzielung eines Gebisses mit auffälliger Signalwirkung eindeutig die Kriterien der *want-dentistry* erfüllt.

Während Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen und zur Aufrechterhaltung der Sprach- und Kaufunktion meist als ‚notwendig‘ angesehen werden, werden Eingriffe, die der Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes dienen, oft als Wunschleistungen (Verbesserung von Wellness oder Lifestyle) betrachtet. Letztgenannte nehmen stetig zu. In den USA sollen inzwischen bereits etwa 50 % aller zahnärztlichen Eingriffe dem Bereich der *elective dentistry* zuzuordnen sein, da sie nicht ausschließlich der Beseitigung von Schmerzen oder von Funktionsstörungen dienen (Christensen, G. J. 1999).

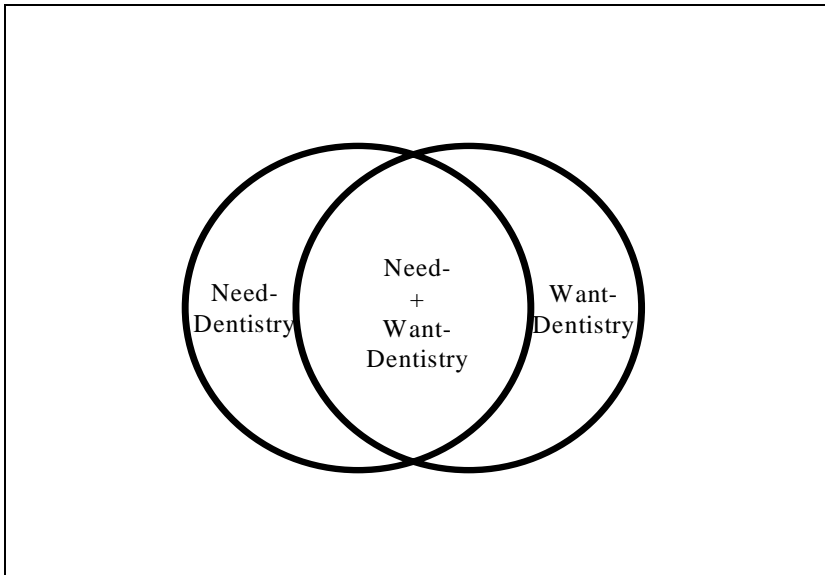
**27.** In der Zahnarztpraxis sind solche eindeutigen Zuordnungen im Sinne einer Unterteilung in ‚medizinisch notwendig‘ und ‚medizinisch nicht notwendig‘ jedoch nur in eingeschränktem Umfang möglich. In sehr vielen klinischen Situationen liegt vielmehr eine kaum abgrenzbare Kombination von subjektiven und objektiven Kriterien bzw. *want-* und *need-dentistry* vor. Es ergibt sich in der Praxis nur selten, dass ein einzelner

Eingriff entweder nur das Kriterium von Notwendigkeit oder nur das Kriterium von subjektivem Wunsch erfüllen würde. Vielmehr kann ein einzelner Eingriff gleichzeitig beide Kriterien (wenn auch in unterschiedlichen Anteilen) umfassen.

Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Wenn eine durch Karies, chemische Erosion, Abrasion/Attrition, Fehlbildung oder Verletzung verursachte Zahnläsion im sichtbaren Bereich zahnärztlich-restaurativ versorgt wird, kann es angebracht sein, gleichzeitig eine von der Läsion unabhängige Formkorrektur des betroffenen Zahnes (z. B. Verbreiterung, Verlängerung oder Konturänderung) vorzunehmen. Dies wiederum kann aus funktioneller Sicht oder parodontalen Gründen (Verbesserung der Hygienefähigkeit) gerechtfertigt sein, aber auch aus rein ästhetischen Motiven heraus erfolgen. Es ist in der Regel kaum möglich, den jeweiligen Anteil notwendiger und den Anteil darüber hinausgehender, nicht-notwendiger Maßnahmen anzugeben. Falls man dem Modell von subjektivem und objektivem Bedarf folgt, müsste demnach anstelle einer Zweiteilung mindestens eine Dreiteilung vorgenommen werden, wobei allerdings auch hier das Problem der eingeschränkten Trennschärfe bestehen bleibt (Abbildung 1).

**28.** Üblicherweise wird Überlegungen zur Definition von zahnärztlichem Versorgungsbedarf eine klare Diskrimination zwischen Leistungen im Sinne von *need-dentistry* und Leistungen im Sinne von *want-dentistry* zugrundegelegt. Ein Zusammentreffen von individueller Nachfrage und objektivem Bedarf (*need-dentistry*) wäre sachgerechter Bedarf. *Want-dentistry* betrifft nur darüber hinausgehende Leistungen. Dieses Modell ignoriert die in der Praxis häufig vorkommende Kombinationen von notwendigen und nicht-notwendigen Maßnahmen (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Modell zur Kombination von *need-* und *want-dentistry***



*Quelle:* Eigene Darstellung

**29.** Die Frage, welche konkreten Leistungen in der Zahnmedizin als notwendig und welche als nicht notwendig zu bezeichnen sind, wird nicht einheitlich beantwortet. Die dazu existierenden Vorstellungen sind oftmals weniger medizinisch-wissenschaftlich begründet, sondern eher als Ausdruck von Zielsetzungen einzelner Interessengruppen anzusehen. So existiert z. B. der Standpunkt, jegliche vom Aussehen her begründeten zahnärztlichen Maßnahmen wären als Wunschleistungen zu definieren. Dies würde bedeuten, dass alle zahnfarbenen Restaurationen (selbst im Frontzahnbereich) grundsätzlich als *want-dentistry* einzustufen sind. Diese Auffassung ist jedoch nicht haltbar. Vielmehr muss heute – besonders in hochentwickelten Industrienationen – das Gebiss eines Menschen bestimmten ästhetischen Basisanforderungen genügen, um psychosoziale Ausgrenzung zu vermeiden. Aus diesem Grund kann es (zahn)medizinisch durchaus begründet sein, ästhetische Auffälligkeiten (z. B. sichtbare Lückenbildungen aufgrund fehlender oder lückig stehender Zähne) auch dann als behandlungsbedürftig einzustufen, wenn keine kaufunktionellen oder sprachlichen Beeinträchtigungen vorliegen. *Need-dentistry* wäre so gesehen mehr der Erzielung physischen Wohlbefindens, *want-dentistry* hingegen vornehmlich dem psychischen und sozialen Wohlbefinden (gemäß der Ottawa-Charta der WHO) zuzuordnen.



**30.** Durch neue Erkenntnisse über die Wechselwirkungen zwischen oralen und allgemeinen Erkrankungen (American Academy of Periodontology 1998; Genco, R. J. et al. 2000) wird derzeit der zahnärztliche Behandlungsbedarf auch aus allgemeinmedizinischer Sicht einer neuen Bewertung unterzogen. Es ist davon auszugehen, dass der als medizinisch relevant einzuschätzende Krankheitswert einiger oraler Störungen (z. B. chronisch-endodontische oder chronisch-parodontale Entzündungszustände) künftig eher zu- als abnehmen wird (Staehele, H. J. 2001a).

**31.** Je nach Definition von Krankheitswert oder Behandlungsdringlichkeit bestimmter Symptome/Befunde wäre bei einer Dreigliederung eine Unterteilung von *need-dentistry*, *need-* und *want-dentistry* und *want-dentistry* in mehr oder weniger willkürlich gewählten Anteilen von z. B. 10/80/10, 20/60/20 oder 30/40/30 möglich. Der kombinierte Anteil (*need-* und *want-dentistry*) dürfte dabei in den meisten Disziplinen der Zahnmedizin den jeweils größten Part ausmachen.

Aufgrund des großen Überlappungsbereichs von ‚*need*‘ und ‚*want*‘ ist eine exakte Trennung zwischen notwendigen Kernleistungen auf der einen Seite und darüber hinaus gehenden Zusatzleistungen auf der anderen Seite mit (zahn)medizinischen Argumenten allein kaum vertretbar. Falls eine solche Abgrenzung – z. B. aus ökonomischen Motiven – gefordert wird, muss deutlich gemacht werden, dass sie nicht (zahn)medizinisch, sondern politisch zu begründen und zu verantworten ist.

**32.** Neben der Problematik einer Verquickung medizinisch-fachlicher und politisch-ökonomischer Aspekte ergeben sich bei einer Beschreibung des Behandlungsbedarfs bzw. einer Zuteilung in Unter-, Fehl- und Überversorgung auch zahlreiche Fragen, die sich vom rein zahnmedizinischen Standpunkt nicht befriedigend beantworten lassen. So ist es in vielen klinischen Situationen bislang nur bedingt möglich, einen fachlichen Konsens über bedarfsgerechte Versorgungen zu formulieren. Selbst scheinbar simple Fragestellungen, die in der zahnärztlichen Praxisroutine regelmäßig auftauchen (z. B. Austausch oder Belassen einer vorhandenen zahnärztlichen Restauration; Versorgung einer Zahnläsion mittels einer direkt eingebrachten Restauration im Sinne einer Füllung oder eines indirekt hergestellten Werkstücks im Sinne eines Inlays oder einer Krone) sind nicht konsensfähig beantwortet (Staehele, H. J. 1999 und 2001b).

**33.** Es ließe sich eine große Zahl weiterer Beispiele aus dem gesamten Spektrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde anführen, die unterschiedliche Einschätzungen über die Angemessenheit von zahnärztlichen Maßnahmen belegen. So existieren im zahnärztlich-restaurativen Bereich seit längerer Zeit diverse Studien, die auf eine Beliebig-

keit bei Behandlungsplanungen hindeuten (Elderton, R. J. u. Nuttall, N. M. 1983; Elderton, R. J. 1993). Beispiele aus der zahnärztlichen Chirurgie tangieren unter anderem Fragen der Entfernung bzw. dem Belassen retinierter Weisheitszähne (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1998; Knutsson, K. et al. 2000 und 2001) oder der Indikationsstellung zu endochirurgischen Eingriffen. Nach wie vor werden beispielsweise tradierte chirurgische Indikationsstellungen für sog. Wurzelspitzenresektionen in zahlreichen Lehrbüchern präsentiert, obwohl deren Berechtigung zunehmend kritisch hinterfragt wird (Löst, C. 2001). Bei den hier genannten Maßnahmen handelt es sich nicht um selten erbrachte Leistungen, sondern um zahnärztliche Eingriffe, die in Deutschland sehr häufig vorgenommen werden (1999 wurden allein im kassenzahnärztlichen Bereich fast 800.000 chirurgische Entfernungen retinierter Zähne und weit über 500.000 Wurzelspitzenresektionen abgerechnet) (KZBV 2000).

**34.** Daraus folgert, dass in etlichen Bereichen der zahnmedizinischen Berufsausübung die Objektivität des als objektiv deklarierten Bedarfs kritisch zu hinterfragen ist.

Die im Zusammenhang mit dieser Problematik oftmals angesprochenen Referenzmaßstäbe durch Leitlinien und/oder Befragungen von Expertengruppen und weiteren Institutionen fehlen in vielen zahnärztlichen Bereichen (Böning, K. 1999; Kerschbaum, T. 2000; Richards, D. 2000).

Hinsichtlich des Evidenz-Standes zahnärztlicher Interventionen werden vor allem zwei Problemkreise benannt:

- Nur ein geringer Teil zahnärztlicher Maßnahmen gilt als Evidenz-basiert (Kerschbaum, T. 2000; Reich, E. 2000a; Richards, D. 2000). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn man hohe Evidenzgrade auf der Grundlage randomisierter kontrollierter Studien zugrundelegt. Aufgrund des hohen Zeit- und Kostenaufwandes klinischer Forschung ist nicht zu erwarten, dass sich dieser Zustand in der Zahnmedizin kurzfristig ändern wird (Wagner, W. 2000).
- In den wenigen Bereichen, in denen Evidenz vorliegt (z. B. bei bestimmten parodontologischen Fragestellungen), wird diese nicht optimal genutzt (Meyle, J. 2000).

**35.** Solange konsensfähige Standards auf hinreichender Evidenz-Basis fehlen, ist auch eine allgemein akzeptierte Definition von Unter- und Überbehandlung nur bedingt möglich. Hinzu kommt, dass gerade in der Zahnmedizin eine oftmals ausgeprägte Diskrepanz zwischen subjektivem Bedarf und als objektiv deklariertem Bedarf festzustellen

ist. Diese Diskrepanz bezieht sich keineswegs nur auf die zur Ausschöpfung von vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven immer wieder thematisierte Kombination „hoher subjektiver Bedarf bei niedrigem objektivem Bedarf“ (sachfremder Bedarf) sondern betrifft in mindestens ebenso großem Umfang die Kombination „niedriger subjektiver Bedarf bei hohem objektivem Bedarf“ (latenter Bedarf) (Walter, M. et al. 1998 und 1999). Der Versuch, aus Parametern oraler Erkrankungen einen direkten Behandlungsbedarf abzuleiten, wurde deshalb als sehr problematisch bezeichnet (Reich, E. 1999).

Es sind somit auf fachlich-professioneller Ebene noch große Anstrengungen notwendig, das ‚bedarfsgerechte‘ zahnärztliche Therapiespektrum konsensfähig zu beschreiben. Aktuell dürfte es am ehesten möglich sein, Extremformen von Unter- und Überversorgungen hinreichend klar zu benennen. Dazu wäre die Einrichtung regelmäßig tagender, unabhängiger Konsenskonferenzen mit entsprechend ausgestatteter Sachkompetenz sehr hilfreich (siehe Abschnitt 14.2.4).

#### **14.2.1.2 Diagnostik**

**36.** Die heute zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten ergeben nahezu einheitlich, dass orale Erkrankungen in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt sind. Neben altersbedingten und sozialspezifischen Gründen (Cohen, L. K. u. Gift, H. C. 1995) ist inzwischen eine große Zahl weiterer endogener und exogener Faktoren bekannt, die zu starken individuellen Unterschieden führen. Aus diesem Grund kommt der individuellen Risikoordnung für bestimmte orale Erkrankungen eine wichtige Funktion zu. Nur auf einer solch differenzierten diagnostischen Grundlage kann das heute vorhandene Behandlungsspektrum adäquat eingesetzt werden (Hall, W. B. 1998).

**37.** Es existieren zwar Auflistungen über diverse zahnmedizinische Maßnahmen (z. B. Handbuch der Zahnheilkunde der Zahnärztekammer Nordrhein 1999), es fehlt jedoch eine allgemein akzeptierte aktuelle Beschreibung des zahnärztlichen Leistungsspektrums.

Die derzeitigen Abrechnungspositionen für basisdiagnostische Leistungen, die sich im wesentlichen auf den sogenannten ‚01-Befund‘ konzentrieren, sind für eine sachgerechte, differenzierte diagnostische Vorgehensweise ungeeignet. Im Bereich der Diagnostik fehlen fachlich begründete Abstufungen (klinische Basisdiagnostik, weiterführende Diagnostik), die für ein zielgerichtetes Vorgehen unerlässlich sind.

**38.** Die aktuell gültigen, defizitären Abrechnungskataloge legen die Einschätzung nahe, dass die heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer systematischen Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung von adäquaten Risikoeinschätzungen zu oralen Erkrankungen nicht optimal genutzt werden. Diese Problematik beginnt bereits dann, wenn pauschale Empfehlungen zur Untersuchungsfrequenz („zweimal jährlich zum Zahnarzt“) gegeben werden. Derartige Empfehlungen sind zunehmend kritisch zu hinterfragen, da sie für einen großen Bevölkerungskreis mit geringem Erkrankungsrisiko zu einer Überversorgung, für einen kleinen Bevölkerungskreis mit hohem Erkrankungsrisiko zu einer Unterversorgung führen können.

**39.** Im einzelnen lassen sich hinsichtlich der zahnärztlichen Diagnostik zur Über-, Unter- und Fehlversorgung folgende Feststellungen treffen:

- Diagnostische Unterversorgung liegt vor, wenn auf Diagnosemethoden, die nach aktuellem Kenntnisstand der individuellen Situation angemessen erscheinen, verzichtet wird. Dazu zählen z. B. die Unterlassung einer Anamneseerhebung oder die fehlende Erfassung klinischer Basisdaten vor restaurativen Maßnahmen (Bauer, J. u. Huber, H. 1999). Auch der Verzicht auf die Bestimmung von Sondierungstiefen im Rahmen der Beurteilung der parodontalen Situation eines jugendlichen oder erwachsenen Patienten ist als Beispiel diagnostischer Unterversorgung anzusehen.
- Diagnostische Überversorgung liegt vor, wenn Diagnosemethoden ohne ausreichenden Grund zum Einsatz kommen oder ein Einsatz adäquat aufeinander aufbauender Diagnosemaßnahmen nicht erkenntlich ist (Beispiel: Vornahme eines mikrobiellen Speicheltests zur Kariesrisikobestimmung bei bereits klinisch offenkundig hohem Kariesrisiko). Generell ist in der Kariologie, aber auch der Parodontologie die zunehmende Verbreitung diagnostischer Tests mit geringer Spezifität und/oder Sensitivität als problematisch anzusehen (Strippel, H. 1996 und 2001a; Schiffner, U. 1997). Diagnosemethoden mit begrenzter Aussagekraft (z. B. Speicheltests) werden vornehmlich zur Erhöhung von Selbstzahlerleistungen eingesetzt. Ihre derzeit undifferenzierte Propagierung durch Standesvertretungen und Industrie (BZÄK 2000b) oder zahnärztliche Marketingberater (Hetz, G. 2001a, b u. c) fördert eine medizinisch kaum nachvollziehbare diagnostische Überversorgung.
- Diagnostische Fehlversorgung liegt vor, wenn im Rahmen der Diagnostik vermeidbare Fehler entstehen. Dazu zählen Maßnahmen, die zwar indiziert sind, die aber aufgrund nicht fachgerechter Erbringung falsch positive oder falsch negative Ergebnisse mit entsprechenden therapeutischen Konsequenzen liefern (z. B. fehlerhaft

hergestellte bzw. interpretierte Röntgenaufnahmen). Weiterhin zählt dazu die Durchführung ungeeigneter bzw. nicht hinreichend geprüfter Diagnose- oder Testverfahren (z. B. Diagnosemethoden aus dem Bereich der sog. besonderen Therapierichtungen zur Aufspürung befürchteter ‚Belastungen‘ oder ‚Vergiftungen‘ durch Zähne, Kieferknochen oder Dentalmaterialien mit entsprechenden therapeutischen Konsequenzen). Alternativmedizinische Diagnosemethoden wie Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioresonanzuntersuchungen, Behandlungsplanung nach Horoskop, Homöopathie zur sog. Amalgamausleitung usw. werden derzeit in der Zahnmedizin vor allem zur Ausweitung von Selbstzahlerleistungen massiv propagiert (Hetz, G. 2001a, b u. c).

**40.** Diagnostische Defizite erhöhen das Risiko inadäquater zahnärztlicher Interventionen. Im internationalen Schrifttum wird auf diese Problematik schon sein langem hingewiesen (Elderton, R. J. u. Nuttall, N. M. 1983; Nuttall, N. M. 1983). Neueren Studien zufolge können z. B. Fehldiagnosen auf dem Gebiet der Kariologie oder der Einschätzung der ‚Suffizienz‘ vorhandener zahnärztlicher Restaurationen zu Unter- oder Überbehandlungen führen (Grembowski, D. et al. 1997; Maupome, G. 1998). So wurden z. B. durch Fehleinschätzungen hinsichtlich des Zustandes vorhandener Restaurationen nach den Ergebnissen einer 1997 durchgeführten Untersuchung in 39 % der Fälle unnötig zahnärztliche Restaurationen ausgetauscht (Grembowski, D. et al. 1997). Entsprechende Vorschläge zur besseren Entscheidungsfindung sind publiziert (Elderton, R. J. 1993). Nach wie vor besteht allerdings erheblicher Forschungsbedarf, um praxisgerechte Kriterien zur Grenzziehung zwischen erhaltungsfähigen und erneuerungsbedürftigen Restaurationen zu entwickeln. Insofern sind diagnostische Fehleinschätzungen nicht nur auf Umsetzungsdefizite von Zahnärzten, sondern auch auf die eingeschränkte Aussagekraft der aktuell zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmittel zurückzuführen.

Eine kürzlich in Deutschland vorgestellte Erhebung vermutet gravierende Mängel in der Befunderhebungsqualität vor prothetischen Maßnahmen (z. B. hinsichtlich der klinischen Basis-Beurteilung des endodontischen oder parodontalen Zustandes von Zähnen) (Bauer, J. u. Huber, H. 1999). Allerdings wurde der Aussagegehalt dieser Ergebnisse aufgrund methodischer Schwächen als begrenzt eingestuft (Walther, W. u. Meyer, V. P. 1999).

**41.** Es dürfte zahnärztlicherseits unstrittig sein, dass in Deutschland sowohl Über-, als auch Unter- und Fehldiagnostik vorkommen. Es steht allerdings – abgesehen von meist

kasuistischen Darstellungen – kein wissenschaftlich allgemein akzeptiertes Datenmaterial zur Verfügung, das eine Abschätzung des Ausmaßes und der Relationen von Über-, Unter- und Fehldiagnostik erlauben würde.

Durch Über-, Unter- und Fehldiagnostik entsteht die Gefahr einer Beliebigkeit therapeutischer Interventionen, die durch eine Vielzahl von weiteren Ursachen (siehe unten) verstärkt wird. Hinzu kommt, dass sich die Entwicklung von evidenz-basierten Leitlinien im Bereich der Zahnmedizin gerade erst im Aufbaustadium befindet (Wagner, W. 2000). Angesichts dieser Problematik ist vor allem die Orientierung zulässiger GKV-Behandlungsvolumina einzelner Zahnärzte anhand von ‚Falldurchschnitten‘ kritisch zu hinterfragen. Rein quantitative Prüfungen sind bei einem Verzicht auf qualitative Kriterien kaum geeignet, ein zutreffendes Bild über eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Versorgung zu erhalten.

**42.** Schließlich mangelt es an Kooperationen ärztlicher und zahnärztlicher Institutionen, die die Wechselwirkungen zwischen oraler Gesundheit und Allgemeingesundheit entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand für die medizinische und zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung hinreichend nutzen (Micheelis, W. u. Dünninger, P. 1993). Trotz zahlreicher Berührungspunkte gibt es nur wenige Hinweise für fachliche Abstimmungen zwischen Zahnärzten und Ärzten wie z. B. Allgemeinmedizinern, Internisten, Pädiatern, Kinderärzten und/oder Psychiatern bzw. Psychotherapeuten.

#### **14.2.1.3 Primär- und Sekundärprävention**

**43.** Die Möglichkeiten der Primär- und Sekundärprävention<sup>5</sup> oraler Erkrankungen werden noch zu wenig umgesetzt. Dies gilt für alle Präventionsebenen. Insbesondere die

---

5 Alle bislang bekannt gewordenen Vorschläge zu einer Gesundheitsreform betonen die Notwendigkeit einer präventionsorientierten Ausrichtung der Zahnmedizin. Prävention wird nach der klassischen Definition der WHO bislang üblicherweise in drei Stufen unterteilt. Diejenigen Aktivitäten, die darauf abzielen, eine Erkrankung von vornherein zu verhindern, werden als Primärprävention angesehen. Jene Maßnahmen, die sich mit einer Früherkennung und Frühbehandlung beschäftigen, werden unter dem Begriff der Sekundärprävention subsummiert. Alle Maßnahmen, die dazu beitragen, die Verschlimmerung bereits eingetretener Erkrankungen zu vermeiden, werden als Tertiärprävention bezeichnet. Bei einer Gesundheitsreform soll eine Umorientierung dahingehend stattfinden, dass nach Möglichkeit der Anteil der Verhinderung beziehungsweise Frühbehandlung von Schäden, also die Primär- und Sekundärprävention relativ gesehen zu Lasten der erforderlichen Behandlung von Schäden, also der Tertiärprävention gestärkt wird. Die folgenden Ausführungen orientieren sich an den WHO-Definitionen der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention (vgl. auch

Gesundheitsförderung sowie eine flächendeckende und breitenwirksame Kollektivprophylaxe sind in Deutschland noch in einem zu geringen Umfang etabliert.

**44.** Als Beispiele sind Defizite in der Gesundheitsaufklärung, der bevölkerungsweiten Akzeptanz von Mundhygienehilfsmitteln oder dem Fluoridangebot anzuführen. Während der Marktanteil von fluoridhaltigen Zahnpasten als hoch (über 90 %) einzustufen ist, liegt die Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz aktuell erst bei ca. 50 % (DAZ 2000). Hinzu kommen regional unterschiedlich ausgeprägte Mängel einer risikogerechten Gruppenprophylaxe. Die Kommunikation und inhaltliche Abstimmung der für die Gruppenprophylaxe verantwortlichen Institutionen (Krankenkassen, zahnärztliche Körperschaften, öffentlicher Gesundheitsdienst) ist zuweilen stark verbesserungsbedürftig.

**45.** Das für den Bereich der Gruppenprophylaxe vom Gesetzgeber ursprünglich im Rahmen der GKV vorgesehene jährliche Leistungsvolumen von 200 Millionen DM (ausschließlich bezogen auf die alten Bundesländer, also ohne Berücksichtigung der neuen Bundesländer) (BMG 1988) wird bis heute nur zu einem Anteil in Höhe von ca. 62 Millionen ausgeschöpft (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000; Wiethardt, B. 2000).<sup>6</sup> Dieser Betrag müsste um mindestens das vierfache erhöht werden, wie vergleichende Erhebungen aus anderen Ländern zeigen (Marthaler, T. M. 1998a, b und 1999). Gruppenprophylaktische Interventionen unter Einschluss von Fluoridierungsmaßnahmen werden weltweit als besonders effizient angesehen. So wurde in einer Auflistung des U.S. Public Health Service aus dem Jahr 2000 der konsequente Ausbau von Gruppenprophylaxe als vorrangiges Ziel beschrieben (U. S. Public Health Service 2000).

**46.** Bezüglich individueller Maßnahmen stehen zahnärztliche Interventionen im Sinne von Tertiärprävention im Vergleich zur Primärprävention noch stark im Vordergrund. Im GKV-Bereich liegt der Anteil von Leistungen für die Tertiärprävention (einschließlich eines geringen Prozentsatzes von Sekundärprävention) bei ca. 95 %, der Anteil von Primärprävention im Rahmen der Individualprophylaxe (IP) bei ca. 5 %. IP-Leistungen

---

Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 110). Es ist allerdings zu beachten, dass synoptische zahnärztliche Behandlungskonzepte mit Elementen von Krankheitsvorbeugung, Frühbehandlung, Erhaltungsbehandlung und Spätbehandlung eine Modifikation und Erweiterung der klassischen WHO-Dreiteilung nahe legen.

<sup>6</sup> Hinzu kommen ca. 46 Mio. DM pro Jahr aus Aufwendungen der öffentlichen Hände (Mitteilung B. Wiethardt, 2001). Im Durchschnitt werden damit für jedes der ca. 6,1 Mio. Kinder zwischen dem 3. und 12. Lebensjahr knapp 18 DM pro Jahr für die Prophylaxe oraler Erkrankungen ausgegeben. Über die Varianz liegen keine belastbaren Informationen vor. Die Angaben in Bd. I, Ziffer 161 sind überholt.

werden zu einem erheblichen Anteil von Zahnärzten nicht angeboten, folglich nehmen weniger als die Hälfte der IP-Berechtigten entsprechende Leistungen in Anspruch (KZBV 1999 u. 2000). In welchem Ausmaß zusätzliche selbstbezahlte Individualprophylaxe-Leistungen außerhalb des GKV-Rahmens zum Tragen kommen, ist nicht genau bekannt. Sie dürften aber vom Gesamtvolumen her eher begrenzt sein. Eine aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungsprophylaxe (streng kollektive Prophylaxe), Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter wird noch nicht im wünschenswerten Umfang realisiert.

**47.** Obwohl im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention aktuell eher von einer Unterversorgung auszugehen ist, besteht auch hier die Möglichkeit der Über- und Fehlversorgung. Dazu lässt sich folgendes feststellen:

- Eine Unterversorgung im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention liegt vor, wenn risikogerechte Maßnahmen zur Vermeidung oder Frühbehandlung oraler Erkrankungen unterlassen werden. Unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten zählen dazu beispielsweise fehlende Informationen zur Senkung von Risiken durch Nahrungs- oder Genussmittel, fehlende Sicherstellung eines adäquaten Angebots von Fluoriden, Verzicht auf die Schaffung hygienefähiger Verhältnisse (z. B. durch professionelle Zahnreinigungen oder Konturierung eingeschränkt hygienefähiger, überstehender zahnärztlicher Restaurationen), Verzicht auf ein Mundhygienetraining zur effektiven und gleichzeitig nicht-traumatisierenden Mundhygiene oder Verzicht auf Versiegelungen kariesgefährdeter Zahnflächen bei hohem Erkrankungsrisiko.
- Eine Überversorgung im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention liegt vor, wenn unnötige Leistungen erbracht werden. Dazu zählen z. B. Zahnversiegelungen oder antimikrobiell wirkende Chemotherapeutika bei niedrigem lokalem und generellem Kariesrisiko. Auch eine hohe Frequenz professioneller Zahnreinigungen bei niedrigem Risiko von Karies und/oder Parodontopathien kann dem Bereich der Überversorgung zugerechnet werden.
- Eine Fehlversorgung im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention liegt vor, wenn vermeidbare Fehler entstehen. Dazu zählen z. B. falsche Informationen über Risiken von Nahrungs- und Genussmitteln, falsche Dosierungen von Fluoriden oder anderen Substanzen, fehlerhafte Konturierungen von Zähnen und/oder Restaurationen, inadäquate Instruktionen zur Mundhygiene, die entweder keine effektive Rei-



nigung erlauben oder Traumatisierungen von Zähnen und umliegenden Geweben fördern oder unsachgemäß vorgenommene Versiegelungen, die die Nischenbildung für mikrobielle Plaque verstärken.

**48.** Analog zu den Ausführungen im Bereich der Diagnostik ist davon auszugehen, dass in Deutschland sowohl Über-, als auch Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention vorkommen. Es steht allerdings ebenfalls kein hinreichend verwertbares Datenmaterial zur Verfügung, das eine konkrete Abschätzung des Ausmaßes und der Relationen von Über-, Unter- und Fehlversorgung erlauben würde.

**49.** Gelegentlich wird behauptet, Maßnahmen der Individualprophylaxe (IP-Leistungen) wären bei Patienten mit aktuell geringem Erkrankungsrisiko generell einer Überversorgung zuzurechnen, wodurch die Gesetzliche Krankenversicherung unnötig belastet werde (Wiethardt, B. 2000). Falls dies zutreffen sollte, wäre als Konsequenz zunächst eine verbesserte Risikoordnung zu fordern, damit die Prophylaxemaßnahmen vermehrt jenem Personenkreis zugute kommen, der sie am meisten benötigt. Vorschläge zur Reform des IP-Systems liegen vor (Hahn, B. 1999b; Hahn, B. et al. 2001). Bei diesen Überlegungen sollte allerdings auch berücksichtigt werden, dass Mittel, die in die Individualprophylaxe gesunder Menschen fließen, durch die frühzeitige Adaptation an zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Aufklärungen für die Betroffenen eine langfristige Investition in ihre orale Gesundheit bedeuten können, auch wenn bei dieser Einschätzung – wie bei anderen auch – nicht auf eine hinreichende Evidenzbasierung verwiesen werden kann.

**50.** Weiterhin ist anzumerken, dass – anders als bei der Tertiärprävention – die Schadensrisiken bei einer Überversorgung und selbst bei einer Fehlversorgung in diesem Bereich vergleichsweise gering sind. Auch unter diesem Blickwinkel kommt dem Aspekt der Unterversorgung größere Bedeutung zu als dem Aspekt der Überversorgung. Schließlich ist zu beachten, dass sich eine Unterversorgung bei der primären Prophylaxe für die Betroffenen über Jahrzehnte negativ auf ihre orale Gesundheit auswirkt und in der Regel zahlreiche Nachfolgebehandlungen auslöst.

**51.** Die Erfolge der Primärprävention kommen bislang vor allem Schulkindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Kariesverbreitung zugute (Künzel, W. 1997). Die Anzahl kariöser Kavitationen, die einer unmittelbaren restaurativen Versorgung bedürfen, ist deutlich zurückgegangen. Neue Erhebungen (DMS-III) ergaben, dass z. B. bei 12-jährigen Kindern die Zahl etablierter kariöser Läsionen einschließlich daraus resultierender Versorgungen wie Füllungen und Extraktionen bei unter zwei liegt, dass aber

durchschnittlich bereits drei Zähne initiale kariöse Läsionen aufweisen (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999). Die bei manifester Karies auftretende Polarisierung ist bei Initialkaries bislang nicht erkennbar. Insofern besteht ein erheblicher Bedarf an Frühdiagnostik und -behandlung (Sekundärprävention), wenn man die Erfolge der Primärprävention in höhere Lebensaltersstufen ausdehnen möchte. Entsprechende Maßnahmen (z. B. systematisches Kariesmonitoring mit gezielten Interventionen der Risikoreduktion und ggf. minimal-invasiver restaurativer Frühbehandlung für Jugendliche und junge Erwachsene) sind in Deutschland nur wenig etabliert. Gleiches gilt z. B. für die Risikoabschätzung und das Monitoring parodontaler Erkrankungen bei Erwachsenen.

**52.** Geht man von einem Anteil von derzeit ca. 5 % individueller Primärprävention und ca. 95 % darüber hinausgehenden Maßnahmen aus, so wird der Anteil von Sekundärprävention auf weitere ca. 5 % und der Anteil von Tertiärprävention (therapeutische Maßnahmen im engeren Sinne) auf ca. 90 % geschätzt. Eine genauere Zuordnung ist unter anderem deshalb nicht möglich, weil bislang eine exakte Auflistung von Einzelinterventionen, die dem Bereich der Sekundärprävention innerhalb der einzelnen zahnmedizinischen Fachdisziplinen zuzuordnen sind, fehlt. Insgesamt betrachtet ist anzustreben, dass in allen Altersgruppen, also nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen, der Anteil von Primär- und Sekundärprävention deutlich ansteigt.

#### **14.2.1.4 Tertiärprävention**

**53.** Innerhalb der Tertiärprävention, also der (in aller Regel invasiven) therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinn, sind die heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten substanzschonender Interventionen noch nicht in der wünschenswerten Form verbreitet. Es finden sich noch zu wenig Anreize, stark-invasive chirurgische und/oder prothetische Eingriffe durch aktuelle Methoden der Zahnerhaltungskunde und Parodontologie zu vermeiden.

**54.** Prinzipiell kann auch innerhalb der Tertiärprävention zwischen Über-, Unter- und Fehlversorgung unterschieden werden:

Eine Unterversorgung im Rahmen der Tertiärprävention (= Therapie im engeren Sinn) liegt vor, wenn auf risikogerechte Maßnahmen zur Behebung oraler Erkrankungen verzichtet wird. Dazu zählt z. B. der Verzicht auf die erforderliche Behandlung von Läsio-

nen der Zahnhartsubstanzen, des Endodonts, des Parodonts oder von Störungen der Funktion.

Ein Teil der Bevölkerung in Deutschland ist zahnärztlich unterversorgt. Von Unterversorgung können alle Disziplinen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde betroffen sein. Unterversorgung tritt insbesondere bei Personen mit einem hohen Risiko oraler Erkrankungen auf. Sie suchen zahnärztliche Hilfe entweder erst zu einem zu späten Zeitpunkt (z. B. bei eingetretenen Zahnschmerzen) auf oder werden durch Mängel in der Diagnostik nicht bzw. nicht rechtzeitig erfasst. Besonders gravierend kann sich dies bei einer unzureichenden Früherkennung lebensbedrohlicher Erkrankungen (z. B. maligner oraler Tumoren) auswirken.

Bei häufig vorkommenden oralen Erkrankungen wie z. B. Karies und Parodontopathien wurden inzwischen weitgehend praxisreife Verfahren zur Risikoabstufung eingeführt, die den komplexen pathophysiologischen Zusammenhängen Rechnung tragen. Dieses Risikoscreening wird bislang aber nur wenig genutzt.

**55.** Ein bekanntes Beispiel zahnärztlicher Unterversorgung ist die restaurative Therapie von Kindern. So lag einer Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege zufolge im Jahr 1997 bei 6- bis 7-jährigen Kindern ein sehr geringer Sanierungsgrad kariöser Milchzähne von ca. 30 bis 50 % vor. Regional unterschiedlich erwiesen sich demzufolge 50 bis 70 % behandlungsbedürftiger Zähne als unversorgt (Pieper, K. 1998). Bei Kindern unter 6 Jahren wurden sogar noch wesentlich höhere Sanierungsbedarfsindices festgestellt (Boemans, B. et al. 1997; Lorbeer, J. et al. 1998).

Eine in Süddeutschland durchgeführte Untersuchung, die sich mit den Gründen des geringen Versorgungsgrades bei 5- bis 6-jährigen Kindern beschäftigte, kam zu dem Ergebnis, dass sehr viele Kinder trotz frühzeitiger und regelmäßiger Zahnarztbesuche keine adäquate Behandlung erfuhren (van Steenkiste, M. 1995a). Verantwortlich für diese Situation wurden nicht nur die betroffenen Kinder oder ihre Eltern gemacht (z. B. eingeschränkte Behandelbarkeit, mangelnde Mitarbeit), sondern auch fachliche Mängel der betreuenden Zahnärzte und fehlende finanzielle Anreize. Es wurde gefolgert, dass die derzeitige zahnärztliche Versorgung für bestimmte Patientengruppen als defizitär einzu-stufen ist (van Steenkiste, M. 1995a, b).

**56.** Mit zunehmenden Alter steigt der Sanierungsgrad allerdings deutlich an. Bei Jugendlichen beträgt er derzeit ca. 80 %, bei Erwachsenen und Senioren ca. 90 % (Pieper, K. 1998; Micheelis, W. u. Reich, E. 1999; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

2000). Nur in einigen Regionen liegen bei dieser Altersgruppe noch mehr als 30 % Unterversorgungen kariöser Zähne vor (Pieper, K. 1998).

Bei der Bewertung solcher Zahlen ist zu beachten, dass ein Versorgungsgrad von ca. 80-90 % als günstig angesehen wird. Während darunter liegende Sanierungsgrade als Zeichen von Unterversorgung interpretiert werden, bergen sehr hohe Sanierungsgrade (deutlich über 90 %) bereits wieder das Risiko einer Überversorgung in sich. Eine solche Überversorgung kann sich z. B. in der invasiv-restaurativen Therapie von Zähnen mit verfärbten, aber kariesfreien Fissuren äußern.

**57.** Während sich auf der Grundlage von epidemiologischen Daten zum Kariesaufkommen therapeutische Konsequenzen leichter ableiten lassen, ist dies bei anderen oralen Erkrankungen, z. B. Parodontopathien, oftmals wesentlich schwieriger zu bewerkstelligen. Entsprechende Indices wie z. B. der 1982 eingeführte CPITN (*Community Periodontal Index of Treatment Needs*) wurden deshalb kritisch hinterfragt (Reich, E. 1999). Aktuell wird nur noch vom CPI (*Community Periodontal Index*) gesprochen. Geht man von CPI-Daten aus, so scheint eine gewisse Diskrepanz zwischen der Erkrankungsprävalenz der Bevölkerung (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999) und den tatsächlich durchgeführten diesbezüglichen zahnärztlichen Interventionen vorzuliegen, wie sie aus aktuellen Abrechnungsdaten hervorgehen (KZBV 1999 u. 2000). Dies legt die Vermutung einer Unterversorgung der Bevölkerung mit parodontologischen Leistungen nahe. Unterlassene parodontale Interventionen können den Zahnverlust erheblich fördern (Kocher, T. et al. 2000).

**58.** Aufgrund der Komplexität parodontaler Erkrankungen mit ihren unterschiedlichen Stadien und ihrer stark variierenden Progredienz lassen sich solche Vermutungen allerdings nicht hinreichend belegen. Insbesondere ist nicht klar, in wieweit das Gesamtspektrum der heute zur Verfügung stehenden parodontologischen Interventionen (angefangen vom individuellen Mundhygienetraining über Raucherentwöhnungsprogramme bis hin zu speziellen parodontalchirurgischen Eingriffen) bedarfsgerecht zum Einsatz kommt. Ohne entsprechende Risikoeinstufungen kann kaum eingeschätzt werden, in welchen Fällen tatsächlich Unterversorgungen vorliegen.

**59.** Schließlich bestehen bei behinderten oder schwer erkrankten Patienten Hinweise zahnärztlicher Unterversorgung. Abgesehen von einigen regionalen Ausnahmen fehlt es bundesweit an Strukturen, die eine adäquate zahnärztliche Versorgung dieser Menschen sicherstellen. Betroffene Patienten werden zur Zeit gehäuft in Universitäts-Zahn-,

Mund- und Kieferkliniken betreut, ohne dass diesen Einrichtungen (mit Ausnahme der MKG-Chirurgie) ein besonderer Versorgungsauftrag zugestanden würde.

**60.** Ein mindestens ebenso großes Problem wie die Unterversorgung stellt die zahnärztliche Über- und Fehlversorgung dar. Sie äußert sich in Form ungeeigneter diagnostischer und therapeutischer Interventionen, die mit keinem Gesundheitsgewinn verbunden sind oder zum Teil sogar mit gravierenden Folgeschäden und damit einer Verschlechterung der oralen Gesundheit einhergehen. Außerdem werden dadurch erhebliche Kosten verursacht.

Eine Überversorgung im Rahmen der Tertiärprävention liegt vor, wenn unnötige Leistungen erbracht werden. Dazu zählen z. B. restaurative, endodontische oder parodontale Eingriffe ohne behandlungsbedürftige Läsionen oder ohne andere Umstände, die entsprechende Maßnahmen rechtfertigen würden. Da tertiärpräventive, therapeutische Eingriffe am meisten verbreitet sind, ist hier auch der Beispielkatalog am größten. Allein im Bereich der restaurativen Zahnmedizin existiert eine umfangreiche Liste möglicher Überversorgungen:

- Versorgung von Zähnen mit ausgedehnten laborgefertigten Restaurationen im Fall begrenzter Läsionen/Fehlstellungen, die auch mit gering-invasiven, direkten Restaurationsformen angegangen werden könnten.
- Austausch vorhandener Restaurationen, die entweder keine oder nur geringfügige, korrigierbare Mängel aufweisen.
- Extraktion von Zähnen, die durch geeignete endodontische, parodontale oder restaurative Maßnahmen erhaltungsfähig wären. Nachfolgende Behandlung so entstandener Zahnlücken durch aufwändige implantologische, prothetische und/oder kieferorthopädische Eingriffe.

**61.** Für den Bereich der Parodontologie muss unter anderem aufgrund veralteter bzw. unvollständiger GKV-Richtlinien für Parodontalbehandlungen davon ausgegangen werden, dass neben Unterversorgungen auch erhebliche Überversorgungen stattfinden (z. B. parodontalchirurgische Eingriffe bereits ab Sondiertiefen von 3 mm (Lindhe, J. et al. 1982; Baderstein, A. et al. 1984; ästhetisch motivierte parodontalchirurgische Eingriffe ohne überprüfbare Planungsdaten oder Begutachtungen).

Allein die Tatsache, dass Ende der neunziger Jahre in einzelnen KZV-Bereichen Deutschlands vor bestimmten parodontologischen Eingriffen sog. PAR-

Vorbegutachtungen eingeführt wurden, hat regionalen KZV-Berichten zufolge jeweils zu einer deutlichen Senkung (bis zu 25 %) von entsprechenden Abrechnungen geführt.

**62.** Diese Veränderungen sind nicht durch epidemiologische Faktoren begründbar. Sie können vielmehr als Ausdruck einer gewissen Beliebigkeit zahnärztlicher Therapieentscheidungen gewertet werden, die durch äußere Einflussnahmen deutlichen Schwankungen unterliegen. Inwieweit parodontalchirurgische Eingriffe bei Patienten, bei denen die zum Behandlungserfolg notwendige Reduzierung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Mundhygienedefizite) nicht gelingt, einer Über- oder Fehlversorgung zuzuschreiben sind, ist strittig.

**63.** Eine Fehlversorgung im Rahmen der Tertiärprävention liegt vor, wenn vermeidbare Schäden entstanden sind. Dazu zählen Schäden/Verluste von intakten Zahnhartsubstanzen, von Pulpa- und Parodontalgewebe sowie der Funktion. Die Schäden können durch Eingriffe entstehen, die zwar indiziert waren, jedoch nicht fachgerecht erbracht wurden. Darüber hinaus gehen Unter- und Überversorgungen im Rahmen der Tertiärprävention in aller Regel auch mit Fehlversorgungen einher. Bei Überversorgungen gilt dies wegen der fast immer zusätzlich zu opfernden oralen Gewebe/Strukturen (z. B. intakte Zahnhartsubstanzen bei nicht indizierten Restaurationen, Parodontalgewebe bei nicht indizierten parodontalchirurgischen Eingriffen) auch dann, wenn die Leistungen vom technischen Standpunkt aus betrachtet korrekt ausgeführt wurden.

**64.** In Einzelfällen kann bei ein und derselben Person auch ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung vorliegen, das verschiedene zahnärztliche Disziplinen betrifft. So kann im Bereich der Primär- und Sekundärprävention eine Unterversorgung bestehen (z. B. Verzicht auf die Schaffung hygienefähiger Verhältnisse, mangelnde Instruktion über effektive Mundhygienemaßnahmen) und im Bereich der Tertiärprävention eine Über- und/oder Fehlversorgung (z. B. laborgefertigte Restaurationen bei begrenzten Läsionen, Extraktion erhaltungswürdiger Zähne mit nachfolgender Implantatversorgung).

**65.** Die Verbreitung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der zahnärztlichen Tertiärprävention ist genauso schwer fassbar wie in der Diagnostik oder der Primär- und Sekundärprävention. In der internationalen Literatur gibt es Schätzungen, die davon ausgehen, dass ein Drittel der Zähne durch zu weitgezogene Extraktionsindikation in der Zahnarztpraxis verloren gehen (Bouma, I. 1987; Künzel, W. 1999). Ob dies heute noch für Deutschland zutrifft, ist nicht geklärt. Neuere Abrechnungsdaten in Deutschland ergaben zwar, dass endodontische und parodontologische Maßnahmen zur

Erhaltung von Zähnen zugenommen, Zahnextraktionen hingegen abgenommen haben (KZBV 1999 u. 2000). Andererseits liegen Erhebungen vor, die darauf hinweisen, dass die Möglichkeiten der Zahnerhaltung bis heute noch nicht im wünschenswerten Maß genutzt werden. So führte eine jüngere, im Nordosten von Deutschland durchgeführte Studie aus dem Jahr 2000 zu dem Ergebnis, dass offenbar in vielen Fällen selbst Zähne mit nur geringgradigen parodontalen Erkrankungen zur Extraktion kommen, obwohl sie durch parodontologische Interventionen erhalten werden könnten (Fanghänel, J. et al. 2000). Ähnliches gilt für endodontische Erkrankungen. Einer in Norddeutschland durchgeführten und im Jahr 2000 vorgelegten Untersuchung zufolge wurden nur an etwa einem Drittel aller Zähne mit eindeutigem endodontischen Behandlungsbedarf tatsächlich entsprechende Behandlungen vorgenommen. Ein Großteil der behandlungsbedürftigen Zähne wurde nicht behandelt, ein nicht unerheblicher Anteil möglicherweise durch endodontische Interventionen erhaltbarer Zähne wurde ohne endodontischen Behandlungsversuch extrahiert (von Hammerstein-Loxten, H. 2000).

**66.** Bezüglich der Indikationsstellung zu Überkronungen gibt es Schätzungen, die davon ausgehen, dass 30 % der vorgenommenen Vollüberkronungen von Zähnen unnötig sind. Diese Schätzungen beziehen sich auf die USA (Mayes, D. S. 1993). Es wurde beklagt, dass „viel zu viele Überkronungen“ anstelle weniger invasiver Restaurationen eingegliedert würden. Die Entscheidung für oder gegen Überkronungen werde vielfach nicht von der klinischen Situation eines Patienten, sondern von der Art seiner Versicherung abhängig gemacht (Christensen, G. J. 1995 und 1997). Diese Behauptungen sind allerdings nicht oder nur unvollständig belegt. Inwieweit solche Einschätzungen auf Deutschland übertragbar sind, ist ebenfalls nicht bekannt.

Zwischen 1980/85 und 1997 ist es in Deutschland innerhalb der GKV-Leistungsstrukturen zu einem Anstieg von Überkronungen um fast 30 % gekommen, wohingegen die Zahl von Füllungen um fast 15 % gesunken ist (KZBV 1999; Saekel, R. 2000). Von standespolitischer Seite wurde argumentiert, dass zunehmend äußere Einflüsse die zahnärztlichen Entscheidungen beeinflussten und zu Ausweichstrategien führten: „Wenn das Füllungsbudget am Limit ist, wird offensichtlich die Indikation für die Überkronungen erweitert“ (Beckmann, W. 2000). Die aktuelle Leistungsstatistik der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung weist ab 1998 eine weitere Senkung des Anteils direkter Restaurationen (Füllungen), allerdings auch der Überkronungen aus (KZBV 2000). In welchem Ausmaß es sich bei diesen prothetisch-restaurativen und konservierend-restaurativen Interventionen um bedarfsgerechte Versorgungen bzw. Über-, Unter- oder Fehlversorgungen handelt, lässt sich nicht ermitteln.

**67.** Es ist davon auszugehen, dass künftig differenziertere restaurative Behandlungskonzepte eine wesentlich größere Rolle spielen, als dies bislang der Fall war. Die traditionellen Grenzziehungen zwischen ‚konservierender‘ und ‚prothetischer‘ Versorgung werden durch moderne Restaurationsverfahren mehr und mehr überlagert. Dazu zählen beispielsweise Restaurationsarten, die unter Nutzung der sogenannten Adhäsivtechnik (Klebertechnik) eingegliedert werden. In vielen Situationen kann mit der Adhäsivtechnik zahnschutzschonender als mit der konventionellen Technik gearbeitet werden:

- Mit adhäsiv-befestigten Kronen (z. B. aus Keramik) lassen sich bei wenig verbliebener Zahnschubstanz unter Umständen parodontal destruktive, unter das Zahnfleisch reichende (subgingivale) Zahnpräparationen eher umgehen als mit konventionellen Metallkronen.
- Mittels direkter zahnfarbener Restaurationen kann heute in bestimmten klinischen Situationen auf indirekt hergestellte Restaurationen (Werkstücke) verzichtet werden. Dadurch können verbliebene intakte Zahnhartsubstanzen, die bei Überkronungen entfernt werden müssten, oftmals erhalten werden.

**68.** Es geht hier also nicht mehr primär um die Frage des Aussehens (metallisch oder zahnfarben), sondern um eine die Zahnhartsubstanz und das Parodont schonende restaurative Versorgung. Bei der sich weltweit abzeichnenden Verbreitung zahnfarbener, adhäsiv eingebrachter Restaurationsmaterialien wird es künftig fachlich immer weniger vertretbar, metallische Restaurationen wie Amalgamfüllungen oder Metallkronen als Basisversorgung, zahnfarbene Restaurationen hingegen als vornehmlich kosmetisch begründete Wunschversorgung zu definieren.

Es geht künftig nicht mehr um die Gegenüberstellung von Amalgam- und Kompositfüllungen oder unverblendeten (metallischen) Kronen und verblendeten (zahnfarbenen) Kronen. Eine präventiv-offensive und gleichzeitig restaurativ-defensive Patientenbetreuung wird vielmehr durch folgende Gesichtspunkte definiert:

- Wie lassen sich Läsionen an den Zahnhartsubstanzen, am Zahnmark (Endodont) und am Zahnfleisch (Parodont) vermeiden?
- Wie können bei der Behandlung eingetretener Schäden die vorhandenen oralen Strukturen geschont werden? Wie lassen sich demzufolge stark invasive restaurative Versorgungskonzepte (z. B. konventionelle Überkronungen) vermeiden?



**69.** Eine umfassende Betrachtung, die realistische, betriebswirtschaftlich nachvollziehbare Aufwandsdaten für gängige Restaurationsformen zugrunde legt, würde darüber hinaus aufzeigen, dass etablierte Vorstellungen des sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebots, die bis heute als Grundlage für die Bewertung von ‚*need*‘ und ‚*want*‘ herangezogen werden, einer Revision bedürfen. So sind zum Beispiel direkt hergestellte Kompositrestaurationen zwar wesentlich teurer als Amalgamfüllungen einzustufen; als Alternativen zu indirekt hergestellten laborgefertigten Werkstücken sind sie hingegen mit geringeren Kosten verbunden. Insofern ist die aktuelle Unterteilung von Metallkrone (‚*need*‘) und Kompositrestauration (‚*want*‘) auch unter Kostengesichtspunkten nicht immer ganz schlüssig.

Die bisherige Praxis, bestimmte Kernleistungen (z. B. Amalgamfüllungen, Metallkronen) oder bestimmte Zusatzleistungen (z. B. Kompositrestaurationen, Keramikkrone) konkret zu definieren, macht bereits jetzt zunehmend Schwierigkeiten. Anstelle konkreter Zuordnungen treten deshalb Beschreibungen ‚virtueller‘ oder ‚analoger‘ Kern- und Zuahlleistungen zur Vorbeugung und Behandlung bestimmter Symptome/Befunde in den Vordergrund.

**70.** Neben der Frage der Kostenregelung spielt auch die Qualifizierung von Zahnärzten eine Rolle, wenn es um die Auswahl angemessener Behandlungsmittel geht. Betrachtet man die in Deutschland anzutreffende zahnärztliche Fortbildungsliteratur, so finden sich zahlreiche Beispiele von Überversorgungen, die von den jeweiligen Autoren (und ihren Lesern), denen es meist um die Darstellung technischer Abläufe geht, offenbar nicht erkannt werden. Selbst deutliche Formen von Überbehandlungen, die zahnmedizinisch nur bedingt begründbar sind, werden in sehr angesehenen deutschen Fachzeitschriften als „Laboralltag“ bezeichnet und in allen Einzelheiten präsentiert (Willershäuser, F. 2001), ohne dass dies kritische Reaktionen seitens der Leserschaft hervorrufen würde. Entsprechend dem Aufforderungscharakter der Fortbildungsliteratur, dargestellte Behandlungsmaßnahmen nachzuahmen, muss davon ausgegangen werden, dass in einigen Bereichen (z. B. bei bestimmten implantologischen und prothetischen Leistungen) Überversorgungen stattfinden.

**71.** Auch die Tatsache, dass in Deutschland mehr Zahntechniker als Zahnärzte tätig sind (ein europaweit einmaliges Phänomen) deutet darauf hin, dass auch ein strukturell bedingter Behandlungsdruck in Richtung prothetischer Leistungen existiert (Neumann, T. 1996).

**72.** Hinweise für Unter-, Über- und Fehlversorgungen können schließlich zahnärztliche Behandlungspläne liefern, die einer externen Beurteilung unterliegen. Um das Ausmaß von Abweichungen zwischen beantragten und befürworteten Leistungen abschätzen zu können, wurden entsprechende Klassifikationen erstellt (Department of Health and Social Security 1986). In Deutschland können hier z. B. hier die Berichte von zahnärztlichen Diensten der Kreisgesundheitsämter aufgeführt werden. Aus solchen Berichten geht hervor, in welchem Umfang z. B. bei der Begutachtung von Heil- und Kostenplänen im Rahmen von Sozialhilfeleistungen eine Diskrepanz zwischen zahnärztlichen Antragstellungen und fachlich vertretbaren Befürwortungen zu verzeichnen ist (Kreisgesundheitsamt Groß-Gerau 1998). Mangels systematischer Analysen solcher Diskrepanzen durch fachlich kompetente und gleichzeitig unabhängige Institutionen sind hier allerdings weiterführende Aussagen bislang nicht möglich.

**73.** Obwohl Qualitätskriterien in der Zahnheilkunde eine große Zahl von Einzelaspekten einschließen (Walther, W. 1995; Heners, M. u. Walther, W. 2000), konzentrieren sich Beurteilungen zur Versorgungsqualität meist auf die Ergebnisebene. Die Frage, ob die Durchführung bestimmter zahnärztlicher Interventionen überhaupt angemessen war (z. B. hinsichtlich der Invasivität der eingesetzten Mittel und der Nutzen-/Risiko-Abwägung bzw. der Prognose) wird weniger thematisiert.

**74.** Die Darstellung der Ergebnisqualität (z. B. hinsichtlich konservierend- bzw. prothetisch-restaurativer, parodontologischer oder endodontischer Eingriffe) erfolgt oft in bestimmten Abstufungen, z. B. „hervorragend“, „gut“, „mangelhaft“, „ungenügend“ (SSO 2000). Sie lässt sich prinzipiell auf alle zahnärztlichen Disziplinen anwenden. Es existiert eine größere Zahl von Publikationen über Ergebnisqualitäten bestimmter Versorgungsformen. Als Beispiel werden an dieser Stelle Publikationen über die Ergebnisse endodontischer Maßnahmen aufgeführt (Einzelheiten siehe Abschnitt 14.2.4). Danach ist die endodontische Versorgungsqualität in Deutschland mit großen Mängeln behaftet und deshalb verbesserungsbedürftig. Ähnliches gilt für zahlreiche andere zahnärztliche Interventionen. Derartige Studien können als Grundlage für eine entsprechende Ursachenforschung und Lösungsvorschläge (z. B. hinsichtlich der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Berufsausübung oder der Entwicklung besserer bzw. sicherer Behandlungstechniken) dienen. Außerdem erlauben sie eine Abschätzung über die Prognose eines unter Praxisbedingungen vorgenommenen zahnärztlichen Eingriffs. Da Untersuchungen zur Ergebnisqualität jedoch die jeweiligen individuellen Ausgangsbedingungen einer Behandlung in der Regel nicht berücksichtigen, lassen sich keine direkten Assoziationen zu Fehlversorgungen ableiten.

**75.** Ein anderer Weg der Versorgungsforschung sind Untersuchungen über Folgebehandlungen nach bestimmten zahnärztlichen Eingriffen (z. B. Wiederholungsfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Überkronungen oder Extraktionen nach Eingliederung von Füllungen). Falls entsprechendes Datenmaterial zur Verfügung steht, kann dabei z. B. festgestellt werden, unter welchen Bedingungen es auffällig häufig zu mehr oder weniger invasiven Eingriffen nach vorausgegangenen Leistungen gekommen ist (Sinha, M. 1993 und 1998). Solche Studien beziehen sich ebenfalls weniger auf die Besonderheiten einzelner Patientenfälle, sondern werden eher dazu genutzt, Qualitätsindikatoren aufzuzeigen und konkrete Vorschläge zur Verbesserung des Qualitätsmanagements in der zahnmedizinischen Versorgung zu unterbreiten.

#### **14.2.1.5 Verbraucherschutz**

**76.** Die Informationsmöglichkeiten der Bevölkerung über Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen steigen insbesondere durch die größere Verbreitung von Datennetzen (Internet) stark an. Dennoch ist es bislang für einzelne Bürgerinnen und Bürger nicht einfach, bei spezifischen zahnmedizinischen Fragestellungen eine kompetente und ausgewogene Beratung zu erhalten. Die Fragestellungen beziehen sich unter anderem auf folgende Themen:

- Wie finde ich bei einem speziellen zahnmedizinischen Problem (z. B. parodontaler oder restaurativer Art) einen dafür hinreichend qualifizierten Zahnarzt?
- Wie kann ich überprüfen, ob ein bestimmter Behandlungsvorschlag (einschließlich der kalkulierten Kosten) für mein spezielles Problem die angemessene Lösung ist?
- Wer kann Hilfestellung leisten, wenn die Behandlungsmaßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben?

**77.** Niedrigschwellige Angebote für Patientenberatungen sind zwar seit einigen Jahren im Aufbau begriffen (beispielsweise das Zweitmeinungsmodell der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg), allerdings zeigen die existierenden Angebote große qualitative Unterschiede (Brückmann, J. 1996, 1998a, 1998b, 1999). Es fehlt noch ein Konsens über eine bundesweit koordinierte Einrichtung neutraler und unabhängiger Patientenberatungsstellen unter Einbeziehung von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Verbraucherberatungsstellen bzw. -schutzverbänden und anderen Institutionen.

**78.** Verschiedene Institutionen sprechen sich gegenseitig die Fähigkeit zu einer neutralen und objektiven Beratung ab. Dabei stehen folgende Argumente im Vordergrund:

- Beratungsstellen, die von Zahnärztekammern getragen werden, könnten durch den Wunsch nach Leistungsausweitungen bzw. den Interessenschutz der von ihnen zu vertretenden Kolleginnen und Kollegen fachlich gebotene Konsequenzen hintanstellen.
- Beratungsstellen, die von Kostenträgern getragen werden, könnten durch ihre Einsparziele finanziellen Erwägungen Priorität vor fachlich begründeten Entscheidungen geben.
- Verbraucherschutzorganisationen und Selbsthilfegruppen könnten durch ideologische Vorgaben (z. B. angeblicher Schutz der Bevölkerung vor ‚Vergiftungen‘ durch zahnärztliche Materialien) eine einseitige, wissenschaftlich nicht nachvollziehbare Beratung favorisieren.

Keine der derzeit existierenden Einrichtungen konnte bislang die hier aufgeführten Vorbehalte so weitgehend entkräften, dass sie allgemein akzeptiert würde.

#### **14.2.1.6 Nachfragesteuerung**

**79.** Seit einigen Jahren ist in der Zahnmedizin eine steigende Tendenz zu beobachten, die Information, Aufklärung und Beratung über zahnmedizinische Sachfragen mit verdeckter Werbung für bestimmte Produkte/Interventionen oder politischen Botschaften zu verknüpfen. Diese für einen Außenstehenden nicht immer erkennbaren Verknüpfungen erfolgen auf verschiedenen Ebenen und reichen von Kampagnen in den Massenmedien über Internet-Publikationen bis hin zu Patientenbroschüren und Beratungsgesprächen in Zahnarztpraxen. Die aktuell von gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern geforderte Erhöhung der Patientensouveränität eigenverantwortlicher Bürgerinnen und Bürger wird dadurch erschwert (Stahle, H. J. 2000c). Als problematisch anzusehen ist dabei die Tatsache, dass solche Tendenzen nicht nur von privaten Institutionen gefördert werden, sondern auch von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, also Körperschaften öffentlichen Rechts, ausgehen.

**80.** Als Beispiele einer Verquickung von fachlicher Patientenberatung und politischer Einflussnahme sind unter anderem die Kampagnen „proPatient“ der Kassenzahnärztli-

chen Bundesvereinigung anzuführen (Maibach-Nagel, E. 2001a). Ökonomische Einflussnahmen sind unter anderem bei einem Zusammenschluss von Zahnärzten (Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Freier Verband Deutscher Zahnärzte), Zahntechnikern, Dentalindustrie und Dentalhandel in Form der sog. „Initiative proDente“ zu beobachten. Dabei werden im Sinne von ‚Direct Marketing‘ in den Massenmedien regelmäßig Broschüren herausgebracht, bei denen der Leser nicht mehr klar zwischen neutraler Information und verdeckter Produktwerbung unterscheiden kann. Selbst Leistungen, die bei entsprechenden Befunden zweifellos indiziert wären (wie z. B. professionelle Zahnreinigungen) werden durch eine Mischung von fachlich korrekten und fragwürdigen Feststellungen dermaßen verzerrt, dass von objektiver Aufklärung nicht mehr gesprochen werden kann (Initiative proDente 2000). Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen verteilen Informationsmaterialien für Patienten, die nicht nur fachliche Fehler aufweisen, sondern durch eine tendenziöse Betonung gewinnträchtiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen die erforderliche Ausgewogenheit zuweilen vermissen lassen (z. B. BZÄK 2000b; Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen, ohne Jahresangabe a, b).

**81.** Bedenkliche Fehlentwicklungen im Sinne von Desinformation der Bevölkerung sind auch im Bereich moderner Kommunikationsformen (Internet) zu konstatieren. So ergab eine im Jahr 2000 durchgeführte Erhebung deutschsprachiger Internet-Patienteninformationen über bestimmte zahnmedizinische Fragestellungen (hier: Myoarthropathien des Kausystems), dass dort zum größten Teil Empfehlungen abgegeben werden, die die Gefahr einer massiven Überdiagnostik und Übertherapie in sich bergen. Die Autoren der Studie kamen zu folgender Schlussfolgerung: Bei den gegebenen Behandlungsempfehlungen gewinnt man den Eindruck, dass die persönliche Vorliebe des jeweiligen Zahnarztes – und damit unter anderem prothetische und konservierende, Einschleif- und kieferorthopädische Maßnahmen – eine deutlich größere Rolle spielt als die konsequente Anwendung von Maßnahmen, für deren Wirksamkeit eine hohe Evidenzstärke aus kontrollierten Studien vorliegt. Die Gefahr des Großteils der vermittelten Informationen liegt darin, dass bei nicht behandlungsbedürftigen Personen ein Diagnostik- und Therapiebedarf suggeriert wird, der in Wirklichkeit nicht besteht und dass bei Myoarthropathie-Patienten Hoffnungen auf Beschwerdefreiheit geweckt werden, die durch die angegebenen Maßnahmen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt werden können (Neugebauer, S. u. Türp, J, 2001). Damit unterscheiden sich die untersuchten Internet-Publikationen nicht wesentlich von tendenziösen Patientenbroschüren einiger Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu dieser Thema-

tik (z. B. KZV und ZÄK Westfalen-Lippe oder KZV Niedersachsen, jeweils ohne Jahresangabe).

**82.** Es existiert inzwischen ein fast unübersehbares Angebot an Verkaufskursen und -seminaren, die darauf abzielen, das zahnärztliche Team darin zu schulen, den Verkauf gewinnträchtiger Eingriffe zu fördern, ohne dabei „verkäuferisch zu wirken“, also ohne dass der betroffene Patient es bemerkt (z. B. Implant Innovations Deutschland, ohne Jahresangabe). Dies ist unter anderem deshalb problematisch, weil viele Patienten zahnärztliche Leistungen hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Qualität (abgesehen von der Erfüllung von Basisbedürfnissen wie z. B. Schmerzfreiheit) nur bedingt beurteilen können (Oehler, K. 2000).

**83.** Bei der Nachfragesteigerung geht es nicht immer in erster Linie um die Erfüllung individueller Patientenbedürfnisse, sondern um die systematisch durchgeführte Umsetzung medizinisch nicht mehr hinreichend begründbarer Verkaufsstrategien. So gibt es beispielsweise für Zahnärzte inzwischen konkrete Handlungsanweisungen zum Austausch vorhandener zahnärztlicher Restaurationen: „Zur Vorarbeit gehört die Ermittlung des möglichen Selbstzahlerpotenzials. Wie groß ist es und wie stellt es sich dar? Anhand der Patientendatei stellt man zum Beispiel fest, wie viele Amalgamfüllungen bei den Patienten noch vorhanden sind. Daraus schließt man auf das Potenzial für Inlays aus Gold und Keramik“ (Merx, T. 2000). Bei derartigen Überlegungen besteht die Gefahr, dass der Zustand der vorhandenen zahnärztlichen Restaurationen oder die Nutzen-Risiko-Abwägung von Austauschprozeduren keine Rolle mehr spielt. Unter Ausnutzung öffentlicher Meinungsbildungen, z. B. über die gesundheitliche Verträglichkeit von Dentalmaterialien (siehe unten), wird vielmehr versucht, das vorhandene Verkaufspotenzial möglichst weit auszuschöpfen. Der Zahnarzt soll danach weniger diagnostische Gesichtspunkte bei der Wahl der Behandlungsmittel berücksichtigen, sondern in erster Linie den ‚Kaufwiderstand‘ seiner Patienten analysieren und auf dieser Grundlage entsprechende Vorschläge unterbreiten.

**84.** Es finden sich in Deutschland vielfältige weitere Anzeichen für eine Manipulation bzw. einen Missbrauch der Erweckung von Nachfrage nach zahnmedizinischen Leistungen (Stahle, H. J. 1996a, 2000b, c und 2001b). Als Beispiel für Aktivitäten, die nicht nur eine ökonomische, sondern zum Teil auch eine ideologische Begründung finden, sind die ‚besonderen Therapierichtungen‘ anzuführen. Unter dem Vorwand von schwer objektivierbaren ‚Unverträglichkeiten‘ oder ‚Vergiftungen‘ werden auf der Grundlage fragwürdiger Diagnosemethoden zahnmedizinisch nicht nachvollziehbare

„Sanierungen“ durchgeführt, die unter anderem den Austausch intakter zahnärztlicher Restaurationen oder die Extraktion strategisch wichtiger Zähne umfassen. Dies kann zu erheblichen Folgeschäden, die kostspielige Interventionen zur Schadensbegrenzung erforderlich machen, führen. Allein die durch Angstkampagnen in der Bevölkerung hervorgerufene Verunsicherung über die Verträglichkeit von Dentalmaterialien (die nicht nur die „besonderen Therapierichtungen“ betreffen, siehe unten) dürfte zu unnötigen ärztlichen und zahnärztlichen Interventionen mit Kosten in Milliarden-DM-Höhe geführt haben. Die dadurch bereits entstandenen und aktuell entstehenden Schäden sind aus medizinischer Sicht auf folgenden Ebenen angesiedelt:

- Durch umstrittene Diagnosemethoden werden allgemeine Krankheitssymptome vorschnell auf den Zahn-, Mund- und Kieferbereich zurückgeführt. Dies erschwert oder verhindert eine adäquate Erkennung und Therapie diverser Allgemeinerkrankungen.
- Durch Maßnahmen der „besonderen Therapierichtungen“ werden sog. somatoforme Störungen (im Sinne von körperlich attribuierten psychischen Störungen) initiiert oder verstärkt, wodurch eine adäquate Therapie ebenfalls erschwert oder verhindert wird.
- Es werden iatrogene Gebissdestruktionen hervorgerufen.

**85.** Da in der zahnärztlichen Ausbildung die Vermittlung von Kenntnissen über psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen nicht vorgesehen ist, sind Zahnärzte bei der Betreuung von Patienten mit unklaren Beschwerden (z. B. chronischen Gesichtsschmerzen) besonders stark überfordert. Dies führt gerade im zahnärztlichen Bereich zu der Gefahr, dass Patienten kein adäquates Behandlungsangebot finden und in den alternativmedizinischen Bereich abwandern. Eine zusammenfassende Darstellung von Folgeschäden, die aus Vorstellungen der „besonderen Therapierichtungen“ resultieren können, ist in Tabelle 1 aufgelistet.

**Tabelle 1: Folgeschäden ‚besonderer Therapierichtungen‘ in der Zahnmedizin auf individueller Ebene und auf Populationsebene**

Betrachtungsebene	Medizinische Folgeschäden	Ökonomische Folgeschäden
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nichterkennung von außerhalb des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs liegender Beschwerdeursachen</li> <li>- Initiierung/Verstärkung somatoformer Störungen</li> <li>- Iatrogene Schädigung des Kau-systems</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten durch unnötige oder schädigende zahnärztliche Interventionen</li> <li>- Durch Arbeitsausfall entstandene Einbußen</li> </ul>
Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrauensverlust in die Kompetenz der Zahnärzteschaft</li> <li>- Gefährdung der Akzeptanz wissenschaftlich begründeter diagnostischer, präventiver und therapeutischer Interventionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschwendung finanzieller Ressourcen, die dadurch anderen Bereichen, die eher zur Wohlfahrt der Bevölkerung beitragen könnten, entzogen werden</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

**86.** Die ökonomischen Motive sind unter anderem darin zu sehen, dass durch derartige Manipulationen der Weg für kostspielige Selbstzahlerleistungen gebahnt wird. Die Aufklärung der Bevölkerung über den begrenzten Nutzen derartiger Eingriffe einerseits und deren Risiken andererseits ist defizitär.

Während in anderen Ländern beispielsweise der Austausch intakter Restaurationen wegen befürchteter Vergiftungen als betrügerische Scharlatanerie und Täuschung (*fraud, quackery, sham cure*) bezeichnet wird (Rocke, S. 2000), werden in Deutschland selbst von großen Zahnärzteverbänden und einzelnen Zahnärztekammern höchst umstrittene Verfahren der ‚besonderen Therapierichtungen‘ in Fachbeiträgen und Fortbildungskursen laufend angeboten und damit gezielt gefördert. Die so unterstützten Nachfrageimpulse werden durch regelmäßige öffentliche Kampagnen verschiedener Gruppierungen über die angebliche Gefährlichkeit zahnärztlicher Materialien aufrechterhalten.

**87.** Nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand ist das Auftreten einer Vergiftung durch zahnärztliche Werkstoffe (einschließlich des viel diskutierten Füllungsmaterials Amalgam) bei bestimmungsgemäßem und verarbeitungsgerechtem Einsatz nahezu auszuschließen (Staehe, H. J. 2000d). Speziell zu dem Füllungsmaterial Amalgam wurde im Jahr 2001 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte



(BfArM) eine neue Risikobewertung vorgenommen (Harhammer, R. 2001). Sie führte ebenfalls zu dem Ergebnis, dass kein wissenschaftlich begründbarer Verdacht besteht, ordnungsgemäß gelegte Amalgamfüllungen könnten negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten haben.

**88.** Obwohl wissenschaftlich nicht begründet, führten die anhaltenden Aktivitäten zur Beeinflussung von Nachfrageimpulsen zu deutlichen Reaktionen in der Bevölkerung: So ergab eine in Deutschland durchgeführte Befragung, dass inzwischen fast jeder zweite Bundesbürger Bedenken gegen Dentalmaterialien (hier: Amalgamfüllungen) äußert (Schmalz, G. 1998). Einer Studie in der deutschsprachigen Schweiz zufolge machen sich dort fast 80 % der Patienten, die eine Zahnarztpraxis aufsuchen, Sorgen über die Schädlichkeit von Dentalmaterialien wie zum Beispiel Amalgam (Portmann, P. u. Lussi, A. 2000).

Bei Erhebungen einer Bevölkerungsstichprobe im Rhein-Neckar-Kreis vertraten etwa 25 % der Befragten die Auffassung, durch Dentalmaterialien wie z. B. Amalgam ausgeprägte Gesundheitsbeeinträchtigungen erlitten zu haben. Weitere 40 % der Befragten befürchteten zumindest eine geringe Schädigung und nur noch eine Minderheit von unter 40 % glaubte, durch Dentalmaterialien überhaupt nicht krank gemacht zu werden (Bailer, J. et al. 2000).

**89.** Die inzwischen eingetretene Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisstand einerseits und Meinungsbildung der Bevölkerung andererseits ist eklatant. Erklärungsansätze für diese Diskrepanz finden erst neuerdings Beachtung (Bailer, J. et al. 2000 u. 2001).

Während bislang noch das Füllungsmaterial Amalgam, gefolgt von palladiumhaltigen Gussmetallen, im Vordergrund der Befürchtungen steht, gibt es Indizien dafür, dass künftig vermehrt zahnärztliche Materialien auf Kunststoffbasis in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses treten werden (siehe unten).

Die Materialdiskussion führt zu verstärkten Nachfragen von Patienten bei Ärzten und Zahnärzten. So gaben 1993 fast 80 % von befragten Zahnärzten in der deutschsprachigen Schweiz an, wöchentlich oder zum Teil sogar täglich von Patienten bezüglich des Wunsches nach einem Füllungsersatz wegen befürchteter Gesundheitsgefahren (damals meist Amalgam) konfrontiert zu werden. Die Frage lautete: „Hatten Sie 1993 Patienten, die einen Füllungsersatz wünschten, weil sie misstrauisch oder davon überzeugt waren, dass das Füllungsmaterial negative Nebenwirkungen verursacht?“ (Portmann, P. u. Lus-

si, A. 2000). Aus solchen Daten kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, unnötige zahnärztlich-invasive Eingriffe würden allein durch die Nachfrageseite determiniert. Eine in Süddeutschland durchgeführte Untersuchung über die Gründe zahnärztlicher Austauschrestaurationen ergab vielmehr, dass Entscheidungen für invasive Eingriffe weniger von Patientenseite, sondern vielmehr von zahnärztlicher Anbieterseite dominiert wurden. Dies trifft insbesondere für alternativ-ganzheitlich orientierte Zahnärzte zu, die wegen vermuteter gesundheitlicher Unverträglichkeiten wesentlich häufiger die Empfehlung zur Entfernung von zahnärztlichen Restaurationen aussprachen als dies von betroffenen Patienten selbst gewünscht worden war (Melchart, D. et al. 1998).

**90.** Auch seitens der Industrie wird die öffentliche Diskussion um befürchtete Unverträglichkeiten von Dentalmaterialien genutzt, um unnötige zahnärztliche Eingriffe zu forcieren. Zu dieser Entwicklung tragen besonders die großen Dentalfirmen mit ihrem starken Potenzial zur Meinungsbildung der Bevölkerung bei. Dabei ist erkennbar, dass das Amalgamthema zunehmend in den Hintergrund gerät. Heute wird versucht, die Amalgamkampagnen sukzessive auf Gussmetalle und zahnfarbene Restaurationsmaterialien (z. B. Komposit-Kunststoffe) zu übertragen.

Ein Beispiel dafür sind die Werbeaktivitäten einer großen Dentalfirma zur Verkaufsteigerung von Gussmetallen und sog. Ormoceren (einer modifizierten Art von Komposit-Kunststoffen). In Analogie zur Amalgamdiskussion („Sondermüll im Mund“) startete diese Firma im Jahr 2000 mit hohem Werbeaufwand einen Slogan mit dem Thema „Es gibt Menschen, die haben mehr Materialien im Mund als in der Mülltonne“ (Degussa Dental 2000a). Ziel war es vermutlich, innerhalb des Konkurrenzkampfes von Gussmetall-Anbietern die Produkte dieser Firma („Golden Gate System“) besser zu platzieren. Ohne eine notwendige Differenzierung vorzunehmen, wurde dabei signalisiert, dass unterschiedliche Metall-Legierungen bei Zahnversorgungen Krankheiten hervorrufen könnten. Zahnärzten wurde gleichzeitig mit Bezug auf eine im Auftrag dieser Firma durchgeführte EMNID-Umfrage ein großes Betätigungsfeld im Sinne von Überversorgungen in Aussicht gestellt: „Fast die Hälfte aller befragten Patienten würden sich aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes für eine Versorgung mit dem ‚Golden Gate-System‘ sogar die vorhandenen Füllungen entfernen lassen“ (Degussa-Dental 2000b).

**91.** In eine ähnliche Richtung zielte eine Werbekampagne dieser Firma zur Verkaufsförderung von zahnfarbenen Materialien (Ormocer-Komposite). So wurde in Werbeanzeigen konventionellen Kompositen anderer Hersteller eine besondere gesundheitsge-

fährdende Wirkung unterstellt, die bei den Kompositen dieser Firma (Ormocer-Komposite) nicht vorhanden sein sollte (Degussa Dental 2000c). Obwohl es keine wissenschaftlichen Studien gibt, die belegen würden, dass es bei Verwendung von konventionellen Kompositen in einem höheren Prozentsatz zu Krankheiten oder sonstigen unerwünschten Nebenwirkungen gekommen wäre als bei Ormocer-Kompositen, wurden angebliche Unterschiede in der krankmachenden Wirkung von konventionellen Kompositen besonders hervorgehoben. Es ist angesichts solcher Kampagnen zu befürchten, dass künftig – analog zu den Amalgam-Austauschprozeduren der letzten Jahre – intakte Kompositfüllungen durch angeblich besonders ‚bioverträgliche‘ Gussmetall-Restaurationen oder Ormocer-Füllungen ausgetauscht werden, auch wenn fachlich-professionelle Gesichtspunkte dies nicht rechtfertigen.

**92.** Durch derartige Aktivitäten werden zahnärztliche Überversorgungen gebahnt. Es gibt zwar auch hier kein Datenmaterial, das Auskunft darüber geben würde, in welchem Prozentsatz unnötige zahnärztlich-restaurative Eingriffe vorgenommen werden, es dürfte aber angesichts der seit Jahren anhaltenden Kampagnen niemand ernsthaft bestreiten, dass es sich hier um ein hoch relevantes Problem handelt. Eine aussagekräftige Datenerhebung ist auch aus folgenden Gründen erschwert, wenn nicht sogar unmöglich:

Falls ein Patient von sich aus die Erneuerung von erhaltungswürdigen Restaurationen wünscht oder seitens eines Zahnarztes Interesse an entsprechenden Eingriffen besteht, dürfte nur zu einem geringen Prozentsatz als offizielle Behandlungsindikation die Bemerkung „Entfernung intakter Restaurationen“ auftauchen. Es liegt wesentlich näher, innerhalb des vorhandenen zahnärztlichen Ermessensspielraums vorhandene Restaurationen als ‚insuffizient‘ bzw. ‚erneuerungsbedürftig‘ zu bezeichnen, wobei schwer objektivierbare Verdachtsmomente (z. B. hinsichtlich des Vorliegens einer Randundichtigkeit oder Randkaries) ausreichen, um invasiv einzugreifen.

Die Materialdiskussion lässt eine gewisse Ambivalenz erkennen: Während sich die Zahnmedizin auf der einen Seite als wissenschaftliches Fach präsentiert und somit überzogene Befürchtungen über Krankheitsrisiken zurückgewiesen werden müssen, so ist auf der anderen Seite einzuräumen, dass Angstkampagnen über angeblich krankmachende Wirkungen zahnärztlicher Werkstoffe zu verstärkten Nachfragen nach gewinnträchtigen zahnärztlichen Leistungen führen, die sonst ausbleiben würden.

**93.** Eine weitere Problematik stellt die Schiefelage von Leistungsbewertungen dar, die eine vornehmlich zahnmedizinisch begründete Entscheidungsfindung zu bedarfsge-

rechten Interventionen unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes erschwert. Die derzeitigen Rahmenbedingungen zahnärztlicher Berufsausübung hemmen eine Umsteuerung in Richtung Prävention und Schonung oraler Strukturen und fördern medizinisch fragwürdige Ausweichstrategien mit der Folge eines Nebeneinanders von Unter-, Fehl- und Überversorgung.

#### **14.2.1.7 Qualifikation von Zahnärzten und Prophylaxepersonal**

**94.** Ein Teil der Versorgungsprobleme lässt sich auf eine verbesserungsbedürftige Qualifizierung von Therapeuten und Assistenzpersonal zurückführen. Insofern ist in der Zahnmedizin auch von Versorgungsproblemen auf systemischer Ebene auszugehen. In der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung werden aktuell unter anderem folgende Probleme diskutiert:

- veraltete zahnärztliche Approbationsordnung von 1955 mit einer frühzeitigen Konzentration auf mechanisch-technische Fertigkeiten und einem Automatismus ‚Vor-klinik = Zahnersatzkunde‘ (Priorität spät-reparativer Interventionen);
- fehlende universitäre Postgraduate-Programme;
- weitgehend unstrukturierte Fortbildungen;
- geringe Spezialisierungsmöglichkeiten.

Zum Teil sind die in Deutschland anzutreffenden Probleme in anderen Ländern überwunden worden. Zieht man jedoch eine umfassende internationale Bilanz, so stehen noch vielen Ländern gewaltige Anstrengungen in einer Neuorientierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung bevor.

**95.** Die zahnärztliche Approbationsordnung wurde Anfang der fünfziger Jahre formuliert und Mitte der fünfziger Jahre verabschiedet. Trotz einiger kleinerer Korrekturen muss sie in weiten Teilen als veraltet betrachtet werden. Obwohl die Universitätskliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland große Anstrengungen unternehmen, um auch unter schwierigen Voraussetzungen ein hohes Ausbildungsniveau entsprechend dem aktuellen Wissensstand sicherzustellen, kann die derzeitige Approbationsordnung einer zukunftsweisenden Ausbildung der kommenden Zahnärztergenerationen immer weniger Rechnung tragen. Ein gravierendes Problem liegt unter anderem darin, dass in der gültigen zahnärztlichen Approbationsordnung eine einseitige Konzentration auf mechanisch-technische Fertigkeiten stattfindet, mit denen die anste-

henden Herausforderungen an die zahnärztliche Berufsausübung nur schwer bewältigt werden können.

**96.** Dies beginnt bereits bei der propädeutischen Ausbildung der Studierenden, die durch einen nicht mehr zeitgemäßen Automatismus von ‚Vorklinik = Zahnersatzkunde‘ und eine Priorität spät-reparativer Interventionen gekennzeichnet ist. Propädeutische Ausbildungsinhalte in wichtigen Bereichen wie z. B. Gesundheitsförderung und Prävention oder Erhaltung oraler Strukturen sind hingegen zu wenig vertreten. Auch die Vermittlung psycho-sozialer Kompetenz wird zu wenig thematisiert. Schließlich fehlen weitgehend Ansätze zu fächer- und studienabschnittsübergreifenden Ausbildungskonzepten.

**97.** Neben dem qualitativen Aspekt der Ausbildung ist auch der quantitative Aspekt von besonderer Bedeutung. Nachdem mindestens bis in die achtziger Jahre die Zahl auszubildender Zahnärztinnen und Zahnärzte unter äußerst restriktiv gehandhabten Kapazitätsbedingungen erhöht wurde, ist seit kurzem eine deutliche Reduzierung von zahnärztlichen Universitätsabsolventen zu registrieren. Die Zahl der jährlichen Examsabschlüsse sank in Deutschland von 2.185 im Jahr 1992 auf 1.641 im Jahr 1999 (VHZMK 1999). Trotz der geringeren Zahl von Absolventen deutscher Universitäten (seit 1992) stieg zwischen 1992 und 2000 die Zahl der Vertragszahnärzte von 45.676 auf 53.072 (KZBV 2000).<sup>7</sup>

Diese Diskrepanz ist vermutlich unter anderem auf die aktuellen Altersstrukturen und auf einen erhöhten Zuzug von Zahnärztinnen und Zahnärzten mit ausländischer Approbation zurückzuführen. Der Kenntnis- und Fertigungsstand dieses Personenkreises erreicht z. T. nicht die in Deutschland gegebenen Voraussetzungen. Dies ist z. B. bei Absolventen einiger Ausbildungsstätten außerhalb der Europäischen Union der Fall. Die derzeit durchgeführte Praxis (Ableistung von sogenannten Anpassungsjahren, Überprüfung des Kenntnisstandes durch so genannte Gleichwertigkeitsprüfungen usw.) ist sowohl für die ausländischen Kolleginnen und Kollegen als auch für die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung unbefriedigend. Speziell für nicht in der EU ausgebildete Zahnärzte fehlt es an universitären Zusatzausbildungsprogrammen.

**98.** Da in Deutschland für die nächsten Jahre mit einer weiteren Zunahme von Zahnärzten gerechnet wird, gehen einige Bedarfsberechnungen von einem zahnärztlichen

---

<sup>7</sup> Die 1999 in Kraft getretene Altersbegrenzungen für Vertragszahnärzte auf 68 Jahre können sich erst in den nächsten Jahren auswirken.

Überangebot aus (Becker E. et al. 1990; KZBV 2000). Bei den aktuell diskutierten Konsequenzen (z. B. Verringerung der Studentenzahlen) sollten allerdings die Erfahrungen aus anderen Ländern Beachtung finden. In Ländern mit frühzeitigen Anstrengungen in der Prävention oraler Erkrankungen wurden aufgrund einer vorschnell erwarteten Bedarfssenkung die Ausbildungskapazitäten bereits vor längerer Zeit verringert. Dies führte zu einem so starken Rückgang an zahnärztlichen Hochschulabsolventen, dass zahnärztliche Ausbildungsstätten die zuvor verkleinert oder gar geschlossen worden waren, nunmehr wieder vergrößert oder neu eröffnet werden müssen. Bedarfsanalysen für die Niederlande ergaben, dass dort künftig voraussichtlich zu wenige Zahnärzte zur Verfügung stehen werden, um eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (Bronkhorst, E. M. et al. 1994). Auch in der Schweiz werden bereits jetzt Werbeaktionen bei Abiturienten zur Gewinnung von Interessenten für ein Zahnmedizinstudium durchgeführt, um einem drohenden Zahnärztemangel entgegenzuwirken (Jäger, P. 1999).

**99.** Hinsichtlich der Weiterqualifikation von Zahnärzten nach der Berufsausbildung (Postgraduate-Programme, Fortbildung, Weiterbildung/Spezialisierung) ist folgendes festzustellen:

**100.** In Deutschland finden universitäre Postgraduate-Programme innerhalb der einzelnen Disziplinen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kaum statt. Dies führt auf dem Gebiet der Lehre und Forschung zu einem Standortnachteil im internationalen Wettbewerb.

**101.** Das zahnärztliche Fortbildungsangebot ist insgesamt gesehen sehr reichhaltig. Fortbildungsangebote gehen unter anderem von Zahnärztekammern, Wissenschaftlichen Gesellschaften, privaten Verbänden und Arbeitskreisen, Universitäten sowie der Industrie aus. Es wird von der Zahnärzteschaft sehr rege in Anspruch genommen.

Trotz einiger hervorragender Fortbildungsinstitutionen und hohem Fortbildungsinteresse der Zahnärzteschaft verläuft die zahnärztliche Fortbildung – bundesweit betrachtet – zu einem großen Teil noch unstrukturiert. Wichtige Themen, z. B. auf dem Gebiet der Diagnostik, Planung und Beratung sind zuweilen unterrepräsentiert. Problemfelder, die die Thematik der Unter-, Fehl- und Überversorgung berühren, werden in der Fortbildung kaum aufgegriffen, so dass die Zahnärzteschaft auf diesem Gebiet nur wenig sensibilisiert ist. Traditionell spielen Themen über spät-reparative, stark invasive Interventionen immer noch eine dominierende Rolle.

**102.** Während im medizinischen Bereich in den letzten Jahrzehnten eine so starke Untergliederung der Weiterbildung vorgenommen wurde, dass heute eine Reduzierung der Weiterbildungskataloge auf ein realistisches und zugleich versorgungsrelevantes Maß gefordert wird (Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 107) verhält sich im zahnmedizinischen Bereich die Situation umgekehrt. Hier fehlen in versorgungsrelevanten Fächern Spezialisten.

Obwohl es heute einem einzelnen Zahnarzt nicht mehr möglich ist, das zur Verfügung stehende zahnmedizinische Spektrum auch nur annähernd zu überblicken, gibt es in Deutschland bislang lediglich zahnärztliche Weiterbildungen in Kieferorthopädie, Oralchirurgie und – mit Einschränkungen – öffentlichem Gesundheitswesen. In einer kleinen Region (Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) existiert die Fachzahnarztbezeichnung für Parodontologie.

Spezialisierungen nach internationalen Standards, z. B. auf dem Gebiet der Endodontologie, der Kinder- und Jugendzahnheilkunde, der Parodontologie, der Präventiven Zahnheilkunde, der Restaurativen Zahnheilkunde, der Prothetik oder der zahnärztlichen Psychologie und Psychosomatik werden bislang nur in sehr geringem Umfang genutzt und von den für die Weiterbildung zuständigen Zahnärztekammern nicht anerkannt.

In jenen Regionen, in denen Spezialisierungen in größerem Umfang realisiert wurden (z. B. Parodontologie in der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) wurde es bislang veräußert, Daten zu akquirieren bzw. zu veröffentlichen, die Aussagen über den Nutzen solcher Qualifikationen für die orale Gesundheit der Bevölkerung zulassen würden.

**103.** Es spricht zwar eine große Zahl fachlicher Argumente für eine Ausbildung besonders qualifizierter Zahnärzte, dennoch ist derzeit eine ungewöhnlich starke Ablehnungsfront gegen jegliche weitere Spezialisierungen in der Zahnmedizin zu verzeichnen. Diese – aus unterschiedlichen Motiven heraus betriebenen – Widerstände betreffen nahezu alle gesundheits-, standes- und hochschulpolitischen Institutionen wie auch die Kostenträgerseite:

- Standespolitische Wortführer befürchten eine Aufsplitterung oder gar Spaltung des zahnärztlichen Berufsstandes und sehen selbst bei einer geringen Anzahl von spezialisierten Zahnärzten eine Gefahr für die sogenannten Generalisten. Sorgen bestehen unter anderem dahingehend, dass Kostenträger mit besonders qualifizierten Zahnärzten Sonderregelungen in Honorarfragen (Einkaufsmodelle) vereinbaren

könnten. Durch diese Politik des Protektionismus nimmt die Standespolitik eine unteroptimale zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in Kauf.

- Gesundheitspolitische Entscheidungsträger wie auch Kostenträger wiederum befürchten, dass das Angebot von Spezialisten zu einer Kostenausweitung führen könnte. Die Hinnahme fachlicher Defizite erfolgt hier somit vornehmlich aus dem Motiv der Kostenstabilität in der Zahnmedizin.
- Auch innerhalb der Hochschullandschaft und einiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften fällt die Einrichtung neuer Spezial- bzw. Weiterbildungsgebiete nicht auf ungeteilte Zustimmung, da dies zu einer Umschichtung etablierter Strukturen führen könnte.

**104.** Analog zur zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sind auch in der systematischen und flächendeckenden Weiterqualifikation der zahnärztlichen Assistenzberufe noch sehr große Defizite zu verzeichnen. Obwohl in der Zwischenzeit Musterfortbildungsordnungen für verschiedene Qualifikationsstufen wie z. B. Prophylaxehelferin/-assistentin, Zahnmedizinische Fachhelferin (ZMF) oder Dental Hygienist (DH) verabschiedet wurden, wird die Umsetzung noch nicht im wünschenswerten Umfang realisiert. Auch hier besteht – abgesehen von regional mit großem Engagement und großem Erfolg durchgeführten Aktivitäten (z. B. Einwag, J. 2000) – bundesweit gesehen ein hoher Nachholbedarf (Neumann, T. 1996).

#### **14.2.2 Derzeitige Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität**

**105.** Die Datenlage für eine Beschreibung der Mundgesundheit der in Deutschland lebenden Menschen wird seit einigen Jahren sukzessive verbessert. Wenn auch bislang ein Mangel an unabhängigen Institutionen zur Sammlung und Auswertung von Daten über Inzidenzen und Prävalenzen oraler Erkrankungen sowie entsprechender Ursachenanalysen zu verzeichnen ist, so finden sich doch verbesserte Ansätze zur Beschreibung von nationalen und regionalen Gesundheitszielen. Besondere Verdienste kommen dabei dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Trägerschaft von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) zu. Außerdem ist in diesem Zusammenhang die Einrichtung einer Zentralstelle zahnärztlicher Qualitätssicherung (ZZQ) der BZÄK anzuführen.



Von verschiedenen Institutionen einschließlich Zahnärztekammern, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Kostenträgern und Berufsverbänden werden derzeit zahlreiche Aktivitäten unternommen, um Qualitätsdefizite aufzudecken und entsprechende Verbesserungen daraus abzuleiten.

**106.** Die Qualität medizinischer Leistungen wird üblicherweise mehrdimensional erfasst. Ein dreidimensionales Qualitätsmodell beinhaltet in einer ersten Ebene Effektivität, Akzeptanz und Effizienz, in einer zweiten Ebene Gesundheitsberufe, Patienten und Gesundheitsmanager/Kostenträger und in einer dritten Ebene Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität (Sinha, M. 1998).

Eine im zahnmedizinischen Bereich vorgeschlagene Beschreibung geht von vier Qualitätsdimensionen aus: Zugang der Bevölkerung zur Versorgung (sozialmedizinischer Aspekt), Angemessenheit der Behandlung (medizinische Indikation, wissenschaftliche Absicherung usw.), technische Qualität und ‚*art of care*‘ (definiert als Mitwirkung des Patienten im Behandlungsprozess und Hilfestellung des zahnärztlichen Teams bei diesem Vorgang) (Marcus, M. u. Spolsky, V. 1998; Domdey, A. 1999). Eine konkrete Auflistung von zahnmedizinischen Qualitätskriterien wurde in Deutschland bereits Ende der achtziger Jahre vorgenommen (Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Zahnmedizin 1988), allerdings in dieser Form nicht weitergeführt.

**107.** Während einerseits für ein Ineinandergreifen verschiedener Qualitätsdimensionen und die Entwicklung dynamischer Optimierungsmodelle plädiert wird (Walther, W. 1995; Heners, M. 1995, 1999 und 2000), gibt es andererseits Bestrebungen zur Fokussierung auf die Prozess- und Ergebnisqualität zahnmedizinischer Leistungen. Im deutschsprachigen Raum wurde diese – nicht unumstrittene – Sicht der Qualitätsdiskussion insbesondere in der Schweiz vorangetrieben. Kritische Äußerungen beziehen sich dabei unter anderem auf die Sorge, dass die Rahmenbedingungen, unter denen zahnärztliche Leistungen vorgenommen werden, nicht hinreichend berücksichtigt würden (Boehme, P. 2000). Andererseits werden die Kriterien der Schweizerischen Zahnärztesellschaft (SSO) als beispielgebend bezeichnet, die auch als Modell für die zahnärztliche Versorgung in Deutschland dienen könnten (Hey, H.-W. 2000; Riedel, E. 2000).

Die von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) in Zusammenarbeit mit allen Schweizer Universitäten erstellten und im Jahr 2000 herausgegebenen „Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin“ (SSO 2000) beschreiben konkrete Standards in den Disziplinen Praxishygiene, Radiologie/Strahlenschutz, Präventivzahnmedizin, Kinderzahnmedizin, Kieferorthopädie, restaurative Zahnmedizin, Endodontologie, Parodonto-

logie, festsitzende Prothetik, abnehmbare Prothetik sowie Orale Chirurgie/Stomatologie/Implantologie. Dabei wurde jeweils vermerkt, inwieweit im Einzelfall eine sehr gute bzw. gute Versorgungsqualität vorliegt (Standard A+ bzw. A), wo potenziell schädigende Mängel zu verzeichnen sind (Standard B) und wo ungenügende Resultate bestehen, die ein sofortiges Eingreifen zur Vermeidung weiterer Folgeschäden ratsam erscheinen lassen (Standard C). Es ist noch nicht absehbar, inwieweit die schweizerischen Qualitätsstandards die diesbezüglichen Anstrengungen in Deutschland beeinflussen.

**108.** Bei der Beschreibung der Qualität zahnärztlicher Arbeiten ist zu beachten, dass oftmals eine erhebliche Diskrepanz zwischen (momentan) subjektiver Zufriedenheit des Patienten und objektiv messbaren Kriterien besteht (Joss, A. et al. 1999; Süssenberger, U. 1999). Die derzeitig zu beobachtende Tendenz, Qualitätsdiskussionen auf die Selbsteinschätzung von Patienten zu reduzieren, muss deshalb eindeutig abgelehnt werden.

**109.** Die Diskussion über die Qualität der zahnärztlichen Versorgung war bislang vor allem durch ‚Schuldzuweisungen‘, sowohl seitens der Zahnärzteschaft gegenüber den Kostenträgern als auch seitens der Kostenträger gegenüber der Zahnärzteschaft geprägt. In den Reihen der verfassten Zahnärzteschaft standen vor allem zwei Standpunkte im Vordergrund der Meinungsbildung:

Die erste Gruppe vertrat die Auffassung, dass die zahnärztliche Versorgung weitgehend korrekt sei, dass ein Problem von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Grunde gar nicht existiere und dass folglich kein echter Handlungsbedarf auf diesem Sektor gegeben sei. Die zweite Gruppe erkannte die Existenz von relevanten Problemen in der zahnärztlichen Versorgung zwar an, reduzierte ihre Ursachen aber ausschließlich auf ungünstige Rahmenbedingungen, wie sie durch die Gesetzliche Krankenversicherung erzeugt würden.

**110.** Zur Lösung von Qualitätsproblemen (falls ihr Vorhandensein zugestanden wurde) wurden höhere zahnärztliche Honorare und höhere finanzielle Eigenbeteiligungen von Patienten gefordert. Als Begründung wurden unter anderem folgende Vorstellungen aufgeführt:

- Eine Erhöhung zahnärztlicher Honorare führe automatisch zu einer Qualitätssteigerung.
- Eine Erhöhung der finanziellen Eigenbeteiligung von Patienten führe zwangsläufig zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten („Verhaltenssteuerung über den Geldbeutel“).

Beide Hypothesen konnten in dieser vereinfachenden Form bislang allerdings nicht hinreichend belegt werden.

**111.** Seitens der Kostenträger konzentrierten sich wiederum Beschreibungen der zahnärztlichen Versorgung auf folgende Aspekte:

- Die aktuellen Auflistungen und Honorierungsregelungen zahnärztlicher Leistungen reichten in den meisten Sparten aus, um eine qualitativ hochwertige zahnärztliche Versorgung zu gewährleisten. Falls es zu Qualitätseinbußen komme, gingen diese ausschließlich zu Lasten der Zahnärzteschaft.
- Die anstehenden Herausforderungen ließen sich vornehmlich durch Einsparmaßnahmen bzw. Leistungsumschichtungen kostenneutral bewältigen.

**112.** Vorschläge der Zahnärzteschaft zu einer Neuregelung von Finanzierungsmodellen wurden von Kostenträgern in der Vergangenheit strikt abgelehnt. Solche eingrenzenden Standpunkte unterschiedlicher Interessengruppen werden bislang nur zögerlich aufgegeben und machen nur in Teilaspekten einer erweiterten Sichtweise Platz.

Zur Verbesserung der Patientenversorgung sind in diesem Zusammenhang unter anderem folgende Aktivitäten erkennbar:

**113.** Neubeschreibung des zahnärztlichen Leistungsspektrums: Verschiedene Institutionen erarbeiten derzeit eine Neubeschreibung des Leistungsspektrums der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. So haben die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) entsprechende Arbeitsgruppen etabliert, die sich eine kontinuierliche, fachlich begründete Darstellung der einzelnen Fachgebiete zum Ziel setzen. Priorität hat dabei zunächst die Diagnostik, Planung und Patientenberatung mit einer Differenzierung in klinische Basis-Befunde und – soweit medizinisch angemessen – weiterführende Interventionen.

Weiterhin sollen unter der fachlichen Verantwortung der DGZMK sukzessive Leitlinien zur wissenschaftlich begründeten Patientenversorgung nach aktuellen Standards herausgegeben werden. Die derzeitigen Aktivitäten stehen weitgehend am Anfang und lassen demnach noch keine Überwindung der angesprochen Probleme erkennen. Die in § 63 SGB V angeregten Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung wurden im

Bereich der Zahnmedizin bislang nicht genutzt. Es existieren aber bereits konkrete Vorschläge zur Umgestaltung vorhandener Leistungskataloge mit dem Ziel, diagnostische und präventive Leistungen zu stärken (Brückmann, J. u. Strippel, H. 2001).

**114.** Konsensbildung über die Stärkung der Primär- und Sekundärprävention in Relation zur Tertiärprävention: Auch wenn die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe noch deutliche Defizite aufweist, so wird ihre grundsätzliche Bedeutung für die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung aller Altersklassen in der Zwischenzeit von nahezu allen relevanten Institutionen mehr und mehr akzeptiert. Es sind vermehrte Anstrengungen erkennbar, die Bedeutung von zahn-gesunder Ernährung, effektiver Mundhygiene und Fluoridierungsmaßnahmen im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern. Dementsprechend nahm in den letzten Jahrzehnten die Verbreitung von Mundhygienehilfsmitteln und Fluoridierungsmaßnahmen sukzessive zu, wenn auch noch nicht im wünschenswerten Umfang.

Als Beispiel einer kollektivprophylaktisch wirksamen Maßnahme sei die Speisesalzfluoridierung genannt. Hier liegt der Marktanteil in Deutschland inzwischen bei etwa 50 %.

In der Gruppenprophylaxe liegen mittlerweile vermehrt Dokumentationen vor, die die steigenden Aktivitäten der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege im bundesweiten Vergleich aufzeigen (DAJ 1998/99).

Auch im Bereich der Individualprophylaxe ist eine Zunahme entsprechender Leistungen zu verzeichnen. Da diese Leistungen (einschließlich der Fissurenversiegelungen) offenbar zu einer deutlichen Verbesserungen des Mundgesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen beigetragen haben, wird von ihrer Ausweitung ein weiterer Rückgang von Karies, insbesondere von Jugendlichen mit hohem Erkrankungsrisiko, postuliert (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999; Reich, E. 2001a).

Eine aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungsprophylaxe (streng kollektive Prophylaxe), Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter wird zunehmend für notwendig erachtet und in standespolitischen Gremien thematisiert (Bauch, J. 1995; BZÄK 1998 und 2000a; VDZM 1999). Obwohl die vorhandenen Defizite bekannt sind, reichen die bisherigen Aktivitäten nicht aus, eine grundlegende Umorientierung zu realisieren.

**115.** Konsensbildung über aktuelle Möglichkeiten der Vermeidung substanzopfernder Interventionen innerhalb der Tertiärprävention: Durch die rasante Weiterentwicklung von Methoden und Materialien auf allen Gebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einschließlich der Zahnerhaltung und Parodontologie sowie der Zahnärztlichen Prothetik (z. B. Adhäsivprothetik) stehen innerhalb der Tertiärprävention heute wesentlich mehr Möglichkeiten substanzschonender Interventionen zur Verfügung, als dies vor wenigen Jahren der Fall war. Der Zahnärzteschaft in Deutschland ist prinzipiell ein breites Spektrum zahnerhaltender Interventionen zugänglich, um das Volumen stark-invasiver chirurgischer und/oder konventionell-prothetischer Eingriffe zu verkleinern.

Die zur Zeit erkennbaren Tendenzen zahnärztlicher Berufsausübung anhand publizierter Leistungsdaten deuten aber darauf hin, dass die Optionen zur Vermeidung substanzopfernder Interventionen noch nicht vollständig ausgeschöpft werden (KZBV 2000). Über Versorgungsdefizite in einigen Bereichen (z. B. Parodontologie) besteht inzwischen weithin Konsens. Vorschläge zur Überwindung veralteter vertraglicher Regelungen wurden unter anderem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Diskussion gestellt (Fedderwitz, J. 1998).

**116.** Konsensbildung über die Stärkung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes: Zahnärzteschaft, Kostenträger und weitere Institutionen erproben zur Zeit verschiedene Modelle zur Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes. Dazu zählen unter anderem Patientenberatungsstellen und Anlaufstellen zur Einigung in strittigen Fragen im Anschluss an zahnärztliche Interventionen, um ggf. langwierige juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden. Im zahnärztlichen Gutachterwesen liegen die Ergebnisse diverser Modelle (z. B. ‚Tübinger Modell‘) vor (Rumetsch, W. 1995; Brückmann, J. u. Schlömer, R. 1996). Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer hat sich im Jahr 2000 für einen flächendeckenden Ausbau unabhängiger Patientenberatungsstellen ausgesprochen (BZÄK 2000d). Landes Zahnärztekammern (z. B. die LZK Baden-Württemberg) bauen zahnmedizinische Beratungsstellen auf oder erweitern sie (J.G. 1999a und 1999bb; M. H., 1999a und 1999b). In Baden-Württemberg existieren Überlegungen, Informationen unterschiedlicher Informationsgeber zu bündeln und Interessierten über ein einheitliches Internet-Portal zugänglich zu machen (Cox, H. 2000).

Allerdings ist eine hinreichende Koordinierung unterschiedlicher Ansätze und Aktivitäten noch nicht genügend deutlich zu erkennen. Welche Rolle künftig neue Medien einschließlich telemedizinischer Informationsvermittlungen bei der Patientenberatung spielen sollen, ist bislang noch strittig. Die in § 65b SGB V vorgesehene Förderung von

Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung hat im Bereich der Zahnmedizin noch zu keinen greifbaren Resultaten geführt.

**117.** Transparenz ökonomisch/ideologisch motivierter Nachfragemanipulationen: Es finden sich in Deutschland kaum Aktivitäten, um die in Abschnitt 14.2.1.6 angesprochene Manipulation bzw. den Missbrauch der Nachfrage nach zahnmedizinischen Leistungen transparent zu machen oder gar zu begrenzen.

**118.** Konsensbildung über die Qualifikation von Zahnärzten und Prophylaxepersonal: Es existieren zahlreiche Vorschläge verschiedener Gruppierungen zur Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung. Unter anderem stehen dem Reformmodell der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK 1995) die Konzepte berufspolitischer Vereinigungen gegenüber (z. B. Süssenberger, U. u. Strippel, H. 1992; Köhn, J. 1992; Strippel, H. 1995 und 1999).

Das Reformmodell der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) ist bereits über 5 Jahre alt und wird deshalb aktuell diskutiert bzw. überarbeitet. Neue Strategien für eine Studienreform unter Einbeziehung von Modellstudiengängen wurden vorgestellt (Strippel, H. 2000a). An einigen deutschen Universitäts-ZMK-Kliniken finden derzeit Vorbereitungen zur Etablierung von Modellstudiengängen statt.

Derzeit sind – von einigen Ausnahmen abgesehen – nahezu keine Aktivitäten zum Aufbau universitärer Postgraduate-Programme nach internationalen Vorbildern zu erkennen.

Die von einzelnen Zahnärztekammern und Berufsverbänden bislang gehandhabte Restriktion hinsichtlich strukturierter Fortbildungen und Spezialisierungen wird aktuell überdacht. Einige Zahnärztekammern haben Programme zur Entwicklung einer strukturierten Fortbildung vorgestellt und teilweise bereits etabliert (Lenke, U. 2000). Von der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde ein neues Modell (Curriculum) für eine strukturierte Fortbildung in verschiedenen Fachdisziplinen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Abstimmung mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eingeführt. Die Bundeszahnärztekammer hat in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) Rahmenrichtlinien herausge-

geben, um strukturierte Fortbildungsaktivitäten bundesweit zu koordinieren (BZÄK 2000c).

Spezialisierungsprogramme einzelner zahnärztlicher Disziplinen wurden von wissenschaftlichen Fachgesellschaften zum Teil erst vor sehr kurzer Zeit etabliert, so dass die Ausbildung entsprechender Experten meist noch am Anfang steht.

Es bestehen aktuelle Diskussionen über die Notwendigkeit einer eindeutigen Abgrenzung unterschiedlicher Qualifikationsstufen (Fortbildung gegenüber Weiterbildung/Spezialisierung), um dem differenzierten Informationsanspruch der Bevölkerung gebührend Rechnung zu tragen.

Von Zahnärztekammern werden vermehrt Anstrengungen unternommen, die Zahl an weiterqualifizierten Zahnarzhelferinnen (Zahnmedizinische Fachhelferinnen, Dental Hygienists usw.) zu erhöhen.

### **14.2.3 Künftige Ansätze zur Verbesserung der Qualität**

**119.** Die epidemiologische Datenlage zum Mundgesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung muss weiter verbessert werden. Die bisher erhobenen allgemeinen Parameter (z. B. über die Häufigkeit von Karies, Parodontopathien oder Zahnverlust) sollten durch detailliertere Angaben über Art und Qualität der zahnärztlichen Versorgung erweitert werden. Dabei geht es nicht nur darum, neue Daten zu akquirieren. Es könnte bereits eine sehr starke Verbesserung erzielt werden, wenn alle vorhandenen Daten (z. B. der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen) unter Wahrung und ggf. Anpassung der gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes konsequent publiziert und ausgewertet würden. Dazu ist ein Ausbau der bislang an wissenschaftlichen Einrichtungen stark unterrepräsentierten zahnmedizinischen Versorgungsforschung dringend erforderlich.

Nach Möglichkeit sollten die Daten so erfasst werden, dass ein Vergleich mit Ländern unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme (z. B. Deutschland/Schweiz/ Skandinavische Länder) möglich ist. Dadurch könnte auch der Überblick über das Behandlungsaufkommen und den Kostenaufwand einerseits und die erzielte Qualität der zahnärztlichen Versorgung andererseits verbessert werden.

**120.** Zur Erfüllung dieser Aufgaben sollten Institutionen eingerichtet werden, die zum einen über eine hohe fachliche Kompetenz, zum anderen über eine weitgehende politische Unabhängigkeit verfügen.

Wissenschaftliche Fachgesellschaften müssen sich vermehrt in der Öffentlichkeit artikulieren, wenn es darum geht, Mängel in der zahnärztlichen Versorgung aufzudecken und Verbesserungen in die Wege zu leiten. Um einen größeren gesundheitspolitischen Einfluss zu erlangen, müssen sie deutlich machen, dass sie nicht in erster Linie die Belange der Zahnärzteschaft vertreten, sondern sich vorwiegend einer wissenschaftlich begründeten Verbesserung der Mundgesundheit in der Bevölkerung verpflichtet fühlen. Aufgrund der unterschiedlichen Rollenverteilungen sind Zusammenschlüsse von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und anderen Institutionen (z. B. Berufsverbänden) als äußerst problematisch anzusehen.

Um die Qualität künftig weiter zu verbessern, ist ein Strukturwandel in der Patientenversorgung anzustreben. Dazu zählen unter anderem folgende Aspekte:

#### ***Ausbau von Diagnostik, Planung und Beratung***

**121.** Diagnostische Maßnahmen betreffen sowohl Reihenuntersuchungen wie auch individuelle Fragestellungen. Die unter Wahrung bzw. Anpassung des gesetzlichen Datenschutzes vorgenommene Berücksichtigung systematisch erhobener zahnärztlicher Befunde und deren Dokumentation (z. B. bei Ein- und Ausschulungen oder betriebsärztlichen Aktivitäten) würde nicht nur die epidemiologische Datenbasis verbessern, sondern könnte auch als Instrument zur Sensibilisierung für zahnmedizinische Probleme bzw. deren Vermeidung genutzt werden.

Im Rahmen der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde müssen die Leistungen der Diagnostik, Planung und Beratung einen höheren Stellenwert als bisher erhalten. Es muss sichergestellt werden, dass neue Leistungskataloge auf diesen Gebieten wesentlich umfassendere Möglichkeiten bieten, als dies bislang der Fall war. Bedarfs-, schadens- und risikogerechte Behandlungsstrategien, die sich von vorwiegend symptomorientierten ad-hoc-Eingriffen lösen, können nur dann erfolgreich angegangen werden, wenn die entsprechenden diagnostischen, planerischen und beraterischen Optionen erfüllt sind. Ihre Umsetzung kann unter anderem durch Verbesserungen im Qualitätsmanagement gefördert werden.



**122.** Vorschläge hierzu liegen aus verschiedenen Blickwinkeln vor (z. B. Heners, M. 1995; Walther, W. 1995; Sinha, M. 1998; Brückmann, J. u. Schlömer, R. 2000). Sie bedürfen aber noch einer Konsensbildung zwischen den im zahnmedizinischen Bereich agierenden Gruppierungen, um damit tragfähige Vereinbarungen zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Kostenträgern zu fördern. Ähnliches gilt für den privatärztlichen Bereich.

Als wichtige Voraussetzung zur Verbesserung von Diagnostik, Planung und Beratung wird die konsequente Dokumentation solcher Leistungen angesehen. Die Notwendigkeit einer Protokollierung von Entscheidungsprozessen (Wahrnehmung individueller Probleme eines Patienten, nachvollziehbare Behandlungsvorschläge und -alternativen auf der Grundlage einer angemessenen Anamnese- und Befunderhebung, Patientenentscheidung usw.) dürfte auf zahnärztliche Interventionen einen bedeutenden Einfluss nehmen (Walther, W. 2000). Eine Verbesserung der Transparenz bei Entscheidungsfindungen könnte auch dazu beitragen, die Gefahr des Aufklärungs-, Informations- und Beratungsmissbrauchs zu reduzieren.

Da bei der zahnmedizinischen Betreuung von Patienten in immer größer werdendem Umfang allgemeinmedizinische Aspekte einbezogen werden müssen, sollte beim Ausbau der Diagnostik auch die Notwendigkeit der Kooperation und Koordination mit anderen medizinischen Disziplinen mehr als bisher Beachtung finden.

**123.** Die aktuell von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) vorbereiteten Vorschläge zur Neugestaltung der Bereiche Diagnostik, Planung und Beratung sollten baldmöglichst mit einer größeren Zahl von weiteren Institutionen erörtert werden, um frühzeitig einen weitreichenden fachlichen Konsens zu erzielen. Sobald in einem ersten Schritt dieser fachbezogene Konsens hergestellt worden ist, kann in einem zweiten Schritt die Aufstellung eines neuen Leistungskatalogs in Angriff genommen werden. Dabei bietet es sich an, auch den Aufwand der beschriebenen Leistungen transparent zu machen, um eine objektivierbare Grundlage für betriebswirtschaftlich stimmige Bewertungen von Leistungen zu schaffen. Davon zu trennen sind Entscheidungen über vollständige, partielle oder fehlende Kostenübernahmen von Einzelleistungen oder Leistungskomplexen durch Kostenträger. Ein solches Vorgehen bietet sich nicht nur für die Diagnostik, son-

dern für alle in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erbrachten präventiven und therapeutischen Leistungen an.

### ***Priorität von Primär- und Sekundärprävention im Vergleich zur Tertiärprävention***

**124.** Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe sollten in Deutschland weiter ausgebaut werden. Besonders in konkreten Projekten erscheinen Verbesserungen realistisch. Dazu zählt z. B. die Sensibilisierung für erhöhte Risiken oraler Erkrankungen durch bestimmte Nahrungs- und Genussmittel oder die Erhöhung der Akzeptanz für Mundhygienehilfsmittel. Entsprechend den Resultaten anderer Länder sollte in Deutschland in den nächsten 5 Jahren der Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz von derzeit ca. 50 % auf über 80 % erhöht werden. Dazu ist unter anderem eine Lockerung der gesetzlichen Restriktionen für den Einsatz von fluoridiertem Speisesalz in der Lebensmittelbranche anzustreben. Außerdem müsste die Salzindustrie bereit sein, Großgebilde mit fluoridiertem Speisesalz abzapacken.

**125.** Da künftig mit einem Anstieg nicht-kariesbedingter Zahnschäden wie Erosionen oder Abrasionen zu rechnen ist und neue Erkenntnisse zu Risikofaktoren oraler Erkrankungen vorliegen, muss die Gesundheitsaufklärung diesen Entwicklungen vermehrt Rechnung tragen.

Als Beispiele werden folgende Themen aufgeführt:

- Erhöhte Risiken für nicht-kariesbedingte Zahnschäden durch Säureerosionen infolge besonderer Ernährungsgewohnheiten (z. B. säurehaltige Nahrungs- und Genussmittel bzw. Getränke);
- erhöhte Risiken für nicht-kariesbedingte Zahnschäden durch Abrasionen infolge jahrelanger aggressiver Mundhygienetechniken;
- erhöhte Risiken für nicht-kariesbedingte Zahnschäden durch Verletzungen/Unfälle;
- erhöhte Risiken für parodontale Erkrankungen durch bestimmte Allgemeinerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus);
- erhöhte Risiken für parodontale Erkrankungen durch bestimmte Genussmittel (z. B. Rauchen).

**126.** Zur Durchsetzung einer breitenwirksamen, flächendeckenden und risikoorientierten Gruppenprophylaxe sollten den betroffenen Institutionen vom Gesetzgeber konkrete

Zielvorgaben gegeben werden, deren Erfüllung anhand jährlicher Rechenschaftsberichte nachzuweisen ist. Entsprechende Initiativen beginnen sich erst auf regionaler Ebene zu etablieren (Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg 1998).

Das vom Gesetzgeber für die Gruppenprophylaxe in den alten Bundesländern ursprünglich vorgesehene jährliche Leistungsvolumen von 200 Millionen muss vordringlich ausgeschöpft werden. Als realistisch erscheint – ausgehend vom derzeitigen Stand von ca. 62 Millionen – eine jährliche Anhebung um 15 - 20 % bis zum Erreichen der vorgesehenen Gesamtaufwendungen von ca. 250 Millionen (neue und alte Bundesländer). Die Zielorientierung der Gruppenprophylaxe muss verbessert werden. Dazu zählt auch eine Neudefinition der durch Gruppenprophylaxe zu erreichenden Zielgruppen (Hahn, B. 1999a und 1999c).

**127.** Eine Koordination der Vorstellungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften (Reich, E. 2000b), Kammern (BZÄK 2000a), Kostenträger (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000) sowie diverser Verbände ist überfällig. Die nach wie vor anhaltenden Auseinandersetzungen über die Ansiedlung bestimmter zahnmedizinischer Leistungen im Bereich der Gruppen- oder Individualprophylaxe müssen baldmöglichst überwunden werden. Dies kann durch wissenschaftliche Evaluationen über den jeweiligen Anteil diverser Interventionen an der Verbesserung der Mundgesundheit unterstützt werden (Band I, Ziffer 161). Dabei muss auch überprüft werden, wie durch gegenseitige Ergänzungen synergistische Effekte erzielt werden können.

Auch wenn ein unmittelbarer Erfolg individualprophylaktischer Maßnahmen nicht immer nachzuweisen ist, sollten sie im Hinblick auf ihr insgesamt gesehen geringes Volumen und ihr im Vergleich zu anderen Interventionen geringes Risikopotential iatrogenen Schäden im Sinne einer langfristigen Investition in die Mundgesundheit in allen Alterstufen (nicht nur bei Kindern und Jugendlichen sondern auch bei Erwachsenen) weiter gefördert werden.

**128.** Anreize für Maßnahmen zur Verhinderung (Primärprophylaxe), aber auch zur Frühbehandlung (Sekundärprophylaxe) oraler Erkrankungen sollten deutlich erhöht werden. Unter Berücksichtigung des jeweiligen Erkrankungsrisikos zählen dazu unter anderem folgende Maßnahmen: Schaffung hygienefähiger Verhältnisse, individuelles Mundhygienetraining, professionelle Zahnreinigung (ggf. mit subgingivalem Scaling), Vermeidung von quantitativen und/oder qualitativen Störungen der Speichelfunktion, chemische Reduktion oralpathogener Keime, einfache Fissurenversiegelung, erweiterte

Fissurenversiegelung bzw. Kombination minimal-invasiver Restaurationen mit Versiegelungen.

**129.** Bei der Primär- und Sekundärprävention müssen zunehmend auch altersspezifische Gesichtspunkte aufgegriffen werden. So liegen im Kindes- und Jugendalter bei der Entwicklung und Ausgestaltung der 1. und 2. Dentition (z. B. besondere Kariesanfälligkeit der Zahnfissuren, Zahnstellungs- und Bisslageanomalien) andere Schwerpunkte vor als bei Erwachsenen, mit ihrem erhöhten Risiko von parodontalen Erkrankungen und Sekundärkaries. Erwachsene jüngeren und mittleren Alters unterscheiden sich wiederum von Senioren, bei denen vermehrt Überlagerungen von oralen Erkrankungen und Allgemeinerkrankungen zu beachten sind und bei denen spezifische Probleme wie z. B. Mundschleimhauterkrankungen, eingeschränkte Speichelfunktion, eingeschränkte Hygienemöglichkeiten oder Freiliegen von Wurzeloberflächen (mit erhöhtem Risiko von Wurzelkaries und parodontalen Furkationsproblemen) im noch vorhandenen Restzahnbestand in den Vordergrund der Betrachtung treten.

Bei der Ausgestaltung von Vorsorgeprogrammen muss neben Altersunterschieden auch anderen Gegebenheiten, z. B. sozialspezifischer Art Rechnung getragen werden. Auch besondere Zielgruppen wie z. B. Schwangere bedürfen einer auf ihre Belange abgestimmten Beratung und Betreuung.

**130.** Neu zu gestaltende Leistungskataloge sollten solchen differenzierten Anforderungen Rechnung tragen. Medizinisch begründete Interventionen der Primär- und Sekundärprävention müssen dabei vermehrt in Leistungskataloge aufgenommen und so bewertet werden, dass sie eine aufwandsgerechte Kalkulation unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten erlauben. Dazu ist es erforderlich, neben einer konkreten Auflistung von Maßnahmen der Primärprävention künftig auch eine konkrete Auflistung von Maßnahmen der Sekundärprävention innerhalb der einzelnen zahnmedizinischen Disziplinen vorzunehmen. Darauf aufbauend sollten konkrete Ziele benannt werden, welchen Umfang künftig Leistungen der Primär- und Sekundärprävention in Relation zu Leistungen der Tertiärprävention haben. Geht man von den jetzigen Relationen aus (ca. 90 % Tertiärprävention, ca. 5 % Sekundärprävention, ca. 5 % Primärprävention), so würde selbst bei einer Verdoppelung von Primär- und Sekundärprävention in den nächsten 5 Jahren für die Tertiärprävention immer noch ein Anteil von ca. 80 % verbleiben.

Durch eine stärkere Umsetzung kombinierter Primär- und Sekundärprävention erscheint es realistisch, dass sich die in Deutschland bisher vor allem bei Schulkindern- und Ju-

gendlichen feststellbare Verbesserung der Mundgesundheit kurz- bis mittelfristig auch bei Erwachsenen in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen spürbar bemerkbar macht (Splieth, C. 1992 u. 1996; Marthaler, T. M. 1999b). Bei Erwachsenen in der Altersgruppe über 35 Jahre können Verbesserungen (vor allem eine deutliche Reduktion der Zahnverluste) aber nur bei einschneidenden Veränderungen erwartet werden. Bleiben weitere Präventionserfolge aus, so wird – allein schon aufgrund der demographischen Entwicklung – bis zum Jahr 2020 sogar mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Zahl fehlender Zähne gerechnet (Kerschbaum, T. et al. 2001).

### ***Priorität substanzschonender Tertiärprävention***

**131.** Die heutigen Möglichkeiten der Erhaltung oraler Strukturen bei bereits eingetretenen Schäden müssen vermehrt genutzt werden. Auch hier müssen die Anreize für entsprechende Eingriffe deutlich erhöht werden. Strukturerhaltende Maßnahmen der Tertiärprävention müssen vermehrt in Leistungskataloge aufgenommen und ebenfalls so bewertet werden, dass sie eine aufwandsgerechte Kalkulation unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten erlauben. Schließlich sind durch Verbesserungen im Qualitätsmanagement (Sinha, M. 1998) positive Impulse zu erwarten.

**132.** Während jüngere Altersgruppen vor allem von den Erfolgen der Primär- und Sekundärprävention profitieren, erlangt bei höheren Altergruppen zunehmend die zahnstrukturerhaltende Tertiärprävention Priorität. Bezüglich der Erhaltung von Zähnen ergibt sich aktuell folgende Situation:

Bei 35- bis 44-Jährigen sind durchschnittlich vier Zähne verloren gegangen, bei 65- bis 74-Jährigen sind es bereits 18 Zähne (jeweils ohne Berücksichtigung der Weisheitszähne) (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999). Dies bedeutet, dass ab einem Alter von ca. 40 Jahren im Durchschnitt alle zwei bis drei Jahre ein Zahn extrahiert wird. Geht man von einer natürlichen Dentition von 28 Zähnen aus, so haben Erwachsene im Mittel noch 24 eigene Zähne, Senioren noch zehn eigene Zähne. Diese Situation wird sich in den nächsten zwei Jahrzehnten nur bei gravierenden Änderungen der Rahmenbedingungen verbessern können (Kerschbaum, T. et al. 2001).

Bezüglich der Wertigkeit von Zahnpaaren werden nach Käyser drei Funktionsniveaus unterschieden: Niveau I (12 Zahnpaare, Zähne 1-6), Niveau II (10 Zahnpaare, Zähne 1-5) und Niveau III (8 Zahnpaare, Zähne 1-4). Diese Einstufung geht vom sog. Prinzip der

verkürzten Zahnreihe aus (Käyser, A. F. 1981; Witter, D. J. et al. 1999). Es besagt, dass die zweiten Molaren für die Funktionsfähigkeit des Gebisses von eher untergeordneter Bedeutung sind und selbst beim Verlust der ersten und zweiten Molaren eine ausreichende Kau- und Sprachfunktion gewährleistet ist. Erst beim Verlust der 2. Prämolaren beginnt die kritische Schwelle für stärkere Funktionseinbußen des stomatognathen Systems. Entsprechend dieser Vorstellungen wird das Niveau I als optimal, das Niveau II als suboptimal und das Niveau III als minimal bezeichnet (Walter, M. 2000).

Ließe man die Art bzw. Wertigkeit der verlorengegangenen Zähne zunächst außer Betracht, so würde dies bedeuten, dass bei Erwachsenen im Mittel noch weitgehend optimale Verhältnisse (24 Zähne) vorliegen, während bei Senioren das suboptimale Niveau (20 Zähne) um zehn Zähne und das minimale Niveau (16 Zähne) um sechs Zähne unterschritten wird.

**133.** Legt man dieses Modell zugrunde, so ergeben sich für die Zukunft folgende Zielsetzungen:

- Erhöhung des mittleren Zahnbestandes bei Senioren um mindestens sechs (besser zehn) Zähne;
- Priorität der Erhaltung aller anterioren vier (besser fünf) Zahnpaare.

Auch wenn inzwischen vielversprechende Ergebnisse zur Stabilität verkürzter Zahnreihen aus Langzeitstudien vorgelegt wurden (Witter, D. J. et al. 2001) sind die Klassifizierungen von Käyser nicht unumstritten. Die daraus entwickelten Modelle bergen einige Fehlerquellen und Gefahren in sich. Die Gefahren bestehen unter anderem darin, dass die Wertigkeit von Molaren, denen – z. B. im Fall verlorengegangener Prämolaren – eine erhebliche strategische Bedeutung für die zahnärztliche Versorgung zukommen kann, unterschätzt wird. Dennoch dürfte es bei der Beschreibung von Gesundheitszielen hilfreich sein, den oben genannten Niveau-Stufen vermehrt Rechnung zu tragen. Während bisherige allgemeine Zielvorgaben (z. B. 50 % der Senioren sollen 20 in Funktion stehende natürliche Zähne aufweisen) bislang kaum als erfüllbar gelten (Künzel, W. 1994), erscheint die Konzentration auf Minimalniveaus (acht in Funktion stehende Zahnpaare) zumindest langfristig eher realistisch.

**134.** Um dieses Ziel zu erreichen, bieten sich neben einer altersspezifischen und risikogerechten Förderung der Primär- und Sekundärprävention im Rahmen der Tertiärprävention unter anderem folgende Lösungswege an:

- Ausbau direkter restaurativer Interventionen (z. T. auch als Alternativen zu laborgefertigten Restaurationen) in quantitativer und qualitativer Hinsicht (Staeble, H. J. 2000a; Roeters, J. J. 2001). Vermehrte Nutzung der Möglichkeiten zahnhartsubstanzschonender Eingriffe durch einen optimierten Einsatz zahnfarbener, adhäsiv verankerter plastisch verarbeitbarer Restaurationsmaterialien. Im Hinblick darauf, dass bei einer Lebenserwartung von weit über 70 Jahren die Zähne der zweiten Dentition über 60 Jahre in der Mundhöhle eines Menschen ihre Funktion erfüllen sollen, ist nicht nur eine Verlängerung der Liegedauer einzelner Restaurationen anzustreben, sondern auch eine maximal mögliche Erhaltung von Zahnhartsubstanz bei jedem restaurativen Eingriff. Dadurch soll gewährleistet werden, dass auch bei ggf. mehrfach erforderlichen Neuanfertigungen von Restaurationen jeweils genügend Zahnschubstanz zur Verankerung zur Verfügung steht.<sup>8</sup>
- Ausbau der Optionen zum Erhalt und der Reparatur bereits vorhandener konservierender und/oder prothetischer Versorgunge mit eingetretenen Mängeln mit dem Ziel einer Einschränkung substanzopfernder ‚Re-Dentistry‘ (Unterbrechung oder zumindest Hinausschiebung der Kaskade ‚Füllung →Krone→Extraktion →Zahnersatz‘) (Kamann, W. K. u. Gängler, P. 2000).

---

8 Klare Zielvorgaben, zum Beispiel zu einer künftig zu erreichenden günstigeren Relation zwischen direkten Füllungen/Restaurationen einerseits und laborgefertigten Werkstücken (Inlays, Überkronungen) andererseits, sind derzeit kaum möglich. Insofern ist auch nicht abschätzbar, ob sich die in den letzten 15 Jahren zu beobachtende Zunahme von Überkronungen um fast 30 % und die Abnahme von Füllungen um fast 15 % (KZBV 1999; Saekel, R. 2000) mittelfristig weiter fortsetzen wird. Überkronungen sind zwar mit einem erheblichen Zahnhartsubstanzverlust und hohen Kosten verbunden, dennoch gelten sie als besonders praxisbewährte und langlebige Versorgungsformen (Kerschbaum, T. 2000). Sie haben in der Vergangenheit zweifellos zu einer stabilen zahnärztlich-restaurativen Versorgung der Bevölkerung in hohem Maß beigetragen und werden auch in Zukunft in sehr vielen klinischen Situationen als zahnärztlich-restaurative Behandlungsmittel der ersten Wahl zu betrachten sein. Bei direkten Versorgungsformen ist die Datenlage bislang noch deutlich schlechter (Staeble, H. J. 1999). Ihren Vorteilen (Schonung von Zahnhartsubstanzen, kostengünstiger als laborgefertigte Restaurationen usw.) stehen einige Nachteile (derzeit weniger Langzeiterfahrung, schwierige, zeitintensive Verarbeitung usw.) gegenüber. Neuere Studien über die Langlebigkeit von direkten Kompositrestaurationen sind aber durchaus vielversprechend (Gängler, P. et al. 2001). Es wird erwartet, dass bei einer weiteren Durchsetzung des Präventionsgedankens der Anteil direkter Versorgungsformen deutlich steigen wird (Marthaler, T. M. 1999b). Es wird bezweifelt, ob sich unter den derzeit ungünstigen GKV-Bedingungen bei direkten Restaurationen (wie bei zahlreichen anderen zahnärztlichen Leistungen auch) die erforderlichen Qualitätsstandards erfüllen lassen (Zeppenfeld, W. 2000). Dies ist insofern von besonderer Relevanz, als in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder hervorgehoben wird, dass der Langzeiterfolg zahnärztlicher Restaurationen nicht nur von den jeweils verwendeten Materialien und Techniken, sondern in großem Ausmaß auch von deren verarbeitungsgerechtem Einsatz abhängig ist (Hickel, R. u. Manhart, J. 2001; Jedyakiewicz, N. M. u. Martin, N. 2001). Aufgrund der Verarbeitungssensitivität ist deshalb besonders bei der zahnärztlichen Versorgung mit Kompositen von hohen Qualitätsunterschieden auszugehen, die nicht nur durch fachliche Gegebenheiten, sondern durch äußere Vorgaben verursacht sind.

- Ausbau endodontischer Interventionen in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
- Ausbau parodontaler Interventionen in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
- Ausbau strukturerhaltender prothetischer Interventionen (z. B. Adhäsivprothetik, ggf. unter Berücksichtigung des Prinzips der verkürzten Zahnreihe) in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

**135.** Durch eine vermehrte Nutzung zahnerhaltender Interventionen im Allgemeinen (z. B. verbesserte Ausschöpfung endodontischer und parodontaler Interventionen zur Vermeidung von Zahnverlust) und zahnschutzerhaltender Interventionen im Speziellen (z. B. vermehrter Einsatz der Adhäsivtechnik in der konservierenden und prothetischen Zahnheilkunde) erscheint unter Beachtung der unterschiedlichen strategischen Wertigkeit einzelner Zähne sowie durch ein Überdenken klassischer Behandlungsprinzipien (z. B. Belassen von Zahnlücken bei funktionell stabilen und ästhetisch nicht beeinträchtigenden Situationen, Steigerung der Akzeptanz verkürzter Zahnreihen, Lückenschluss bzw. -verkleinerung durch Verbreiterung von Nachbarzähnen im Sinne restaurativer Formkorrekturen) langfristig eine Verbesserung des Mundgesundheitszustandes von Senioren erzielbar. Dazu ist es erforderlich, die Betreuungsstrategien für jene Menschen, die sich jetzt im mittleren Lebensalter befinden, baldmöglichst zu verbessern (Künzel, W. 1994 und 1999; Marthaler, T. M. 2000).

**136.** Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung ergibt sich somit bei einer konsequenten Umsetzung aller Präventionsebenen zusammenfassend folgende Einschätzung:

- Schulkinder und Jugendliche bis 12 Jahre: Deutliche Erfolge in der Verbesserung der Mundgesundheit sind bereits eingetreten.
- Ältere Jugendliche und junge Erwachsene: Weitere Erfolge in der Verbesserung der Mundgesundheit/Erhaltung oraler Strukturen treten bereits ein bzw. erscheinen kurz- bis mittelfristig realisierbar.
- Erwachsene: Weitere Erfolge in der Verbesserung der Mundgesundheit/Erhaltung oraler Strukturen erscheinen mittel- bis langfristig realisierbar.
- Senioren: Weitere Erfolge in der Verbesserung der Mundgesundheit/Erhaltung oraler Strukturen erscheinen langfristig realisierbar.



### *Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes*

**137.** Die individuelle Beratung eines Patienten durch den Zahnarzt seiner freien Wahl dürfte auch in Zukunft im Vordergrund stehen. Dennoch ist davon auszugehen, dass äußere Einwirkungen und Informationen von dritter Seite einen immer stärkeren Einfluss auf Entscheidungsprozesse nehmen werden. Aufgrund des hohen Informationsbedürfnisses der Bevölkerung ist die Schaffung zahnärztlicher Patientenberatungsstellen deshalb ein vordringliches Anliegen. Dabei muss zum einen eine hohe fachliche Qualifikation vorliegen, zum anderen ist die Unabhängigkeit und Neutralität sicherzustellen.

Die Aufgaben von Patientenberatungsstellen umfassen unter anderem folgende Gebiete:

- Hilfestellung beim Aufsuchen von Zahnärzten mit besonderen Qualifikationsprofilen. Der Patient sollte wissen, welche besonderen Qualifikationen der Zahnarzt hat, den er mit einem speziellen Anliegen aufsucht. Im Fall unterschiedlicher Qualifikationsstufen (z. B. Fortbildung oder Weiterbildung/Spezialisierung) müssen für den Patienten klare Unterscheidungsmöglichkeiten vorhanden sein.
- Hilfestellung bei offenen Fragen über geplante Behandlungen bzw. Behandlungsalternativen.
- Hilfestellung bei eingetretenen Problemen nach erfolgten zahnärztlichen Eingriffen.

**138.** Voraussetzung für die vielbeschworene ‚Mündigkeit‘ von Patienten ist es, dass sie in die Lage versetzt werden, ihre Selbsteinschätzung über die Angemessenheit geplanter oder durchgeführter Maßnahmen zu verbessern. Die vorhandenen Institutionen einschließlich der Einrichtungen von Zahnärzteschaft, Kostenträgern und öffentlichem Gesundheitsdienst sollten veranlasst werden, konsensfähige Standards in der Beratung zu entwickeln und umzusetzen. Die Beschreibung von Beurteilungskriterien muss auch darlegen, in welchen Fällen eine Beratung nach Aktenlage (evtl. unter Vorlage von Röntgenbildern und Modellen) und in welchen Fällen eine persönliche zahnärztliche Befragung und körperliche Untersuchung eines Patienten erforderlich ist. Dabei sollten wissenschaftliche Fachgesellschaften und Universitäten in wesentlich größerem Umfang als bisher in die Meinungsbildung einbezogen werden. Dies setzt allerdings voraus, dass diese sich mit derartigen Fragestellungen vermehrt auseinandersetzen und sich für solche Aufgaben öffnen.

**139.** Patientenberatungen durch Dritte sollen nicht das Arzt-Patient-Verhältnis stören. Es muss deshalb dafür Sorge getragen werden, dass bei individuellen Beratungen über geplante und/oder bereits erfolgte Interventionen der jeweils behandelnde Zahnarzt ein-

bezogen wird. Ein Behandlungserfolg bzw. eine Schadensbegrenzung bei aufgetretenen Problemen ist letztlich nur dann zu erwarten, wenn alle Beteiligten in den Entscheidungsprozess integriert werden. Durch Kooperationsmodelle in Form von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, öffentlichem Gesundheitsdienst und ggf. weiteren Institutionen (Niekusch, U. u. Wagner, C. 2000) könnte die bisherige ‚Konkurrenz‘ unterschiedlicher Institutionen der Patientenberatung, die ein negatives Licht auf ihre unabdingbare Neutralität wirft, überwunden werden. Allerdings ist die Einrichtung solcher Institutionen mit weiteren Kosten verbunden.

**140.** Um die Entscheidung für oder gegen bestimmte Formen der Patientenberatung auf eine sicherere Grundlage zu stellen, sollten in begleitenden Modellprojekten die Ergebnisse unterschiedlicher Institutionen (z. B. Beratung durch Kammer allein, Beratung durch Kostenträger allein, Beratung durch entsprechende Landesarbeitsgemeinschaften) überprüft und miteinander verglichen werden. Bei einer solchen Evaluierung können auch Kosten-/Nutzen-Relationen bestimmt werden.

### ***Einschränkung von Nachfragemanipulationen***

**141.** Ökonomisch und/oder ideologisch motivierte Nachfragemanipulationen, die ein Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung fördern, müssen in der Bevölkerung mehr als bisher transparent gemacht werden. Auch hier ließe sich die Glaubwürdigkeit erhöhen, wenn anstelle des isolierten Auftretens einzelner Personen oder Interessengruppen gemeinsame Aktivitäten von jeweils relevanten Institutionen unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen stattfänden und durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit bekannt gemacht werden.

Eine Verbesserung des Kenntnisstandes der Bevölkerung über aktuelle Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung oraler Erkrankungen ist zwar sehr zu begrüßen. Bei der zunehmenden Verbreitung von Informationsmaterial in der Öffentlichkeit (Zeitschriftenartikel, Patientenbücher, Internet usw.) muss allerdings vermehrt darauf geachtet werden, dass Aktivitäten, die vornehmlich der Durchsetzung ökonomischer Einzelinteressen dienen, nicht Überhand gewinnen. Vor allem Institutionen, die für sich eine gewisse Objektivität in Anspruch nehmen (z. B. Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Vereinigungen) sollten ihre Patienteninformationen vermehrt mit wissen-

schaftlichen Fachgesellschaften abstimmen, um fachliche Fehler und wissenschaftlich nicht begründbare Meinungsmanipulationen in Grenzen zu halten.

### ***Bedarfsgerechtes Angebot von qualifizierten Zahnärzten und Prophylaxepersonal***

**142.** Diskussionen über die künftige Qualifikation des zahnärztlichen Berufsstandes werden nicht selten von Gruppeninteressen geprägt. Dies trifft sowohl für die Zeit während der Ausbildung als auch die Zeit nach dem Erhalt der zahnärztlichen Berufserlaubnis zu. Einer Neuregelung der beruflichen Ausbildung stehen vor allem Befürchtungen über Kräfteverschiebungen innerhalb einzelner Fachdisziplinen im Wege. Bei der Frage von Weiterqualifikationen nach der Ausbildung werden vorwiegend ökonomische Umschichtungen (verändertes Inanspruchnahmeverhalten von Patienten, Einkaufsmodelle von Kostenträgern usw.) als Gefahren für den Zahnärztestand betrachtet. Die Frage, wie sich Veränderungen der beruflichen Qualifikation auf die Mundgesundheit der Bevölkerung auswirken, wird hingegen weniger thematisiert.

**143.** Eine langfristige Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland muss bei der Schaffung günstigerer Arbeitsbedingungen für die Universitäts-Zahn-, Mund- und Kieferkliniken in Forschung, Lehre und Patientenversorgung ansetzen. Der Handlungsspielraum dieser Einrichtungen wird in Deutschland – im Vergleich zu anderen Ländern – seit Jahren sehr stark eingeschränkt (Reich, E. 2001b). Bei knappen Personal-, Sach- und Investitionsmitteln kommt es in der extrem personalintensiven zahnmedizinischen Lehre bei restriktiven Anwendungen von Kapazitätsverordnungen zu Überlastungen, die unter anderem die Erfüllung anderer Aufgaben (z. B. im Forschungsbereich) stark einschränken. Verschärft wird diese Situation durch die Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung besonderer Patientengruppen (z. B. behinderte oder schwer erkrankte Patienten), die in Zahnarztpraxen oftmals nicht betreut werden können. Die beruflichen Perspektiven für den zahnmedizinischen Hochschullehrernachwuchs sind derzeit als schlecht anzusehen. Dies spitzt die prekäre Situation der Universitätskliniken noch weiter zu.

**144.** Daraus resultiert die Empfehlung, die Rahmenbedingungen der Zahn-, Mund- und Kieferkliniken für die Erfüllung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben deutlich zu verbessern. Eine maßvolle Reduzierung der Ausbildungskapazitäten darf nicht mit einem weiteren Personalabbau einhergehen, sondern muss für eine Qualitätssteigerung der Ausbildung (z. B. neue Unterrichtsformen, günstigere Betreuungsrelationen für

Auszubildende) genutzt werden. Ein besonderer Versorgungsauftrag, der bislang nur der MKG-Chirurgie zugestanden wurde, sollte auch den übrigen zahnmedizinischen Disziplinen übertragen werden. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen an Universitätskliniken sollte mit einer baldigen Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung einhergehen.

**145.** Die Reform des Zahnmedizinstudiums muss insbesondere zwei Aspekten Rechnung tragen:

- Es muss eine Abkehr von vorwiegend mechanisch-technisch orientierten Ausbildungsinhalten hin zu präventionsorientierten, medizinisch-biologischen Ausbildungsinhalten stattfinden. Dies muss bereits von Anfang des Studiums an erfolgen. Aus diesem Grund muss z. B. der bisherige Automatismus: Vorklinik = Zahnersatzkunde baldmöglichst überwunden werden (Lehmann, K. M. u. Stachniss, V. 2000). Weiterhin muss die Kompetenz des Zahnarztes in psycho-sozialen und kommunikativen Fachgebieten verstärkt werden („sprechende Zahnmedizin“) (Demmel, H.-J. 2000; Strippel, H. 1999). Die anstehenden Veränderungen (erhöhte Ansprüche an Diagnostik, Ausbau von Primär- und Sekundärprävention, Ausbau strukturerhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention usw.) müssen sich auch in einer neuen Approbationsordnung wiederfinden.
- Die bisher vorherrschende Ausrichtung der Ausbildung auf individuelle, patientenbezogene Fragestellungen sollte auf bevölkerungsbezogene Probleme erweitert werden. Epidemiologische, gesundheits- und sozialwissenschaftliche Fragestellungen, Aspekte von Dental Public Health, Qualitätsmanagement, zahnmedizinische Bedarfsforschung, evidenzbasierte Zahnmedizin usw. sollten dem angehenden Zahnarzt den Blick für die vielfältigen Faktoren, die die Mundgesundheit der Bevölkerung beeinflussen, frühzeitig öffnen. Dabei bietet sich nicht nur eine theoretische Ausbildung durch Vermittlung entsprechender fächerübergreifender Unterrichtsinhalte an, sondern auch eine praktische Ausbildung durch semester- bzw. studienabschnittübergreifende Ableistungen von obligaten Praktika in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Kindergärten, Schulen und Behindertenstätten bis hin zu Alters- und Pflegeheimen. Diese Praktika sollten möglichst während der gesamten Studiendauer verlaufen, um die Studierenden nicht nur mit ad-hoc-Situationen zu konfrontieren, sondern ihnen auch die Chance von Verlaufsbeobachtungen zu geben.

**146.** Neben einer Aktualisierung der Ausbildung von angehenden Zahnärzten, die ihr Studium zum größten Teil in Deutschland bzw. in Ländern mit analogem Ausbildungsniveau absolvieren, muss auch dem Zuzug von Zahnärzten aus Regionen außerhalb der Europäischen Union mit zum Teil deutlich geringeren Fachkenntnissen Rechnung getragen werden. Für diesen Personenkreis sollte anstelle ungeprüfter ‚Anpassungstätigkeiten‘ in Zahnarztpraxen die Einführung eines definierten Anpassungsstudiums (mit einer Dauer von etwa 2 Jahren) erwogen werden.

**147.** Zur Weiterqualifikation nach dem Studium sollten vermehrt strukturierte Fortbildungen und Spezialisierungsmöglichkeiten angeboten werden. Durch diese können Zahnärzte auf bestimmten, wissenschaftlich anerkannten Gebieten Zusatzkenntnisse erwerben und in der Praxis umsetzen, ohne auf das Gesamtspektrum der Zahnmedizin in Form der sogenannten Generalistentätigkeit zu verzichten. Die Gebiete der strukturierten Fortbildung sollten hinsichtlich der Beschreibung ihres Umfangs und ihrer Einzelinhalte unter Einbeziehung von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Universitäten bundesweit kontinuierlich koordiniert werden.

**148.** Für besondere zahnmedizinische Fragestellungen sollten neben bisherigen Weiterbildungsformen (Kieferorthopädie, Oralchirurgie, öffentliches Gesundheitswesen, Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie) auch in weiteren Disziplinen Spezialisten zur Verfügung stehen (Löst, C. 1999 und 2000). Dadurch werden unter anderem folgende Verbesserungen erwartet (Heidemann, D. u. Staehle, H. J. 2001):

- Das Fachwissen innerhalb der Spezialgebiete wird systematisch erweitert.
- Die Stellung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im internationalen Vergleich wird verbessert.
- Es entstehen neue Impulse in Forschung, Lehre und Patientenversorgung.
- Patienten mit besonderen Erkrankungen können eine bessere Versorgung erwarten und leichter entsprechende Experten finden.
- Das Gutachterwesen kann durch entsprechend ausgewiesene Experten profitieren.
- Es ergeben sich neue berufliche Perspektiven für den zahnärztlichen Nachwuchs an Universitäten und anderen Institutionen.

Die Ausbildung solcher Spezialisten sollte auf besonders hohem Niveau nach Durchlaufen mehrjähriger Ausbildungsprogramme an Universitäten erfolgen. Dabei sollte unter anderem überprüft werden, ob die in anderen Ländern seit langem erfolgreich etablier-

ten universitären Postgraduate-Programme auch in Deutschland realisiert werden können. Eventuell wären dabei zusätzliche akademische Grade für Zahnärzte (z. B. ‚Master of ...‘) einzuführen.

**149.** Über die Zahl benötigter Spezialisten in Deutschland liegen keine genauen Angaben vor. In den USA wurden im Jahr 1995 für ca. 40.000 bzw. 65.000 Einwohner jeweils ein Spezialist für Parodontologie angegeben (Waldman, H. B. 1998; AAP 1997). Je nach Region wurden Schwankungen zwischen ca. 30.000 und 80.000 Einwohnern registriert (Waldman, H. B. 1995). Umgerechnet auf Deutschland würde dies einer Zahl von ca. 1.300 benötigten Parodontologen entsprechen. Für den Bereich der Kinderzahnheilkunde wird internationalen Erhebungen zufolge der Bedarf an Kinderzahnärzten auf 1:20.000 Kinder geschätzt. Dies würde für Deutschland eine Zahl von ca. 500 Kinderzahnärzten bedeuten (Pieper, K. 1999).

**150.** Geht man von Disziplinen der Zahnerhaltung mit Schwerpunkten in Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie, präventiver Zahnheilkunde und restaurativer Zahnheilkunde aus, dürfte eine sehr geringe Zahl von Spezialisten pro Schwerpunkt ausreichen, um den vorhandenen Bedarf zu decken. Rechnet man noch Spezialisten aus weiteren Disziplinen, z. B. der Prothetik hinzu, so wird deutlich, dass die Zahl von benötigten Spezialisten nur einen Bruchteil der gesamten Zahnärzteschaft (mit insgesamt über 50.000 Zahnärzten) umfasst.

**151.** Berücksichtigt man die eng begrenzten Ausbildungskapazitäten von Universitäten für Spezialisierungen, so ist nicht zu befürchten, dass eine zu große Zahl von Spezialisten ausgebildet werden könnte. Eine kleine, hochqualifizierte Gruppe von zusätzlich weitergebildeten bzw. spezialisierten Zahnärzten würde aber zu einer Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung beitragen und vermutlich in der Praxis auf eine hohe Nachfrage stoßen. Aufgrund ihres geringen Volumens würde dies aber keine gravierenden finanziellen Umschichtungen zur Folge haben.

**152.** Bei der Weiterqualifikation von Zahnärzten nach Absolvierung des Studiums sind somit zwei parallel ablaufende Richtungen anzustreben: eine große Zahl von Zahnärzten sollte eine strukturierte Fortbildung durchlaufen, während für eine Spezialisierung eine kleine Zahl von Zahnärzten ausreicht. Dabei müssen Regelungen getroffen werden, die sicherstellen, dass weitergebildete und spezialisierte Zahnärzte ihre besondere Expertise in eindeutiger Unterscheidung zu strukturiert fortgebildeten Zahnärzten ausweisen können.

**153.** Parallel zur Einführung strukturierter Fortbildungen und Spezialisierungen sollten deren Effekte auf die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung überprüft werden. Erhebungen in den USA haben beispielsweise für den Bereich der Parodontologie gezeigt, dass Parodontalbehandlungen, die von spezialisierten Parodontologen entweder selbst ausgeführt oder unmittelbar überwacht wurden, eine besonders hohe Erfolgsrate aufweisen (Hujoel, P. P. et al. 2000). Unter Berücksichtigung solcher Erfahrungen aus anderen Ländern sollten in Deutschland kontinuierlich Daten akquiriert werden, die Aussagen über den Nutzen von Weiterqualifikationen in der Versorgungsrealität zulassen.

**154.** Analog zur zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sind auch in einer systematischen und flächendeckenden Weiterqualifikation der zahnärztlichen Assistenzberufe noch große Anstrengungen erforderlich. Die Zahl von Prophylaxepersonal, das einen bedeutenden Teil von präventiven Leistungen unter entsprechender zahnärztlicher Supervision erbringen könnte, muss um ein Vielfaches angehoben werden (Neumann, T. 1996). Es sollten baldmöglichst konkrete Ziele über die im internationalen Vergleich erforderliche Anzahl von abgestuft-weiterqualifiziertem Prophylaxepersonal formuliert werden. Auf dieser Grundlage kann eruiert werden, wieviel Zeit beansprucht wird, um unter den vorhandenen Ausbildungskapazitäten den Bedarf zu erfüllen beziehungsweise in welchem Ausmaß die Ausbildungskapazitäten gegebenenfalls zu erweitern sind, um in einem angemessenen Zeitraum das erforderliche Angebot sicherzustellen.

#### **14.2.4 Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen**

**155.** Die in der zahnärztlichen Versorgung auftretenden Qualitätsmängel sind nicht in erster Linie von der Zahnärzteschaft selbst zu verantworten sondern haben zu einem großen Anteil weitere Ursachen, die von Zahnärzten bzw. deren Standesvertretungen bislang nur bedingt zu beeinflussen waren. Einige Beispiele zu den in den vorangegangenen Kapiteln aufgeführten Problembereichen werden in Tabelle 2 zusammengefasst. Es werden konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen genannt. Bei letzteren ist in Teilaspekten ggf. ein zusätzlicher Zeitbedarf für Modellversuchsregelungen einzubeziehen. Die Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen (Endodontologie, Parodontologie, Präventive Zahnheilkunde, Restaurative Zahnheilkunde usw.) setzt entsprechend neue Vertragsregelungen in allen Sparten der Zahnmedizin voraus. Es ist zu prüfen, inwieweit zur Umsetzung der aufgeführten Zielsetzungen gesetzliche Vorschriften anzupassen sind (Lockerung gesetzlicher Restriktionen für den Einsatz fluoridierten Speisesalzes in der Lebensmittelbranche; Anpassung datenschutzrechtli-

cher Voraussetzungen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung von Daten zur Mundgesundheit bzw. zahnärztlichen Versorgung, Zulassung von Modellklauseln usw.). Durch eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung ist zu überprüfen, ob bzw. in welchem Ausmaß die Zielsetzungen realisiert wurden.

Die Verbesserung von Rahmenbedingungen bezieht sich sowohl auf die zahnmedizinische Seite (verbesserte fachliche Qualifikation, verbesserte Leistungskataloge ohne Schief lagen zugunsten einzelner Interventionen usw.) wie auch die Patientenseite (Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins, verbesserte Information, Beratung und Aufklärung, verbesserter Verbraucherschutz usw.).

**156.** Um diesem Ziel näher zu kommen, wird ein schrittweises Vorgehen vorgeschlagen. Zunächst müssen alle zugänglichen Daten gesichtet und ausgewertet werden (z. B. Analyse von publizierten epidemiologischen Untersuchungsergebnissen und Abrechnungsstatistiken). In einem zweiten Schritt müssen regelmäßig gesammelte Daten (z. B. detaillierte KZV-Erhebungen) unter Sicherung des Datenschutzes zugänglich gemacht und analysiert werden. Wenn dies erfolgt ist, kann entschieden werden, ob und auf welchen Gebieten eine zusätzliche Datenakquisition angebracht ist (z. B. in Form stichprobenartiger Qualitätserhebungen). Daraus ergibt sich folgende Vorgehensweise:

- Auswertung vorhandener und zugänglicher Daten;
- Zugänglichmachung vorhandener Daten und deren Analyse;
- Feststellung von Datendefiziten. Bei begründetem Bedarf: Erhebung neuer Daten.

**157.** Ungeachtet der vorhandenen Positionsunterschiede bei der Vertretung von Einzelinteressen dürfte kein Zweifel daran bestehen, dass eine Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung in der Bevölkerung nicht nur durch eine Weiterentwicklung des rein fachbezogenen zahnmedizinischen Kenntnistan des sondern auch durch eine vermehrte Einbeziehung von Elementen des Qualitätsmanagements zu erwarten ist.

Letztlich geht es darum, zahnmedizinische Qualität transparent zu machen und Anstrengungen für Qualitätsverbesserungen zu belohnen. Dazu könnten unter anderem entsprechende Anreizsysteme dienen, die sowohl von Patientenseite als auch von Zahnarztseite das Interesse an einer langfristigen Erhaltung oraler Strukturen fördern. Da die bisherigen Aktivitäten der Sozialgesetzgebung (einschließlich der Etablierung der bestehenden Gebührenordnungen) noch nicht im wünschenswerten Umfang dazu beigetragen haben, dieses Ziel zu erreichen, werden zur Zeit weitere Strategien erörtert, wobei Zahnärzteschaft und Kostenträger allerdings sehr unterschiedliche Prioritäten setzen.



**Tabelle 2: Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung**

<b>Problemkreise</b>	<b>Beispiele für konkrete Maßnahmen</b>	<b>Geschätzter Zeitbedarf</b>
Ausbau zahnärztlicher Diagnostik/Planung/Beratung	Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Weniger als 2 J. 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. 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. 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 ca. 5 %), Sekundärprävention (derzeit ca. 5 %) und Tertiärprävention (derzeit ca. 90 %) Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Innerhalb der nächsten 2 J.  Beginn sofort möglich  Innerhalb der nächsten 5 J.  Weniger als 2 J.; Verdoppelung des Leistungsanteils von Primär- und Sekundärprävention innerhalb der nächsten 5 J.  Innerhalb der nächsten 5 J.
Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes	Etablierung von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, öffentlichem Gesundheitsdienst und ggf. weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Einschränkung von Nachfragemanipulationen	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 Umsetzung von Spezialisierungsprogrammen	Prinzipiell kurzfristig möglich; wird von verschiedenen Seiten, u. a. von den Bundesländern, seit Jahren blockiert  Innerhalb der nächsten 3 J. Innerhalb der nächsten 5 J.

Quelle: Eigene Darstellung

**158.** Neben einer Verbesserung der Qualifikation von Zahnärzten und zahnärztlichem Assistenzpersonal wird unter anderem die Überprüfung der Frage als vorrangig angesehen, ob unter den gegenwärtigen Kassen- und Beihilfebedingungen – auch bei Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven in der Versorgung – eine ‚*State-of-Art*‘-Zahnmedizin betriebswirtschaftlich realisiert werden kann. Vergleichende Erhebungen über zahnärztliche Gebührenkataloge in Europa ergaben für die Bundesrepublik zum Teil günstigere, zum Teil aber auch wesentlich ungünstigere Bedingungen als in anderen Ländern (Kaufhold, R. et al. 2001). Da in der Vergangenheit von verschiedener Seite das Vorliegen einer adäquaten Honorierung zahnärztlicher Leistungen mit plausiblen Argumenten immer wieder bestritten wurde, werden derzeit sowohl von Zahnärzteschaft als auch von Kostenträgern Aufwands-Studien mit unterschiedlichen Ansätzen durchgeführt (pr/pm 2001). Dabei könnte auch die Einrichtung von Modellpraxen helfen, die unter allgemein akzeptierten Bedingungen und wissenschaftlicher Supervision kontinuierlich Aufwandsmessungen vornehmen. Da eine betriebswirtschaftlich stimmige Honorierung zahnärztlicher Leistungen nicht automatisch zu einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung führt, müssten solche Ansätze durch die zügige Umsetzung der in §§ 135a und 136b SGB V vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergänzt werden.

**159.** Hierbei ist an erster Stelle eine verbesserte Begründung und Dokumentation zahnärztlicher Leistungen zu nennen. Zunächst sollten vornehmlich solche hoch-invasiven Interventionen ins Auge gefasst werden, die den Gebisszustand eines Patienten stark beeinflussen (z. B. Zahnextraktionen, Überkronungen). Wenn beispielsweise künftig die Abrechenbarkeit einer Zahnextraktion von einer konkreten Begründung abhängig gemacht wird (z. B. Nichterhaltungswürdigkeit eines Zahnes aus endodontischen, parodontalen, restaurativen oder sonstigen Gründen), dürfte dies – allein schon im Hinblick auf zu erwartende Plausibilitätsprüfungen – einen deutlichen Einfluss auf die jeweilige zahnärztliche Entscheidungsfindung ausüben.

**160.** Eine weitere, allerdings aufwändigere Form der Leistungsbegründung ist die Weiterentwicklung von Vorbegutachtungen, die – z. B. im Bereich der Zahnärztlichen Prothetik oder der Parodontologie – bereits in der Vergangenheit erhebliche Effekte bewirkt haben. Auch die Frage von Gewährleistungen ist in diesem Zusammenhang neu zu erörtern.

**161.** Konkrete Beschreibungen von zahnärztlichen Interventionen und Behandlungsabläufen, die als ‚*good practice*‘ oder ‚*best practice*‘ (Perleth, M. et al. 2000) zu be-

trachten sind wie auch die Nennung von Leistungen, die als ungerechtfertigt erachtet werden, können bei der Umsetzung dieser Ziele ebenfalls hilfreich sein. Dazu ist unter anderem die Etablierung regelmäßig tagender Konsensusgruppen in den verschiedenen zahnmedizinischen Fachdisziplinen anzustreben, die in einem ersten Schritt die Beschreibung eines konkreten Katalogs der Extremfälle von Unter-, Fehl- und Überversorgung vornehmen. Eine umfassende Formulierung wissenschaftlich fundierter Leitlinien gilt allerdings in der Zahnmedizin kurzfristig als kaum realisierbar (Wagner, W. 2000).

**162.** Weitere Verbesserungsansätze lassen sich – allerdings mit Einschränkung (Staehele, H. J. 1996a) – möglicherweise durch neue Bonus-/Malusregelungen erzielen. Schließlich wird – wenn auch nicht eindeutig belegt – durch eine differenziertere finanzielle Eigenbeteiligung zahnärztlicher Leistungen durch die Patientenseite eine Erhöhung der Selbstvorsorge sowie eine Steigerung des Erfolgsanspruchs an den Zahnarzt postuliert.

**163.** Die derzeit in der Zahnmedizin diskutierten Einzelmaßnahmen zur Förderung des Qualitätsmanagements lassen sich damit wie folgt zusammenfassen:

- Erhöhung der Qualifikation von Zahnärzten und zahnärztlichem Assistenzpersonal;
- Sicherstellung betriebswirtschaftlich kalkulierbarer Honorierungen zahnärztlicher Leistungen, Beseitigung ökonomischer Schieflagen vorhandener Leistungskataloge;
- Einführung obligater Begründungen für bestimmte Leistungen als Voraussetzung für deren Abrechenbarkeit;
- Definition aktueller Behandlungsstandards auf der Grundlage regelmäßiger Konsensuskonferenzen in allen Disziplinen der Zahnmedizin;
- Weiterentwicklung von Vorbegutachtungen;
- Weiterentwicklung von Gewährleistungen;
- Weiterentwicklung von Bonus-Malus-Systemen;
- Einführung differenzierter Eigenbeteiligungen von Patienten (Erhöhung von Selbstvorsorge, Steigerung des Erfolgsanspruchs an den Zahnarzt).

**164.** Es wird empfohlen, die zahnmedizinische Versorgungsforschung deutlich auszubauen und unter Benennung von Gesundheitszielen auch Effekte der oben genannten Einzelelemente auf die Versorgungsrealität zu berücksichtigen. Neben dem bisher zur Verfügung stehenden Datenmaterial können stichprobenartige Qualitätserfassungen in

anonymisierter Form dazu beitragen, Versorgungsprobleme aufzudecken. Um den Datenzugang zu verbessern und gleichzeitig den Erfordernissen des individuellen Datenschutzes Rechnung zu tragen, müssen dabei ggf. datenschutzrechtliche Bestimmungen angepasst werden. Systematische Auswertungen der Ergebnisse von Qualitätserfassungen und deren Publikation in der zahnärztlichen und breiten Öffentlichkeit können unter anderem als Grundlage für die Optimierung von zahnärztlichem Qualitätsmanagement, Fortbildung und Aufklärung der Bevölkerung herangezogen werden. Die Förderungsmöglichkeiten des SGB V bzw. der Ressortforschung von Bundesministerien sollten vermehrt auch für Projekte aus der Zahnmedizin genutzt werden.

### ***Exkurs: Endodontologie***

Im Folgenden wird aufgezeigt, auf welchen verschiedenen Ebenen die zahnmedizinische Versorgungsqualität beeinflusst wird. Von den diversen hier interessierenden Bereichen (Zustand von Zahnhartsubstanzen, Endodont, Parodont, Funktion, restaurative Versorgung usw.) wurde als konkretes Beispiel die Endodontologie ausgewählt. Die Endodontologie ist neben der Parodontologie und der restaurativen Zahnheilkunde eine der Schlüsseldisziplinen innerhalb der Tertiärprävention, wenn es um die Frage „Zahnerhalt oder Zahnverlust“ geht. Im Hinblick darauf, dass in den letzten 14 Jahren bei Menschen mittleren Alters (35- bis 44-Jährige) kein Rückgang des Zahnverlustes erreicht werden konnte (Kerschbaum, T. et al. 2001), kommt dem Ausbau der Endodontologie eine sehr große klinische Relevanz zu. Im einzelnen lässt sich dies wie folgt begründen:

- Endodontische Erkrankungen sind in Deutschland verbreitet und treten in allen Altersstufen auf.
- Bestimmte endodontische Erkrankungen (z. B. irreversible Pulpopathien) können für die Betroffenen mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Wohlbefindens (z. B. sehr starken Schmerzen) einhergehen.
- Endodontische Erkrankungen (z. B. infizierte Pulpanekrosen) können zu akuten und chronischen Entzündungsreaktionen führen, die eine über die Zahngesundheit hinausgehende allgemeinmedizinische Bedeutung aufweisen.
- Aufwendungen für endodontische Maßnahmen sind zwar groß, im Hinblick auf ihren Stellenwert innerhalb der Zahnmedizin aber berechtigt (siehe unten).
- Endodontische Eingriffe haben bei korrekter Durchführung eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit.
- Unterlassene endodontische Eingriffe oder Fehlschläge endodontischer Behandlungen können zum Zahnverlust mit einer damit verbundenen Einschränkung der Lebensqualität bzw. erheblichen Folgekosten durch die Herstellung von implantologischem bzw. prothetischem Zahnersatz führen. Die korrekte Behandlung endodontischer Erkrankungen ist somit auch aus ökonomischer Sicht von sehr großer Bedeutung. Dadurch wird ihr Aufwand (siehe oben) auch unter diesem Blickwinkel gerechtfertigt.
- Etablierte endodontische Maßnahmen bringen kein unverträglich hohes Risiko mit sich.
- Endodontische Leistungen können hinsichtlich ihrer Wirksamkeit vergleichsweise gut überprüft werden.

Die Zahl endodontischer Interventionen in Form von Wurzelkanalbehandlungen ist in Deutschland in den letzten 15-20 Jahren mit einem Zuwachs von über 80 % drastisch angestiegen (KZBV 1999 u. 2000). 1999 wurden allein über die GKV fast 8 Millionen Wurzelkanalfüllungen abgerechnet.

In einigen Ländern konnte gezeigt werden, dass die endodontische Versorgungsqualität der Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich gesteigert wurde (Eriksen, H. M. et al. 1995). Ein solcher Nachweis steht für Deutschland noch aus. Jüngere Studien aus Deutschland haben ergeben, dass die Qualität der endodontischen Versorgung nach wie vor mit gravierenden Mängeln behaftet ist, die mit einem erhöhten Risiko von Unter- und Fehlversorgung einhergehen (Hülsmann, M. et al. 1991; Hülsmann, M. 1994; Hülsmann, M. et al. 1995; Hülsmann, M. 1995a,b; Klimek, J. et al. 1995; Hülsmann, M. 1996; Weiger, R. et al. 1997; Schulte, A. et al. 1998). Epidemiologische Daten legen die Schlussfolgerung nahe, dass der endodontische Versorgungsgrad in Deutschland geringer und auch die Qualität der endodontischen Versorgung schlechter ist als in anderen (z. B. skandinavischen) Ländern (Eriksen, H. M. et al. 1995; Hülsmann, M. 1995a,b und 1996). Die Qualität endodontischer Behandlungen beeinflusst in hohem Maß deren Prognose (Weiger, R. et al. 2001).

Vergleicht man die in Deutschland am häufigsten vorgenommenen endodontischen Abrechnungspositionen (z. B. Trepanationen, Aufbereitungen, Füllungen von Wurzelkanälen), so ergeben sich hinsichtlich der Relation erbrachter Einzelleistungen zueinander zum Teil Diskrepanzen, die fachlich nur bedingt begründbar sind. Auch Abrechnungspositionen von Leistungen, die inzwischen aus wissenschaftlicher Sicht nicht mehr befürwortet oder stark eingeschränkt wurden (Arzneimittelkommission Zahnärzte der BZÄK und KZBV 2000), sind bis heute – trotz rückläufiger Tendenz – in ungewöhnlich hohem Ausmaß verbreitet (z. B. sogenannte Mortal- und Devitalisierungsverfahren) (KZBV 1999 u. 2000). Ähnliches gilt für bestimmte Indikationsstellungen zu endochirurgischen Eingriffen (z. B. Wurzelspitzenresektionen). So wurde im Jahr 2001 „die immer noch vielfältig geübte Praxis“ moniert, endodontische Erkrankungen mit apikalen Veränderungen primär chirurgisch und nicht zunächst konservierend anzugehen (Löst, C. 2001).

Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Behandlungsrichtlinien (Raff, A. et al. 2000) sind mit einer endodontisch korrekten Versorgung nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht mehr vereinbar. Jüngste Erhebungen über in Deutschland bevorzugte endodontische Techniken und Materialien zeigten bemerkenswerte Abweichungen zu aktuellen Behandlungsstandards (Schwarze, T. et al. 1999). Daraus resultiert, dass sich Empfehlungen und Stellungnahmen wissenschaftlicher Fachgesellschaften nur bedingt in der Versorgungsrealität niederschlagen.

Erhebungen von Kostenträgern ergaben eine gewisse Polarisierung in der Ergebnisqualität endodontischer Interventionen. Ein kleinerer Teil von Zahnärzten war für eine vergleichsweise größere Zahl von endodontischen Misserfolgen (Notwendigkeit der Wiederholung von Wurzelkanalfüllungen, Extraktion von Zähnen nach erfolgten Wurzelkanalfüllungen) verantwortlich (Sinha, M. 1993 und 1998). Generell wird die Evidenz-Basierung endodontischer Interventionen derzeit als gering eingestuft (Niederman, R. 2000). Aus solchen Defiziten lassen sich unter anderem drei eher allgemein gehaltene Forderungen ableiten:

- Erhöhung der Anzahl wissenschaftlicher Studien (vor allem randomisierte klinische Studien), um den Evidenz-Grad in der Endodontologie zu erhöhen.
- Verbesserung der Qualifikation von Zahnärzten auf dem Gebiet der Endodontologie. Ausbau der strukturierten Fortbildung und Bereitstellung von Spezialisten, die die Behandlung besonderer endodontischer Problemfälle übernehmen können.
- Änderung der Vergütung, um Anreize für qualitativ akzeptable endodontische Interventionen zu schaffen.

Bezüglich des Vergütung ist Folgendes festzustellen: Die Honorierungen für endodontische Leistungen (GKV-Abrechnungen laut BEMA-Positionen) beruhen nicht auf objektivierbaren Aufwandsberechnungen. Diesbezüglich herangezogene Messgrößen sind entweder unvollständig oder veraltet. Vorbehaltlich dieser Einschränkungen ergaben Aufwands-/Honorarvergleiche, dass endodontische Eingriffe unter GKV-Bedingungen ungünstig vergütet werden. Besser schneidet die private Honorierung (GOZ-Positionen) ab, die aber nur für ca. 10 % des Patientenguts in deutschen Zahnarztpraxen zutrifft (Teeuwen, R. 2001). Daraus lässt sich die Empfehlung ableiten, endodontische Leistungen so zu vergüten, dass sie betriebswirtschaftlich adäquat kalkuliert werden können. Eine alleinige Honorarsteigerung dürfte dabei allerdings nicht automatisch zu einer Qualitätsverbesserung führen, wie unter anderem Erhebungen aus Ländern mit unterschiedlichen Versicherungssystemen zeigen. So ergab beispielsweise eine als repräsentativ bezeichnete Studie aus der Schweiz, dass dort die Mehrheit der praktizierenden Zahnärzte trotz hoher Vergütungen für endodontische Eingriffe aktuell geforderte Behandlungsstandards nicht einhielt und minderwertige endodontische Techniken und Materialien favorisierte (Barbakow, F. et al. 1995). Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland lag der Anteil von insuffizienten Wurzelkanalfüllungen – bei erheblich divergierenden Vergütungen – bei über 60 % (Hülsmann, M 1995 und 1996). Allerdings bezieht sich letztgenannter Vergleich vorwiegend auf eine bereits 1991 publizierte Untersuchung an einer selektierten Patientengruppe (Imfeld, T. N. 1991). Weiterführende Schlussfolgerungen sind deshalb mangels aussagekräftigerer bzw. aktuellerer Daten nicht angezeigt.

Um bessere Rahmenbedingungen auf einer konkreten Datenbasis implementieren zu können, bedarf es der Beantwortung eines umfangreichen Fragenkatalogs. Er umfasst unter anderem folgende Inhalte:

- Welche aktuellen Daten hinsichtlich der Verbreitung endodontischer Erkrankungen (reversible Pulpitiden, irreversible Pulpitiden, apikale Parodontitiden usw.) der in Deutschland lebenden Bevölkerung liegen vor? Lässt sich aus dem vorliegenden Datenmaterial der endodontische Behandlungsbedarf in Deutschland hinreichend genau definieren?
- In welchem Umfang und mit welchen Behandlungsmitteln (konservierende Endodontologie, chirurgische Endodontologie, Extraktionstherapie usw.) werden endodontische Erkrankungen in Deutschland derzeit üblicherweise angegangen?
- Welche Prognosen weisen endodontische Interventionen auf? Von welchen patienten- und behandlerbezogenen Faktoren hängen die Prognosen ab? In welchem Umfang und auf welche Weise wird der Erfolg/Misserfolg endodontischer Interventionen in Deutschland überprüft?
- Wie hoch ist die Akzeptanz endodontischer Eingriffe in der in Deutschland lebenden Bevölkerung? Welche Faktoren tragen aktuell zur Erhöhung oder Erniedrigung der Akzeptanz bei?
- Besteht ein fachlich-professioneller Konsens über die Indikationsstellungen zu endodontischen Eingriffen und die zu wählenden Behandlungsmittel (Zahnerhalt durch endodontische Interventionen versus Extraktion, konservierende endodontische Maßnahmen versus chirurgische endodontische Interventionen mittels Wurzelspitzenresektion usw.)? Existieren nationale und/oder internationale Empfehlungen (*guidelines*) zu endodontischen Eingriffen? Werden diese in Deutschland umgesetzt? Falls nicht, welche Gründe liegen dafür vor?
- Welche für endodontische Zwecke benötigten Geräte, Instrumente und Materialien favorisieren die in Deutschland praktizierenden Zahnärzte? Entspricht die zahnärztliche Nachfrage nach entsprechenden Geräten, Instrumenten und Materialien aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen? Falls nicht, welche Gründe liegen dafür vor?
- Wie verhält sich der Qualifikationsstand von Zahnärzten auf dem Gebiet der Endodontologie? Bestehen innerhalb der Zahnärzteschaft relevante Qualitätsunterschiede bei der Erbringung endodontischer Leistungen (z. B. im Hinblick auf die Häufigkeit erforderli-

cher Folgebehandlungen nach missglückten endodontischen Interventionen)?

- Wie hoch ist die Zahl strukturiert fortgebildeter Zahnärzte auf dem Gebiet der Endodontologie? Wieviel endodontische Spezialisten stehen zur Verfügung?
- Gibt es Anreiz-Systeme für hohe qualitative Leistungen auf dem Gebiet der Endodontologie bzw. zur Steigerung der Erfolgsraten endodontischer Interventionen? Sind die aktuellen Qualitätskriterien von Kostenträgern (BEMA-Standard: „Wurzelfüllungen müssen bis in das untere Wurzeldrittel reichen“) heute noch akzeptabel?
- In welchen Fällen liegen endodontische Unterversorgungen vor (Verzicht auf endodontische Eingriffe trotz Vorhandensein behandlungsbedürftiger endodontischer Erkrankungen, Extraktion von endodontisch prinzipiell einer Behandlung zugänglichen, strategisch wichtigen Zähnen usw.)? Wie hoch ist der Anteil von Zahnverlusten in Deutschland durch endodontische Unterversorgungen? Wieviel Prozent der in Deutschland jährlich extrahierten Zähne könnten bei gegebener Indikation durch suffiziente endodontische Eingriffe längerfristig erhalten werden?
- Welche der durch endodontische Unterversorgungen möglichen Folgen (Zahnverlust, prothetische Nachfolgebehandlungen durch festsitzende Brücken oder herausnehmbare Prothesen, Implantatversorgungen usw.) treten am häufigsten auf?
- Welche Gründe (Akzeptanz der Bevölkerung für endodontische Eingriffe, Qualifikation von Zahnärzten, ökonomische Rahmenbedingungen endodontischer Interventionen im Vergleich zu anderen zahnärztlichen Interventionen usw.) sind für endodontische Unterversorgungen verantwortlich?
- In welchen Fällen liegen endodontische Fehlversorgungen (Einsatz inadäquater Techniken, Instrumente und Materialien, fehlerhafte Handhabung von Instrumenten und Materialien usw.) vor?
- Welche der durch endodontische Fehlversorgungen möglichen Folgen (Zahnverlust, prothetische Nachfolgebehandlungen durch festsitzende Brücken oder herausnehmbare Prothesen, Implantatversorgungen usw.) treten am häufigsten auf?
- Wie hoch ist der Anteil von Zahnverlusten in Deutschland durch endodontische Fehlversorgungen?
- Welche Gründe (Qualifikation von Zahnärzten, ökonomische Rahmenbedingungen endodontischer Interventionen im Vergleich zu anderen zahnärztlichen Interventionen usw.) sind für endodontische Fehlversorgungen verantwortlich?
- In welchen Fällen liegen endodontische Überversorgungen vor (endodontische Eingriffe an Zähnen ohne behandlungsbedürftige endodontische Erkrankungen, endodontische Eingriffe an strategisch unwichtigen oder nicht erhaltungsfähigen Zähnen usw.)?
- Welche der durch endodontische Überversorgungen möglichen Folgen (Notwendigkeit konservierend- oder prothetisch-restaurativer Nachfolgebehandlungen, Zahnfrakturen usw.) treten am häufigsten auf?
- Wie häufig kommen in Deutschland endodontische Überversorgungen vor?
- Welche Gründe (Qualifikation von Zahnärzten, ökonomische Faktoren usw.) sind ggf. für endodontische Überversorgungen verantwortlich?
- Entsprechen die endodontischen Leistungskataloge hinsichtlich ihres Umfangs (endodontische Diagnostik, endodontische Behandlungsmaßnahmen, endodontische Nachsorge/endodontisches Recall) dem aktuellen Kenntnisstand?
- Liegen allgemein akzeptierte wissenschaftliche Studien über den Zeit- und Materialaufwand einzelner endodontischer Maßnahmen vor?
- Welche Kosten werden durch endodontische Eingriffe derzeit verursacht? Welche Kosten würden sich durch endodontische Behandlungen ergeben, wenn der zur Erfül-

lung aktueller Qualitätskriterien erforderliche Zeit- und Materialbedarf berücksichtigt würde? Welche Folgekosten ergeben sich durch die Behandlung von Zahnverlusten, die durch unterlassene bzw. fehlgeschlagene endodontische Eingriffe verursacht wurden?

Diese und eine Reihe weiterer Fragen lassen sich derzeit nur teilweise zufriedenstellend beantworten. Die wissenschaftliche Literatur auf dem Gebiet der Endodontologie ist zwar sehr umfangreich, sie betrifft aber überwiegend Fragestellungen zu einzelnen endodontischen Techniken, Instrumenten und Materialien. Der Aspekt der endodontischen Bedarfsforschung bzw. der Eruiierung endodontischer Unter-, Über- und Fehlversorgung mit daraus resultierenden Lösungsvorschlägen wird in der Literatur weniger beleuchtet. Diese Problematik betrifft nicht nur die hier herangezogene Endodontologie sondern zieht sich mehr oder weniger durch fast alle Fachgebiete der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Gleichwohl stellt die Beantwortung des oben beispielhaft aufgeführten, ausführlichen Fragenkatalogs kein unlösbares Problem dar. Es ließe sich – zumindest im Rahmen eines umschriebenen Modellprojekts – innerhalb kurzer Zeit entsprechendes Datenmaterial zusammentragen. Dies würde stark erleichtert, wenn sich zur Beantwortung gezielter Fragestellungen zahnärztliche Körperschaften, Kostenträger, Fachgesellschaften, Universitäten, Hersteller und Vertrieber von Dentalprodukten sowie sonstige Institutionen zu einer Kooperation bereit erklären könnten. Dabei müsste es möglich sein, auf die Daten aller Beteiligten (einschließlich der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kostenträger) zurückzugreifen und eine Auswertung unter verschiedenen Blickwinkeln vorzunehmen. Dies stößt seitens der Zahnärzteschaft derzeit noch auf starke Vorbehalte, z. B. hinsichtlich des Datenschutzes („gläserner“ Patient, „gläserner“ Zahnarzt usw.). Die Überwindung solcher Vorbehalte muss deshalb ein vorrangiges Ziel sein, wenn auf der Grundlage einer hinreichenden Datenbasis die Rahmenbedingungen zahnärztlicher Berufsausübung konsensfähig verbessert werden sollen.

#### 14.2.5 Ökonomische Effekte

**165.** Forschungsansätze über die Auswirkungen von Verschiebungen im zahnärztlichen Behandlungsspektrum auf die Kostenentwicklung sind bislang noch nicht weit entwickelt (Cunningham, S. J. 2000). Gelegentlich wird die Einschätzung vertreten, dass durch die Erfolge der Prävention künftig der Behandlungsbedarf zurückgehe bzw. Kostensenkungen möglich wären (Carl, J.-W. 1997; Kaufhold, R. et al. 1999; Saekel, R. 1999; Schirbort, K. H. 2001; Schneider, M. 2000). Diesen Prognosen wurde entgegengehalten, dass sich auf der Grundlage der zur Zeit verfügbaren epidemiologischen Daten eine wesentliche Änderung des Behandlungsbedarfs (z. B. in der Prothetik) in Deutschland noch nicht konkret abzeichne (Kerschbaum, T. 2001). Analysen aus anderen Ländern mit bereits länger zurückliegenden Erfahrungen in der Prävention oraler Erkrankungen (z. B. Niederlande) prognostizierten mittelfristig sogar einen erhöhten zahnärztlichen Behandlungsbedarf (Bronkhorst, E. M. et al. 1994). Eindeutig beweisen lässt sich bis heute weder die Behauptung „Prävention hilft Kosten sparen“ noch die gegenteilige Vermutung (Hellwig, E. 1999; Jäger, P. 1999). Selbst wenn in einzelnen Bereichen Kostenreduktionen eintreten sollten, so sind in anderen Bereichen Kostensteigerungen zu erwarten. Allein ein Ausbau von Diagnostik, Planung und Beratung sowie



eine größere Verbreitung von strukturerhaltenden tertiärpräventiven Eingriffen zur Vermeidung von Zahnverlust dürfte mögliche Einspareffekte der Primär- und Sekundärprävention stark relativieren.

Im folgenden werden einige Faktoren, die voraussichtlich mit einer Kostenreduzierung verbunden sind, anderen Entwicklungen, die eher zu einer Kostensteigerung führen werden, einander gegenübergestellt:

**166.** Beispiele für Faktoren, die zu einer Kostenreduktion beitragen können:

- Verringerung der Kariesverbreitung bei jüngeren Bevölkerungsgruppen durch Erfolge der Primärprophylaxe;
- Verringerung der Verbreitung von parodontalen Erkrankungen bei jüngeren Bevölkerungsgruppen durch Erfolge der Primärprophylaxe;
- verbesserte Möglichkeiten der Frühbehandlung (Sekundärprophylaxe) von Läsionen der Zahnhartsubstanzen und des marginalen Parodonts;
- veränderte Einschätzung des prothetischen Behandlungsbedarfs (z. B. Prinzip der verkürzten Zahnreihe);
- Verschiebungen im Bereich der Tertiärprophylaxe. Direkte restaurative Behandlungsmöglichkeiten von Zahnläsionen, die zuvor nur indirekt (d. h. mit kostspieligen laborgefertigten Werkstücken) angegangen werden konnten;
- erweiterte Möglichkeiten von direkten Farb- und Formkorrekturen von Zähnen (z. B. zum Schließen bzw. zur Verkleinerung vorhandener Zahnlücken unter Verzicht auf kieferorthopädische, chirurgische und/oder prothetische Interventionen);
- verbesserte Reparaturmöglichkeiten vorhandener zahnärztlicher Restaurationen;

**167.** Beispiele für Faktoren, die zu einer Kostensteigerung beitragen können:

- Demographische Entwicklung der Bevölkerung; höherer Anteil von älteren Menschen mit zahnärztlichem und dentalhygienischem Behandlungsbedarf. Höherer Zahnbestand älterer Menschen mit neuen Formen von Karies (Wurzelkaries) und zum Teil ausgeprägten parodontalen Erkrankungen;
- Zuwanderung von Menschen aus Regionen mit niedrigerer Zahngesundheit als in Deutschland;
- erhöhtes Auftreten nicht-kariesbedingter Zahnhartsubstanzläsionen (z. B. durch Erosion, Attrition/Abrasion);

- Verschiebung der Verbreitung von Parodontalerkrankungen in mittlere und höhere Lebensabschnitte;
- höhere Ansprüche der Bevölkerung an die Funktion und Ästhetik des Gebisses;
- Neudefinition des Stellenwertes zahnärztlicher Eingriffe (Auswirkungen von oraler Gesundheit auf Allgemeingesundheit);
- Ausbau von Diagnostik, Planung und Beratung als objektivierbare Voraussetzung für adäquate zahnärztliche Interventionen;
- betriebswirtschaftliche Kalkulation zahnärztlicher Leistungen entsprechend ihrem tatsächlichen Aufwand zur Einschränkung von Unter- bzw. Überdeckungen einzelner Interventionen.

**168.** Bei Belassen eines hochstehenden Versorgungsniveaus kann in Deutschland kurzfristig nicht von Kostensenkungen ausgegangen werden (unabhängig davon, ob die Leistungen von der Solidargemeinschaft oder Einzelpersonen bezahlt werden). Es bestehen aber Chancen, Kostensteigerungen durch Einführung neuer, zahnstrukturerhaltender Methoden in Grenzen zu halten, wenn gleichzeitig das Volumen kostspieliger Maßnahmen der Spätversorgung gesenkt wird. Dazu können auch Verbesserungen im Qualitätsmanagement beitragen.

**169.** Ein 1999 vorgeschlagenes Modell sieht vor, den zusätzlichen Kostenaufwand im Bereich zahnstrukturerhaltender Interventionen dadurch zu finanzieren, dass analog zu den Steigerungsraten in diesem Bereich die Patientenzuschüsse für strukturophernde Interventionen reduziert werden, ohne dass es dort zu weiteren zahnärztlichen Honorarsenkungen kommt (Osswald, R. 1999). In welchem Ausmaß solche Kostenverschiebungen die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung beeinflussen, ist allerdings nicht bekannt.

**170.** Es sollte vermieden werden, die bisherigen GKV-Kataloge im Sinne einer falsch verstandenen Bestandssicherung lediglich zu ‚konservieren‘ und neue Methoden grundsätzlich dem Bereich der Privatleistung zuzuordnen. Dies würde dazu führen, dass im Lauf der Zeit in der GKV lediglich veraltete, unattraktive Maßnahmen verbleiben, während für zukunftsweisende Behandlungskonzepte von vornherein Privatzahlungen erforderlich sind. Andererseits müsste das GKV-Volumen erhöht werden, wenn neue Leistungen aus dem (oftmals nicht exakt trennbaren) Kombinationsbereich von *need-* und *want-dentistry* aufgenommen und aufwandsentsprechend vergütet werden sollen.

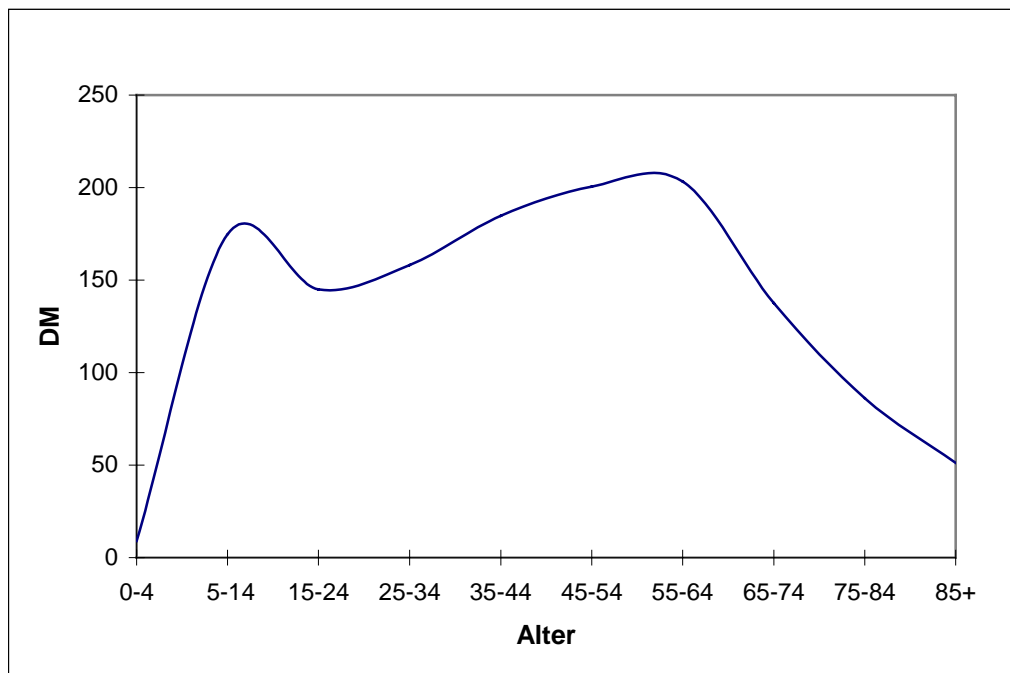
**171.** Somit erscheint es vorteilhafter, auf der Grundlage einer Beschreibung des aktuellen Gesamtspektrums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde den GKV-Katalog vollständig zu überarbeiten und dabei Platz für die Einführung neuer Leistungen aus allen Bereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu schaffen. Dabei sollten auch Optionen für die Herausnahme bisheriger GKV-Positionen ermöglicht werden. Noch besser wäre es, im Zuge der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde den bisherigen Dualismus in den zahnmedizinischen Leistungsbeschreibungen, die der privaten zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) und dem kassenzahnärztlichen Gebührenkatalog (BEMA) zugrunde liegen, vollständig zu überwinden und einheitliche, primär zahnmedizinisch definierte Leistungsbeschreibungen zu etablieren. Falls von politischer Seite eine Beibehaltung des bisherigen GKV-Volumens vorgegeben werden sollte, ist bei der Formulierung eines modernen, für die Versicherten attraktiven Leistungsspektrums mit einer Ausweitung der Mischfinanzierung in allen Sparten der Zahnmedizin zu rechnen.

### **14.3 Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie**

**172.** Im deutschen Gesundheitswesen gibt es eine Reihe von Teilbereichen, die im Schatten analytischer Bemühungen stehen. Dazu gehört die Kieferorthopädie als Teil der Zahnheilkunde. Sowohl epidemiologisches Material als auch langfristige Effektivitäts- und Effizienzuntersuchungen fehlen weitgehend. Grundsatzüberlegungen zur Zahnheilkunde sparen diesen Bereich ebenfalls häufig aus. Darunter leidet die notwendige kritische Diskussion. Im Rahmen einer zahnmedizinischen Gesamtschau werden im Folgenden Überlegungen zur Versorgungslage und zum Beitrag der Kieferorthopädie für die orale Gesundheit sowie zu ihrer langfristigen Effizienz angestellt.

**173.** Obwohl die Zahngesundheit in jungen Jahren um ein Vielfaches besser als im Alter ist, weisen die alterstypischen zahnmedizinischen Gesamtausgaben der GKV zwei Extrema im Alter von 5 bis 14 Jahren und im Alter von 55 bis 64 Jahren auf (Abbildung 2). Während die Tatsache, dass im Alter zwischen 50 und 60 Jahren die zahnmedizinischen Pro-Kopf-Ausgaben besonders hoch sind, wohl bekannt ist, überrascht die Höhe der Ausgaben im Alter zwischen 5 und 14 Jahren, da in dieser Altersklasse bereits Ausgaben von rd. 175 DM pro Kopf und Jahr anfallen. Angesichts des Rückgangs der Milchzahnkaries und der deutlich verbesserten Zahngesundheit Jugendlicher (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999), erscheint dies erklärungsbedürftig.

**Abbildung 2: Alterstypische zahnmedizinische Ausgaben der GKV, Deutschland 1997**

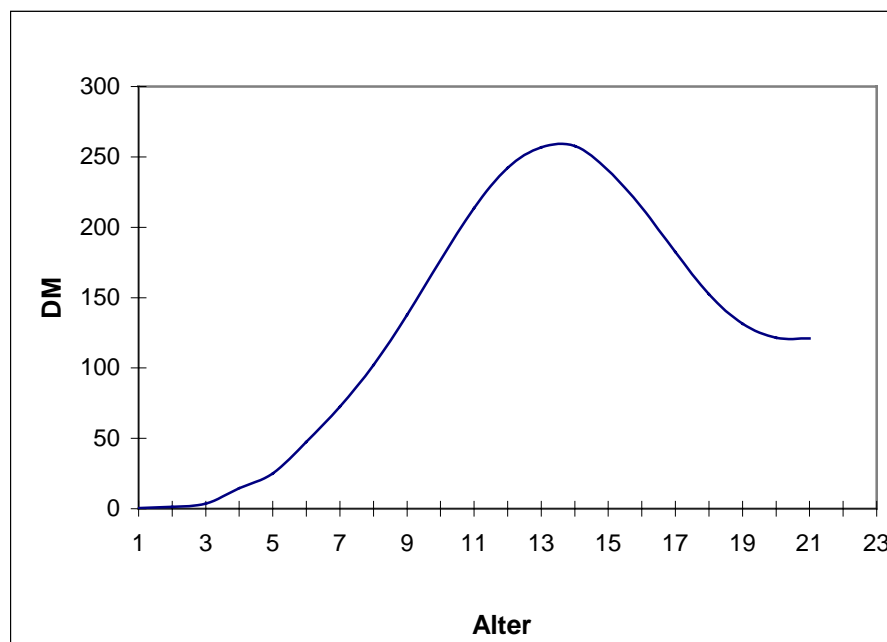


*Quelle:* Eigene Berechnungen nach Daten des Bundesversicherungsamt (1999)

**174.** 1997 wurden für gruppen- und individualprophylaktische Leistungen durchschnittlich 50 DM pro Kind aufgewendet. Für die kleine Gruppe der behandlungsbedürftigen 12-Jährigen (rd. 20 %) sind noch durchschnittlich 20 DM hinzu zu rechnen, so dass jährliche Aufwendungen von rd. 70 DM für 12-Jährige plausibel erklärt werden können (Saekel, R. u. Brodmann, G. 2001). Die tatsächlichen Ausgaben je 12-Jährigen liegen im Mittel jedoch weit darüber (Abbildung 3). Sie erreichten 1997 durchschnittlich 250 DM in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

**175.** Die Erklärung für die große Differenz liegt in hohen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen (1997: rd. 4.000 DM/Behandlungsfall), die fast ausschließlich im Alter von 6 bis 16 Jahren anfallen und ihren Gipfelpunkt im Alter von etwa 12 bis 13 Jahren haben. Auf die kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung entfällt lediglich rd. ein Zehntel aller Behandlungsfälle (Micheelis, W. u. Bauch, J. 1991).

**Abbildung 3: Zahnmedizinische Pro-Kopf-Ausgaben der GKV für Kinder und Jugendliche, Deutschland 1997**



*Quelle:* Bundesversicherungsamt (1999)

**176.** Insgesamt hat die Kieferorthopädie rd. 7,5 % Anteil an den Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung. Sie beanspruchte 1997 finanzielle Ressourcen von 2,1 Mrd. DM in der GKV und von 0,21 Mrd. DM in der privaten Krankenversicherung (PKV). Sie weist stetige jährliche Wachstumsraten auf und liegt im letzten Jahrzehnt über der Ausgabenentwicklung für konservierend-chirurgische Maßnahmen. Dies überrascht, denn der Gesetzgeber hat 1989 die kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung und 1992 den Anspruch auf Behandlung geringfügiger kieferorthopädischer Störungen aus der Leistungspflicht der GKV herausgenommen. Außerdem führt ein Rückgang des Kariesbefalls an Milchzähnen zu einer Senkung der Neuerkrankungsrate an Gebissanomalien, wie für Basel (Büttner, M. 1980), Leipzig (IDZ 1991) und Frankfurt (Schopf, P. 2000) nachgewiesen wurde.

**177.** Aufgrund dieser Daten hätte eine eher unterproportionale Wachstumsrate oder ein Rückgang kieferorthopädischer Ausgaben erwartet werden können. Es gibt auch kaum Belege, dass die erblich bedingten Anomalien, die rd. 20 % ausmachen (Schopf, P. 2000) und durch prophylaktische Maßnahmen nicht beeinflussbar sind, in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen haben. Als Erklärungshypothesen für überproportiona-

les Wachstum bleiben deshalb angebotsinduzierte Nachfrage und/oder ein stetiger Anstieg der sozialen Norm, der zu vermehrten ästhetisch-kosmetischen Behandlungen führt, die offensichtlich die prophylaktisch-therapeutischen Erfolge deutlich übersteigen.

**178.** Die Dynamik dieser Entwicklung wird offenbar, wenn die Anzahl der kieferorthopädischen (KfO)-Neufälle einmal auf die Alterklasse der 12- bis 13-Jährigen bezogen wird, auf die die Masse der kieferorthopädischen Behandlungen entfällt (Tabelle 3). Die KfO-Neufälle unter den 12- bis 13-Jährigen steigen von 56 % eines Jahrganges im Jahr 1984 auf 63 % im Jahr 1997 relativ stetig an. Nur zwischen 1987 und 1993 sank die Behandlungsquote bedingt durch gesetzgeberische Eingriffe. Kurze Zeit später steigt sie jedoch wieder an. Damit werden gegenwärtig rund zwei Drittel der 12- bis 13-Jährigen kieferorthopädisch behandelt.

**Tabelle 3: Entwicklung der kieferorthopädischen Fallzahlen bei 12- bis 13-Jährigen**

<b>Jahr<sup>a)</sup></b>	<b>KfO-Neufälle in Tsd.</b>	<b>12- bis 13-Jährige<sup>d)</sup> in Tsd.</b>	<b>KfO-Neufälle je 12- bis 13-Jährige in Prozent</b>
1984	323,3	577,2	56
1985	335,9	555,3	60
1986	312,6	539,9	58
1987	331,3	530,7	62
1988 <sup>b)</sup>	359,8	537,6	67
1993 <sup>c)</sup>	417,7	756,5	55
1994	429,6	817,5	53
1995	444,0	785,0	57
1996	470,8	833,3	56
1997	520,0	829,1	63

- a) Für den Zeitraum 1989 bis 1992 fehlen verlässliche Angaben;
- b) Werte durch gesetzgebungsbedingte Vorzieheffekte überhöht;
- c) Ab 1993 Werte für Deutschland insgesamt;
- d) Gesamter Jahrgang minus 10 % PKV-Versicherte

*Quelle:* KZBV und BMG

**179.** Über 70 % der kieferorthopädischen Behandlungen erfolgen in West- und Ostdeutschland mit herausnehmbaren Apparaturen. 23 % der Fälle in Westdeutschland (Micheelis, W. u. Bauch, J. 1991) und nur 9 % in Ostdeutschland werden mit festsitzenden Apparaturen behandelt, obwohl letztere schnellere und therapeutisch bessere Ergebnisse erzielen (Harzer, W. et al. 1998). Allerdings ist der Behandlungsanteil mit festsitzenden Apparaturen in West- und Ostdeutschland in den letzten Jahren angestiegen.

**180.** Repräsentative Daten zur Verbreitung von Kieferfehlstellungen ergeben sich aus der Mundgesundheitsstudie von 1989 für die alten Bundesländer. Danach hatten nur 3 % der 13- bis 14-Jährigen ein ideales Gebiss. 74,7 % hatten mindestens ein Fehlbildungsmerkmal (Micheelis, W. u. Bauch, J. 1991). Eine auf der Basis von ‚Blickdiagnostik‘ erhobene Struktur von Gebissanomalien bei 320 000 12- bis 13-Jährigen aus Berlin zeigt, dass am häufigsten das komplexe Bild (55 %), also mehrere Dysgnathien gleichzeitig und Engstände (15 %) auftreten. Deck- und Kreuzbisse finden sich zu jeweils 8 % und offene Bisse sowie progene Stellungen zu jeweils 3 % (Dohnke-Hormann, S. u. Reich, R. 1995).

Eine genauere, metrisch messende Studie zur Struktur kieferorthopädischer Anomalien bei 12- bis 13-Jährigen aus Thüringen ergibt für 1995, dass die Anomalien der Platzverhältnisse mit 58,5 % vor den Okklusionsanomalien (Bissstellungsfehler) mit 52,1 % und den Dentitionsanomalien (Zahnanlagestörungen) (9,8 %) dominieren (Wackenhut, I. 2000). Nur in 3 % der Fälle waren 3 oder 4 Zähne nicht vorhanden. In 20,4 % der Fälle traten mehrere Anomalien gleichzeitig auf.

**181.** Wenn nur 3 % der Bevölkerung ein ideales Gebiss aufweisen, können ideale Okklusionsverhältnisse und harmonische Gesichtsrelationen als Ergebnis der individuellen Entwicklung nicht erwartet und gefordert werden. Es muss eine „beachtliche Spannbreite hinsichtlich der Positionierung der eigenen Zähne im Zahnbogenverlauf, der okklusalen Beziehung und der funktionellen Gegebenheit wie auch der Gesichtskonfiguration als mittelwertige Variabilität spontaner Entwicklung akzeptiert werden“ (Stöckli, P. W. 2000). Deshalb ist in der Kieferorthopädie der Ermessensbereich für eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit erheblich weiter gesteckt als in der übrigen Zahnmedizin. Konkrete Entscheidungshilfen für den Zahnarzt fehlen bislang weitgehend. Die gegenwärtigen kieferorthopädischen Richtlinien in der GKV reichen hierfür nicht aus. „Der Not gehorchend wird deshalb alles vom Ideal abweichende als pathologisch begriffen und auf eine Norm hin behandelt.“ (Witt, E. 1984). Diese Bewertung hat

noch heute ihre Berechtigung, denn über 70 % aller Kinder werden Mitte der neunziger Jahre kieferorthopädisch behandelt (Harzer, W. 2000).

**182.** Lange Zeit gab es keinen allseits akzeptierten Index, der valide, reproduzierbar und leicht erhebbar eine kieferorthopädische Behandlungsbedürftigkeit erfasst. Die bisher einzige repräsentative Untersuchung für West-Deutschland, vorgenommen auf der Basis von klinischer Blickdiagnostik, ergab 1989 eine Behandlungsbedürftigkeit von 30 % bei Kindern (8- bis 9-Jährige) und 22 % bei Jugendlichen (13- bis 14-Jährige) (Micheelis, W. u. Bauch, J. 1991).

**183.** 1989 wurde der *Index of Orthodontic Treatment Need* (IOTN) entwickelt, um den Behandlungsbedarf objektiv bewerten zu können (Brook, P. H. u. Shaw, W. C. 1989). Dieser Index erfasst den Behandlungsbedarf unter ästhetischen und gesundheitlichen Aspekten. Mit einem eigens für diesen Index entwickelten Lineal können Verlaufskontrollen objektiviert werden (Wackenhut, I. 2000). Nach diesem Index hatte Mitte der neunziger Jahre rund ein Viertel der 14-Jährigen in Großbritannien Anspruch auf Behandlung und Kostenübernahme durch den National Health Service. Über die Hälfte der Jugendlichen wiesen keinen oder nur geringen Behandlungsbedarf auf. Mäßiger Behandlungsbedarf fand sich bei 18,9 % der Jugendlichen (Tickle, M. et al. 1999).

Große und sehr große Behandlungsbedarfe treten signifikant häufiger bei Jugendlichen aus der unteren als der oberen sozialen Schicht auf. Diese Befunde korrelierten mit dem subjektiven Behandlungswunsch, d. h. Jugendliche der unteren sozialen Schicht hatten einen entsprechend höheren Behandlungswunsch. Eine tatsächliche Behandlung hatten bzw. erhielten jedoch signifikant häufiger Jugendliche aus der Oberschicht (Tickle, M. et al. 1999).

In Deutschland wurde der IOTN 1996 im Rahmen der repräsentativen Querschnittsstudie an 8.800 Dresdner Schulkindern im Alter von 6 bis 16 Jahren angewandt, um die Behandlungsbedürftigkeit zu erheben. Bei Berücksichtigung auch mäßigen Behandlungsbedarfs betrug danach die Behandlungsnotwendigkeit im 12. Lebensjahr 45 %. Bei Nichtberücksichtigung von mäßigem Behandlungsbedarf ergab sich eine Behandlungsbedürftigkeit von rd. 35 % (Harzer, W. et al. 1998).

**184.** Ein anderer Index zur Objektivierung der Behandlungsbedürftigkeit ist der 1986 entwickelte *Dental Aesthetic Index* (DAI), der die Summe aus zehn intraoralen Messkriterien und ihren entsprechenden Regressionskoeffizienten sowie einer Konstante 13 bildet. (Jenny, J. et al. 1986). Er wurde in 11 Ländern getestet und fand weitestgehende



Akzeptanz. Deshalb wird er neuerdings von der WHO als generelles Erhebungsinstrument empfohlen (WHO 1997).

**185.** DAI und IOTN ähneln sich in vielerlei Hinsicht. Allerdings führt beim IOTN ein fehlender Zahn ohne Lückenschluss (falls er als schwerwiegend angesehen wird) zu einer Behandlungsindikation, wohingegen dieses Merkmal beim DAI nur zu keinem oder geringem Behandlungsbedarf führt. Während der Behandlungsbedarf beim IOTN im Grunde nur die Dreiteilung „kein Bedarf, Grenzbedarf, definitiver Bedarf“ vorsieht, ermöglicht der DAI eine Vierteilung (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Beurteilung kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand des Dental Aesthetic Index (DAI)**

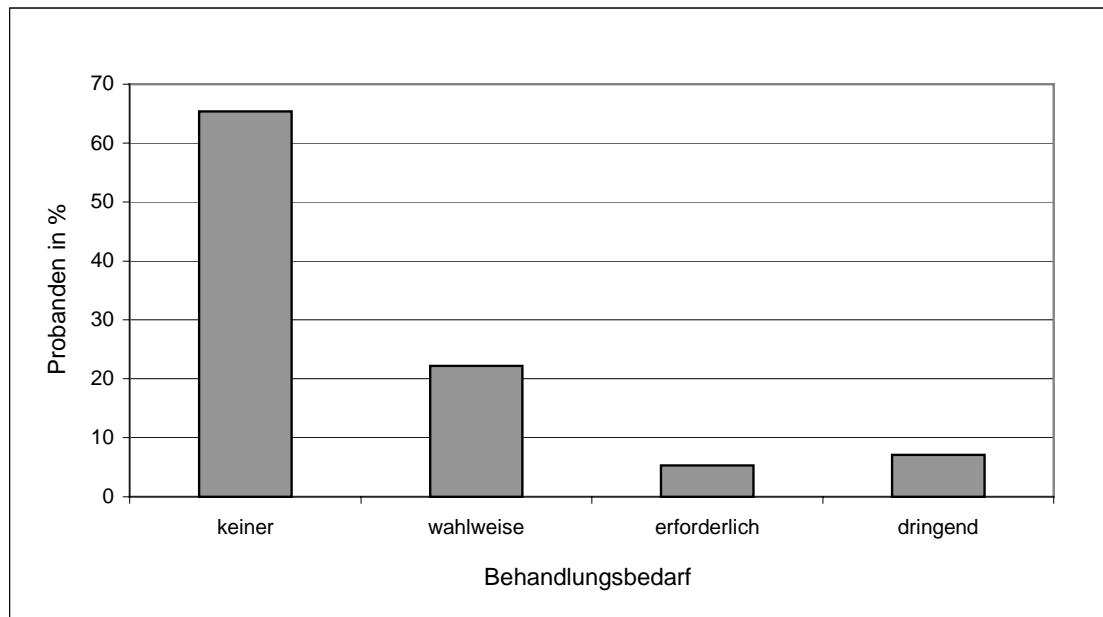
<b>Punkte</b>	<b>Anomalie</b>	<b>Behandlungsnotwendigkeit</b>
13 – 25	keine oder geringe Abweichung	nicht notwendig
26 – 31	geringfügige Abweichung	nicht unbedingt erforderlich, Behandlung wahlweise
32- 35	manifeste Anomalie	erforderlich
> 35	sehr schwere Anomalie	dringend notwendig

*Quelle:* Eigene Darstellung

Dies ist von Vorteil in sozialen Krankenversicherungssystemen, wenn entschieden werden muss, ob für wahlweise Behandlungen aufgrund geringfügiger Abweichungen öffentliche Gelder aufgewendet werden sollen (Wackenhut, I. 2000).

**186.** Die Ergebnisse zur Behandlungsbedürftigkeit (Abbildung 4) – gemessen am DAI – zeigen, dass 87,6 % der Jugendlichen nicht und nur 12,4 % der 12- bis 13-Jährigen behandlungsbedürftig sind. Dieses Ergebnis stimmt weitgehend mit jüngsten amerikanischen Studien überein. Damit besteht gegenwärtig eine erhebliche Überversorgung im Bereich der Kieferorthopädie. Die tatsächliche Behandlung ist mindestens 3 bis 4-mal höher als der objektiv ermittelte Bedarf. Wenn die Kategorie „geringfügige Abweichung“ mit einbezogen würde, ergäbe sich eine Behandlungsbedürftigkeit von rd. 35 %. Selbst dieser Wert liegt deutlich unter dem tatsächlichen Behandlungsgrad. Auch bei Berücksichtigung des IOTN, der generell zu einem höheren Behandlungsbedarf führt (45 %), überschreitet die tatsächliche Behandlungsrate in der GKV (63 %) den gemessenen Behandlungsbedarf.

**Abbildung 4: Verteilung und Behandlungsbedürftigkeit dentofazialer Anomalien bei 12- bis 13-Jährigen in Thüringen 1995**



*Quelle:* Wackenhut, I. (2000)

**187.** Zum hohen Grad an Überversorgung kommt auch in Deutschland hinzu, dass Kinder aus der Unterschicht, die eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen, seltener kieferorthopädisch behandelt werden. Obwohl 1997 12-jährige Türken in Baden-Württemberg einen doppelt so hohen Kariesbefall aufweisen als deutsche Jugendliche, erhalten Türken nur halb so häufig eine kieferorthopädische Behandlung wie Deutsche (Pfaff, G. 1999).

**188.** Die große Mehrheit der Jugendlichen empfindet aufgrund ihrer Zahnstellung und Gebissästhetik keine Einschränkung ihrer sozialen Kontakte. Mitte der neunziger Jahre klagten nur 15,3 % in Thüringen (Wackenhut, I. 2000) und 17 % in Dresden (Harzer, W. 2000) über störende Zahnstellungen. 23,5 % äußerten einen kieferorthopädischen Behandlungswunsch (Wackenhut, I. 2000). Diese Werte bestätigen frühere Ergebnisse aus den alten Bundesländern, wonach ein Viertel der Jugendlichen mit ihrer Zahnstellung unzufrieden waren (Micheelis, W. u. Bauch, J. 1991).

**189.** Bei einer Gegenüberstellung der Behandlungsnotwendigkeit, die ein Untersucher eingeschätzt hat, und dem subjektiven Behandlungswunsch des Probanden zeigt sich

eine große Diskrepanz. Der subjektive Behandlungswunsch liegt um über die Hälfte niedriger als die vom Untersucher eingeschätzte Behandlungsnotwendigkeit (Wackenhut, I. 2000). Diese Feststellung relativiert die These, dass die im Zeitablauf steigenden kieferorthopädischen Behandlungsquoten nur durch erhöhte Ansprüche und Behandlungswünsche der Patienten entstehen. Sie machen darüber hinaus die Dringlichkeit objektiver Befunderhebung in einem Sozialversicherungssystem, das diese Behandlungen voll übernimmt, deutlich.

**190.** Angesichts der Überversorgung im Bereich der Kieferorthopädie kommt der Frage, welche langfristigen Auswirkungen kieferorthopädische Behandlungen auf die Zahngesundheit haben, besondere Bedeutung zu. Bis zum heutigen Tag wird diese Frage in der Literatur nicht einheitlich beantwortet, obwohl die Effektivität, d. h. die therapeutische Wirksamkeit von Behandlungen sehr schwerer Kieferanomalien außer Frage steht und gut belegt ist.

Sehr schwere Kieferanomalien fallen jedoch nur in 7 % der Fälle an, machen also nur einen kleinen Teil der kieferorthopädischen Behandlungen aus. Für die Masse der kieferorthopädischen Behandlungsfälle stellt sich deshalb die Frage der langfristigen Effektivität und Effizienz. So wird zum Beispiel über viele überflüssige Behandlungen und schlechte Behandlungsergebnisse im englischen Gesundheitsdienst geklagt (Turbill, E. A. et al. 1996). In Schweden erhielten nur 54 % der Kinder, die in einer Universitätsklinik behandelt wurden, nach subjektivem Maßstab ein gutes Behandlungsergebnis (Thilander, B. u. Myrberg, N. 1973). In den Niederlanden haben 44 % kieferorthopädisch behandelte Erwachsene immer noch Behandlungsbedarf (Burgersdijk, R. et al. 1991). Über bessere Ergebnisse wird aus Norwegen berichtet (O'Brian, K. et al. 1993). In Deutschland stellten Patienten in rd. 40 % der Fälle Rezidive, d. h. Veränderungen der Zahn- und Kieferstellung nach erfolgter Behandlung fest (Kahl, B. u. Schwarze, C. W. 1992). Auch die hohe Zahl von Verlängerungsanträgen für kieferorthopädische Behandlungen in der GKV spricht für eine erhebliche Anzahl von Rezidiven.

**191.** Ein weiteres Problem bei kieferorthopädischen Behandlungen ist die Ergebnisqualität aus Behandler-sicht. Hier zeigt eine internationale Studie von Kieferorthopäden aus 9 Ländern, dass 80 % der Behandler nur 37,7 % der Behandlungsabschlüsse als akzeptabel und 7,8 % der Fälle als im Ergebnis unakzeptabel einstufen. Bei über der Hälfte der Fälle (54,5 %) waren weniger als 80 % der Behandler der Meinung, dass die Behandlung akzeptabel sei (Richmond, S. u. Daniels, C. P. 1998). Die Abweichung in

der Bewertung der Ergebnisqualität durch die Behandler war noch höher als bei der Bewertung der Behandlungsnotwendigkeit (Richmond, S. u. Daniels, C. P. 1998).

**192.** Trotz langer Behandlungszeit (im Durchschnitt 3 - 4 Jahre), regelmäßiger Betreuung und laufender Kontrollen der Patienten sowie hoher Behandlungsfallkosten ist es bisher nicht zweifelsfrei gelungen, positive Langzeiteffekte kieferorthopädischer Behandlungen für die Mundgesundheit zu belegen. Obwohl es plausibel ist, dass Dysgnathien und Zahnstellungsfehler die Ausbildung von Parodontopathien und Karies begünstigen und die erfolgreiche Korrektur dieser Gebissfehler daher in jedem Fall günstigere Bedingungen zur Gesunderhaltung des Parodontiums und der Zahnhartsubstanz schafft (Schopf, P. 1992), bestätigen die vorliegenden Langfristuntersuchungen den theoretisch zu erwartenden Zusammenhang nur teilweise.

**193.** Ergänzt wird die medizinische Kritik durch betriebswirtschaftliche Aspekte, denn der kleine Teil der Kieferorthopäden vereinigt einen weit überdurchschnittlichen Honoraranteil am gesamten zahnmedizinischen Honorarvolumen auf sich. Dies führt u. a. dazu, dass fast ausschließlich kieferorthopädische Praxen von der Degressionsregelung betroffen sind, wonach bei Überschreiten bestimmter Leistungsmengen Vergütungsabschläge erfolgen.

**194.** Die Befunderhebung sollte an Hand des IOTN oder des DAI objektiviert und damit nachprüfbar gemacht werden. Die kieferorthopädischen Richtlinien in der GKV sollten nicht therapie- sondern befundbezogen gestaltet werden.

Das Gutachterwesen sollte verbindlicher gestaltet und intensiviert werden, da nur durch fachliche Vorbegutachtungen kieferorthopädischer Planungen Behandlungsmängel frühzeitig erkannt und vermieden werden können. Die hohe Überversorgung bei Jugendlichen könnte möglicherweise auch durch eine verstärkte Nutzung der kieferorthopädischen Frühprophylaxe abgebaut werden, um damit spätere Therapien zu vermeiden, zu verkürzen oder zu erleichtern (Schopf, P. 2000; Tigges-Zuzok, C. 1999). Diese Möglichkeiten sollten systematisch erprobt werden.

Zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Kieferorthopädie ist eine Neufassung der zahnärztlichen Anreiz- und Vergütungsstrukturen sowohl im vertrags- als auch im privat Zahnärztlichen Sektor auf der Basis einer aktuellen Zeitmessstudie nötig. Denn bei Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, der häufigsten Behandlungsart, wird gegenwärtig je Zeiteinheit ein höherer Umsatz erzielt als bei Behandlung mit fest-sitzenden Apparaturen (Schlömer, R. 2000), obwohl letztere bessere und schnellere the-

rapeutische Ergebnisse erbringen. Außerdem sollten die kieferorthopädischen Leistungen zu weiteren Leistungskomplexen zusammengefasst werden, um unnötige Leistungsausweitungen zu vermeiden.

#### **14.4 Fazit und Empfehlungen**

**195.** Im Bereich der Zahnmedizin bestehen einige hinreichend sichere oder zumindest ernstzunehmende Hinweise auf Unter-, Fehl- und Überversorgungen.

Die Unterversorgung betrifft tendenziell die Bereiche der klinischen Basisdiagnostik, der Vorbeugung und Frühbehandlung oraler Erkrankungen sowie der gering invasiven, substanzerhaltenden Therapie bereits symptomatisch gewordener Schäden. Die heutigen Optionen zur Erhaltung von Zähnen werden noch nicht in der wünschenswerten Form genutzt. Damit geht ein erhöhtes Risiko einer Überversorgung mit stark invasiven, substanzopfernden Interventionen einher. Dies betrifft insbesondere die Bevölkerungsgruppe der Erwachsenen.

Bei kieferorthopädischen Behandlungen sprechen alle vorliegenden Fakten und Hinweise im Sinne eines objektiven Bedarfs für eine Überversorgung. Obwohl der Rückgang des Kariesbefalls an Milchzähnen die Neuerkrankungsrate an Gebissanomalien absenkte, wiesen die Aufwendungen für Kieferorthopädie im letzten Jahrzehnt auch im Rahmen der Zahnbehandlung überdurchschnittliche Wachstumsraten auf. Diese gehen zu einem beachtlichen Teil auf die angebotsindizierte Nachfrage, die hier um einen weiten Ermessungsspielraum begünstigt wird, und/oder einen Anstieg der sozialen Norm zurück.

**196.** Insgesamt gesehen ist die wissenschaftliche Datenlage zur zahnärztlichen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung unbefriedigend. Die zur Lösung von Versorgungsproblemen vorgeschlagenen Maßnahmen sind nur zum Teil gut belegt. Ein großer Anteil fachlich diskutierter Lösungsvorschläge ist noch nicht genügend abgesichert oder beurteilbar. Insbesondere auf dem Gebiet der Kieferorthopädie existieren bisher nur sehr wenige fundierte epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien.

#### **14.4.1 Interventionsbedarf für hinreichend sichere Problembewertungen und Lösungsmaßnahmen**

**197.** Einige in der Zahnmedizin existierenden Versorgungsprobleme weisen mehr als singuläre, lokale oder episodische Bedeutung auf. Die im folgenden genannten Beispiele zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie zur Qualifikation von Zahnärzten und zahnärztlichen Assistenzberufen fallen unter diese Kategorie. Gleichzeitig stehen hinsichtlich Angemessenheit, Umsetzbarkeit und Fristigkeit angemessen erscheinende Problemlösungsmaßnahmen zur Verfügung, so dass eine Einleitung entsprechender Ansätze empfohlen werden kann.

##### ***Primär- und Sekundärprävention (Vermeidung und Frühbehandlung oraler Erkrankungen)***

**198.** Der Mundgesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen konnte in Deutschland in den letzten Jahren deutlich verbessert werden. Bei Erwachsenen und Senioren sind orale Erkrankungen hingegen noch weit verbreitet. Insgesamt gesehen zeigt sich beim Auftreten von Mundkrankheiten wie Karies und Parodontopathien eine Tendenz zu altersbezogener und sozialer Polarisierung.

Wissenschaftlich fundierte Interventionen zur Verhütung von Zahnkrankheiten werden in Deutschland noch nicht breitenwirksam und flächendeckend eingesetzt. Dies gilt für sämtliche Altersstufen, wenn man das Ziel verfolgt, die bisher in Teilbereichen erzielten Präventionserfolge auf größere Bevölkerungsgruppen auszudehnen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Vermeidung von Risikofaktoren durch bestimmte Nahrungs- oder Genussmittel, zur Steigerung der Mundhygiene oder zur Verbesserung des Fluoridangebots erreichen noch nicht alle Bevölkerungsgruppen. Das Angebot risiko- bzw. bedarfsgerechter Gruppen- und Individualprophylaxe ist insgesamt gesehen noch defizitär. Die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen für präventive Maßnahmen sind als unvollständig bzw. veraltet zu bewerten. Die Aufwändungen für effektive und effiziente primär- und sekundärpräventive Maßnahmen sind im Vergleich zu den Aufwändungen für tertiärpräventive Maßnahmen noch zu gering.

Unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus Ländern mit langanhaltenden Erfolgen in der Vorsorge oraler Erkrankungen kann unter anderem der Ausbau von Gesundheitsförderung und -aufklärung, die Erhöhung der Aufwändungen für risikoorientierte Grup-

pen- und Individualprophylaxe und die Erhöhung des Marktanteils fluoridierten Speisesalzes zur Lösung der in Deutschland anzutreffenden Probleme beitragen. Es wird empfohlen, diese Lösungsansätze baldmöglichst zu realisieren (A)<sup>9</sup>.

### ***Tertiärprävention (Spätbehandlung oraler Erkrankungen)***

**199.** Die Therapie bereits symptomatisch gewordener oraler Erkrankungen ist in Deutschland unausgewogen. Adäquate tertiärpräventive Interventionen zum Erhalt oraler Strukturen (z. B. durch restaurative, endodontische oder parodontologische Eingriffe) werden noch nicht im erforderlichen Umfang erbracht. Dies zieht einen erhöhten invasiven Behandlungsbedarf zum Ersatz oraler Strukturen nach sich. Durch zahlreiche wissenschaftliche Studien ist ein langfristiger Zahnerhalt durch adäquate restaurative, endodontische und parodontologische Behandlungen belegt. Dennoch konnte epidemiologischen Studien zufolge zum Beispiel bei Erwachsenen mittleren Alters in den letzten Jahren keine Verringerung der Anzahl verlorengegangener Zähne erzielt werden. Ohne eine deutliche Erhöhung schadens- und risikogerecht durchgeführter restaurativer, endodontischer und parodontologischer Behandlungen wird mittelfristig eine Verringerung des Behandlungsbedarfs im Bereich von Zahnersatz kaum realisiert werden können. Aus diesem Grund wird empfohlen, innerhalb der Tertiärprävention den Anteil strukturerhaltender Interventionen erheblich zu steigern. Dies erfordert unter anderem eine Neubeschreibung und -bewertung des verfügbaren zahnärztlichen Leistungsspektrums (A).

### ***Qualifikation von Zahnärzten und Prophylaxepersonal***

**200.** Ein Teil der Versorgungsprobleme lässt sich auf eine verbesserungsbedürftige Qualifizierung von Therapeuten und Assistenzpersonal zurückführen. Insofern ist in der Zahnmedizin auch von Versorgungsproblemen auf systemischer Ebene auszugehen.

Die Ausbildung von Zahnärzten erfolgt in Deutschland unter ungünstigen Bedingungen einer stark veralteten Approbationsordnung aus dem Jahr 1955. Zur Lösung aktueller Probleme ist eine deutliche Verbesserung der Rahmenbedingungen der Zahn-, Mund- und Kieferkliniken für die Erfüllung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben erforderlich.

---

9 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

Es wird empfohlen, im Fall einer maßvollen Reduzierung von Ausbildungskapazitäten, die freiwerdenden Personal- und Sachmittel für eine Qualitätssteigerung der Forschung und Lehre (z. B. neue Unterrichtsformen, günstigere Betreuungsrelationen für Auszubildende) zu nutzen. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen an Universitätskliniken sollte mit einer baldigen Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung einhergehen (A).

**201.** Die Qualifikation nach dem Studium leidet an einem Mangel strukturierter Fortbildungen und versorgungsrelevanter Spezialisierungen in wichtigen zahnärztlichen Disziplinen. Dazu sollten vermehrt strukturierte Fortbildungs- wie auch Spezialisierungsmöglichkeiten angeboten und von den Zahnärztekammern unter Einbeziehung wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Universitäten bundesweit koordiniert werden. Analog zur zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sind auch bei einer systematischen und flächendeckenden Weiterqualifikation der zahnärztlichen Assistenzberufe noch große Anstrengungen erforderlich (A)

Die Zahl des Prophylaxepersonals, das einen bedeutenden Teil von präventiven Leistungen unter entsprechender zahnärztlicher Supervision erbringen könnte, sollte um ein Vielfaches angehoben werden (A).

#### **14.4.2 Entwicklungsbedarf für hinreichend sichere Problembewertungen und ernstzunehmende Lösungsmaßnahmen**

**202.** Für die im Folgenden genannten Beispiele versorgungsrelevanter Probleme existieren ernstzunehmende Lösungsansätze, die entweder bereits als modellfähig erachtet werden oder methodisch einer Versorgungsforschung bzw. Neueinrichtung/Weiterentwicklung angemessener Datenquellen gut zugänglich sind.

Als Beispiel für relevante Probleme, zu deren Lösung bereits evaluierbare Modelle vorliegen, ist der gesundheitliche Verbraucherschutz und die damit zusammenhängende Nachfragesteuerung anzuführen. Probleme, für die erst modellfähige Hinweise vorliegen, betreffen Elemente des Qualitätsmanagements in Zahnarztpraxen.



### ***Verbraucherschutz und Nachfragesteuerung (vgl. Band I, Kapitel 3)***

**203.** Der Verbraucherschutz ist im Bereich der Zahnmedizin unbefriedigend. Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass in Deutschland eine fachlich nicht nachvollziehbare Nachfragemanipulation in Zahnarztpraxen für zahnärztliche Interventionen besteht, die insbesondere das Risiko von Über- und Fehlversorgungen erhöht. Vor allem zahnmedizinische Körperschaften öffentlichen Rechts sollten ihre fachlichen Empfehlungen (Patientenratgeber usw.) künftig vermehrt am jeweils aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand orientieren.

**204.** Zur Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes wurden von verschiedenen Institutionen modellfähige Lösungsansätze vorgestellt. Dazu zählt unter anderem die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern und öffentlichem Gesundheitsdienst unter Einbeziehung ggf. weiterer Institutionen wie z. B. Universitäten, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbraucherberatungsstellen.

Es wird empfohlen, solche Lösungsansätze in Form von Modellprojekten zu etablieren sowie gleichzeitig ihre Effektivität und Effizienz wissenschaftlich zu evaluieren und kontinuierlich zu optimieren. Dazu sollten unter anderem Mittel im Rahmen der Förderungsmöglichkeiten des SGB V bzw. der Ressortforschung von Bundesministerien zur Verfügung gestellt werden (B).

### ***Qualitätsmanagement***

**205.** Das Qualitätsmanagement ist im Bereich der Zahnmedizin verbesserungsbedürftig. Die Rahmenbedingungen, die der Zahnärzteschaft in Deutschland vorgegeben werden, setzen falsche Anreize. Sie sind nicht geeignet, angemessene und qualitativ hochstehende zahnärztliche Interventionen zu fördern. Aktuelle Vorschläge zur Lösung vorhandener Qualitätsprobleme sind zum Teil sehr heterogen und in ihren Einzeleffekten, unter anderem wegen geringer Datentransparenz, wenig überprüft. Neben einer Erhöhung der fachlichen Qualifikation von Zahnärzten und zahnärztlichem Assistenzpersonal wird unter anderem die Objektivierung und Transparenz betriebswirtschaftlicher Kalkulationen von Leistungshonorierungen, die Einführung von Begründungen für bestimmte Interventionen als Voraussetzung für deren Abrechenbarkeit, die Definition aktueller Behandlungsstandards auf der Grundlage regelmäßiger Konsensuskonferenzen

bzw. die Erarbeitung von Leitlinien, die Weiterentwicklung von Vorbegutachtungen, Gewährleistungen und Bonus-Malus-Systemen sowie die Einführung differenzierter finanzieller Eigenbeteiligungen von Patienten diskutiert.

**206.** Es wird empfohlen, die zahnmedizinische Versorgungsforschung deutlich auszubauen und unter Benennung von Gesundheitszielen auch Effekte der oben genannten Einzelelemente auf die Versorgungsrealität zu berücksichtigen. Neben dem bisher zur Verfügung stehenden Datenmaterial können stichprobenartige Qualitätserfassungen in anonymisierter Form dazu beitragen, Versorgungsprobleme aufzudecken. Um den Datenzugang zu verbessern und gleichzeitig den Erfordernissen des individuellen Datenschutzes Rechnung zu tragen, müssen dabei ggf. datenschutzrechtliche Bestimmungen angepasst werden. Systematische Auswertungen der Ergebnisse von Qualitätserfassungen können unter anderem als Grundlage für die Optimierung von zahnärztlichem Qualitätsmanagement, Fortbildung und Aufklärung der Bevölkerung herangezogen werden. Auch für solche Projekte sollten die Förderungsmöglichkeiten des SGB V bzw. der Ressortforschung von Bundesministerien vermehrt genutzt werden (C).

### ***Kieferorthopädie***

**207.** Im Rahmen der Kieferorthopädie dominieren in Deutschland immer noch Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, obwohl festsitzende zu schnelleren und besseren Ergebnissen führen. Eine Neufassung der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen sollte eine veränderte Honorierung von herausnehmbaren und festsitzenden Apparaturen vorsehen und zudem über Leistungskomplexe unnötigen Mengenausweitungen vorbeugen (B).

Die Behandlung von Jugendlichen mit kieferorthopädischen Maßnahmen überschreitet in der GKV mit über 60 % alle internationalen Normwerte, die zwischen 12,5 % und 45 % liegen. Diese Rate übertrifft sogar den subjektiven Behandlungswunsch der Jugendlichen. Diese auffälligen Relationen sprechen für eine Objektivierung der Befunderhebung mit Hilfe valider Indizes. Als Orientierung für eine solche Objektivierung der Befunderhebung können der IOTN und der DAI dienen (C). Ergänzend sollte eine verbindlichere Gestaltung des Gutachterwesens hinzutreten.

### **14.4.3 Investigationsbedarf für ernstzunehmende Problembewertungen und Lösungsmaßnahmen**

#### ***Objektivierung der Behandlungsbedürftigkeit***

**208.** Es liegen bislang keine allgemein akzeptierten Definitionen von zahnmedizinischem Bedarf vor. Es existiert ein unscharfer Überlappungsbereich zwischen objektiver Bedarfserfüllung (durch die sog. *need-dentistry*) und subjektiver Bedarfserfüllung (durch die sog. *elective-* oder *want-dentistry*). Dies führt zu einem großen Ermessensspielraum bei der Einschätzung von zahnmedizinischer Behandlungsbedürftigkeit mit einem hohen Risiko eines Nebeneinanders von Unter- und Überversorgung. Betroffen sind alle Disziplinen der Zahnmedizin. Als Grundlage für objektivierbare Entscheidungsfindungen werden diverse ‚*Indices of Treatment Needs*‘ diskutiert, die aber noch nicht zu allgemein konsensfähigen Ergebnissen geführt haben. Ziel ist es, durch solche Indices die Befunderhebung zu objektivieren und damit nachprüfbar zu machen. Richtlinien von Kostenträgern könnten dann vermehrt befund- und weniger therapiebezogen formuliert werden. Es wird empfohlen, ‚*Indices of Treatment Needs*‘ weiterzuentwickeln und in der Praxis anzuwenden, um befundorientierte Indikationssysteme zu etablieren, die die Behandlungsnotwendigkeit sachgerechter als bisher definieren (D).

#### ***Diagnostik***

**209.** Es existieren zahlreiche ernstzunehmende Hinweise für Unter- wie auch Fehl- und Überdiagnostik oraler Erkrankungen. Die zur Zeit gültigen zahnärztlichen Leistungs- bzw. Bewertungskataloge tragen wenig zu einer adäquaten, risikoorientierten Diagnostik bei. Vorschläge für eine neue Beschreibung liegen vor oder sind in Bearbeitung. Ihre Umsetzbarkeit erscheint möglich, muss aber noch im Detail geprüft werden. Im Hinblick auf die Dringlichkeit einer verbesserten Diagnostik als unverzichtbare Grundlage für zum Teil extensive und kostspielige zahnärztliche Interventionen wird empfohlen, ein neues, aufeinander abgestimmtes System von basisdiagnostischen und weiterführenden diagnostischen Leistungen in Verbindung mit Modellprojekten zu etablieren und in Form begleitender wissenschaftlicher Evaluationen zu überprüfen (D).

## 14.5 Literatur

- AAP (American Academy of Periodontology) (1997): AAP News Oktober/1997, 4.
- American Academy of Periodontology (1998): 1997 Sunstar-chapel hill symposium on periodontal diseases and human health: New directions in periodontol medicine. *Annals of Periodontology* 3, 254.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2000): Gruppenprophylaxe 2000, Kassel, November 2000.
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Zahnmedizin (1988): Studienhandbuch des Projekts Qualitätssicherung in der Zahnmedizin – Definitionsphase. Würzburg, März 1988.
- Arzneimittelkommission Zahnärzte der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (2000): Informationen über zahnärztliche Arzneimittel, Köln.
- Baderstein, A., Nilveus, R. and Egelberg, J. (1984): Effect of non-surgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. *J Clin Periodont* 11, 63.
- Bailer, J., Rist, F., Rudolf, A. und Staehle, H. J. (2000): Amalgamsensitivität, allgemeine Sensitivität gegen Umweltstoffe und psychische Beeinträchtigung. *Zeitschr Klin Psychologie und Psychotherapie* 29, 24.
- Bailer, J., Rist, F., Rudolf, A., Staehle, H.J., Eickholz, P., Triebig, G., Bader, M. and Pfeifer, U. (2001): Adverse health effects related to mercury exposure from dental amalgam fillings: toxicological or psychological causes? *Psychological Medicine* 31, 255.
- Barbakow, F., Lutz, F. und Toth, L. (1995): Materialien und Techniken bei Wurzelkanalbehandlungen in der Schweiz – eine Standortbestimmung. *Schweiz Monatschr Zahnmed* 105, 1265.
- Bauch, J. (1995): Prophylaxe ein Leben lang. Köln.
- Bauer, J. und Huber, H. (1999): Markttransparenz beim Zahnersatz – Befunde, Therapiepläne und Kosteneinschätzungen im Vergleich. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO).
- Bauer, J., Neumann, T. und Saekel, R. (1995): Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994 – Erfolge, Defizite, Aussichten. Berlin.
- Becker, E., Niemann, F.-M., Brecht, J. G. und Beske, F. (1990): Bedarf an Zahnärzten bis zum Jahre 2010. Köln.
- Beckmann, W.: Persönliche Mitteilung vom 28. September 2000.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (1988): Bundesdrucksache 200/88, 167, 275.
- Boehme, P. (2000): Schweizer Präzision oder deutsche Gründlichkeit. *Zahnärztl Mitt* 90 (13), 1586 (10).
- Boemans, B., Lorbeer, J. und Wetzels, W.-E. (1997): Häufigkeit der Milchzahnkaries bei Kleinkindern. *Oralprophylaxe* 19, 133.
- Böning, K. (1999): Leitlinien in der Zahnmedizin. In: Walter, M., Böning, K. (Hrsg.): *Public Health und Zahngesundheit – Mundgesundheitsziele Workshop Freiburg 1999*. Forschungsverbund Public Health Sachsen. Regensburg.
- Bouma, I. (1987): On becoming edentulous. An investigation into the dental and behavioral reasoning for full mouth extractions. Groningen.

- Bradshaw, J. (1972): A taxonomy of social need problems and progress in medical care. Seventh series. Oxford.
- Bronkhorst, E. M., Truin, G. J. and Wiersma, M. T. (1994): Future scenarios on dental health care. A reconnaissance of the period 1990-2020. Dordrecht.
- Brook, P. H. and Shaw, W. C. (1989): The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod.*, Vol. 11, S. 309 - 320.
- Brückmann, J. (1996): Anforderungen an ein effizientes Gutachterwesen. *Der Artikulator* Nr. 56, 21.
- Brückmann, J. (1998a): Kammereigene Patientenberatung: Bei den wichtigen Fragen wird gemauert. *Der Artikulator* Nr. 65, 13.
- Brückmann, J. (1998b): Gutachterwesen? – Nichts genaues weiß man nicht. *Der Artikulator* Nr. 62, 11.
- Brückmann, J. (1999): Zeitbedarf und Praxiskosten müssen die Honorare bestimmen. *Der Artikulator* Nr. 68, 13.
- Brückmann, J. und Schlömer, R. (1996): Das Tübinger Modell – eine kritische Bestandsaufnahme. *Der Artikulator* Nr. 55, 29.
- Brückmann, J. und Schlömer, R. (1999): Verbessertes Gutachterwesen als zentrales Element der Selbstverwaltung. *Der Artikulator* Nr. 67, 10.
- Brückmann, J. und Strippl, H. (2001): Am Anfang stehen Anamnese und Befunderhebung. Vorschläge zur Neugestaltung der BEMA-Position „01“. *Der Artikulator* Nr. 72, 6.
- Burgersdijk, R., Truin, G. J., Frankenmolen, F., Karlsbeek, H., van't Hof, M. and Mulder, J. (1991): Malocclusion and orthodontic treatment need of 15-74 year old Dental adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol. 19, S. 64-67.
- Büttner, M. (1980): Das Basler Prophylaxeprogramm und seine kieferorthopädischen Auswirkungen. *Fortschr. Kieferorthop.*, Bd. 41, S. 533-541.
- BZÄK (Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer) (2000c): Rahmenvereinbarung der Bundeszahnärztekammer für eine strukturierte Fortbildung mit Kammerzertifikat. Köln/Dresden.
- BZÄK (Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer) (2000d): Patientensouveränität. Einstimmig verabschiedete Resolution vom 03. und 04. November 2000 in Dresden.
- BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (1996): Mundgesundheitsziele der deutschen Zahnärzteschaft. *Zahnärztl Mitt* 86 (19), 2188 (20).
- BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (1998): Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis. Köln.
- BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2000a): Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe Baustein zum Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“. Köln.
- BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2000b): Gesunde Zähne fangen im Bauch an. Köln.
- Carl, J.-W. (1997): Die Bedeutung der zahnärztlichen Prävention für das Gesundheitswesen – Mehr Mundgesundheit führt zu weniger Kosten im Gesundheitswesen. In: Merke, K. (Hrsg.): *Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?* Berlin.
- Christensen, G. J. (1995): A Void in U. S. Restorative Dentistry. *J Am Dent Assoc* 126, 244.
- Christensen, G. J. (1997): Restoration or crown?. *J Am Dent Assoc* 128, 771.

- Christensen, G. J. (1999): Masters of esthetic dentistry. *J Esth. Dent* 11, 278.
- Cohen, L. K. and Gift, H. C. (Eds) (1995): Disease prevention and oral health promotion – Socio-dental science in action. Copenhagen.
- Cox, H.: Persönliche Mitteilung über die Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsstrukturen“ des Gesundheitsforums Baden-Württemberg. Tübingen, 23.03.2001.
- Cunningham, S. J. (2000): Economic evaluation of healthcare – is it important to us? *Br Dent J* 188, 250.
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) (1998/99): Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen. DAJ-Jahresauswertung 1998/99.
- DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde) (2000) – Informationsstelle für Kariesprophylaxe. Presseinformation vom Dezember 2000.
- Degussa Dental (2000a): Es gibt Menschen, die haben mehr Materialien im Mund als in der Mülltonne. *Die Zahnarzt Woche (DZW)*, 9/00, 1, 4,12.
- Degussa Dental (2000b): Golden-Gate-System und Gesundheitsschutz. *Dental-Labor* 48, 482.
- Degussa Dental (2000c): In vitro-Studie: Definite zeigt beste Bioverträglichkeit. *GZM-Praxis und Wissenschaft* 5, 49.
- Demmel, H.-J. (2000): Die Zukunft der Zahnmedizin. Konsenspapier des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Arbeitsgruppe Zahnmedizin im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und des Arbeitskreises Psychologie und Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Medizinpsychologie (DGMP). Marburg, 22.01.2000.
- Department of Health and Social Security (1986): Report of the committee of enquiry into unnecessary dental treatment. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Dohnke- Hormann, S. und Reich, R. (1995): Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin, Teil I, Berlin.
- Domdey, A. (1999): Mundgesundheitsziele aus Sicht eines Kostenträgers. In: Walter, M., Böning, K. (Hrsg.): *Public Health und Zahngesundheit – Mundgesundheitsziele Workshop Freiburg 1999*. Forschungsverbund Public Health Sachsen. Regensburg.
- Einwag, J. (2000): Die Feuertaufe ist bestanden. *ZMK* 9/00, 599.
- Elderton, R. J. (1993): Overtreatment with restorative dentistry: when to intervene? *Int Dent J* 43 (1), 17.
- Elderton, R. J. and Nuttall, N. M. (1983): Variation among dentists in planning treatment. *Br Dent J* 154, 201.
- Eriksen, H. M., Bersest, G. P., Hansen, B. F. and Bjertness, E. (1995): Changes in endodontic status 1973-1993 among 35-year-olds in Oslo, Norway. *Int Endodont J* 28, 129.
- Fanghänel, J., Giessenberg, J., Splieth, C. and Kocher, Th. (2000): About the level of residual periodontal ligament and tooth extraction. *J Dent Res* 79 (Spec Iss), 578 (Abstr. No. 3473).
- FDI (Fédération Dentaire Internationale) (2000): Dental Workforce 1990/2000. [www.fdi.org.uk/informatics](http://www.fdi.org.uk/informatics).

- Fedderwitz, J. (1998): Parodontalbehandlung im Konzept von Vertrags- und Wahlleistungen. Zahnärztl Mitt 88 (22), 44.
- Genco, R. J., Scannapieco, F. A. and Slavkin, H. C. (2000): Oral Reports. The Sciences, 25-30. November/December 2000.
- Grembowski, D., Fiset, L., Milgrom, P., Forrester, K. and Spadafora, A. (1997): Factors influencing the appropriateness of restorative dental treatment: an epidemiologic perspective. J Public Health Dent 57 (1), 19.
- Hahn, B. (1999a): Mehr Zielorientierung für die Gruppenprophylaxe. Der Artikulator Nr. 66, 8.
- Hahn, B. (1999b): Vorschlag für eine Reform des IP-Systems. Der Artikulator Nr. 66, 1012.
- Hahn, B. (1999c): Bedarfsorientierte Prävention. Der Artikulator Nr. 71, 26.
- Hahn, B., Brückmann, J. und Piatscheck, J. (2001): Wie kommt mehr „Prävention in den BEMA?“ . Der Artikulator Nr. 72, 10.
- Hall, W. B. (1998): Decision making in dental treatment planning. St. Louis.
- Harhammer, R. (2001): Zur Risikobewertung des zahnärztlichen Füllungswerkstoffes Amalgam. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 44, 149.
- Harzer, W. (2000): Kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit und optimaler Überweisungszeitpunkt zum Fachzahnarzt. Zahnärztl. Gesundheitsdienst, 1/00, S. 12-13.
- Harzer, W., Wiesner, R., Schubert, J. and Tausche, E. (1998): Normal and anomalous development of dentition in 8768 Dresden school children between the ages of 6 to 16-years – conclusions for the ideal timing of orthodontic prevention and therapy. In: R. Manz and W. Kirch (ed.): Public Health Research and Practice, Regensburg.
- Heidemann, D. und Staehle, H. J. (2001): Modelle zur Etablierung wissenschaftlich fundierter Qualifizierungsprogramme für Zahnärzte. In: Heidemann, D. (Hrsg.), Deutscher Zahnärztekalender 2001, Köln, München.
- Hellwig, E. (1999): Hat die Forschung im Bereich Kariesprävention eine Zukunft? Prophylaxe impuls 3 (4), 242.
- Heners, M. (1995): Wirksamkeit und Bedeutsamkeit – Qualität in der Zahnheilkunde. In: Walther, W., Heners, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Anspruch und Wirklichkeit. Heidelberg.
- Heners, M. (1999): Zahnärztliche Qualitätssicherung – Abschied vom „Handwerkermodell Zahnheilkunde“. In: Interdisziplinäre Fortbildungswoche der SSO IFW'99 – Qualität '99 – Wissenschaft und Praxis im Dialog. Basel.
- Heners, M. und Walther, W. (2000): Zahnärztliche Qualitätssicherung. Schweiz Monatsschr Zahnmed 110, 51.
- Hetz, G. (2001a): Weg von der Gängelung – raus aus der Gebührenordnung. Dentalspiegel 21 (4), 26.
- Hetz, G. (2001b): Die „IGEL-Liste“ auch beim Zahnarzt? Dental Magazin 19 (1), 95.
- Hetz, G. (2001c): Musterformular Patienteninformation „Unser Leistungsspektrum“ Dental Magazin 19 (1), 102.
- Hey, H.-W. (1978): Die kranke Apollonia. Zur Situation der Zahnärzte und der kassenzahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik. München.

- Hey, H.-W. (2000): Bemühungen um das individuelle Optimum – Qualitätsleitlinien der SSO DAZ-forum 19 (71), 36.
- Hickel, R. and Manhart, J. (2001): Longevity of restorations in posterior teeth and reasons for failure. *J Adhesive Dent* 3, 45.
- Hujoel, P. P., Leroux, B. G., Selipsky, H. and White, B. A. (2000): Non-surgical periodontal therapy and tooth loss. A cohort study. *J Periodontol* 71, 736.
- Hülsmann, M. (1994): Retreatment decision making by a group of general dental practitioners in germany. *Int Endod J* 27, 125.
- Hülsmann, M. (1995a): Epidemiologische Daten zur Endodontie (I) – USA, Großbritannien, Schottland, Israel, Schweiz, Österreich, Niederlande, Polen, Japan. *Endodontie* 4 (3), 193.
- Hülsmann, M. (1995b): Epidemiologische Daten zur Endodontie (II) – Skandinavische Länder (Finnland, Norwegen, Schweden). *Endodontie* 4 (4), 289.
- Hülsmann, M. (1996): Epidemiologische Daten zur Endodontie (III) – Bundesrepublik Deutschland, ehemalige DDR und abschließende Diskussion. *Endodontie* 5 (1), 51.
- Hülsmann, M., Franz, B. und Lorch, V. (1995): Endodontische Versorgung und endodontischer Behandlungsbedarf im parodontal geschädigten Gebiß. *Dtsch Zahnärztl Z* 50, 454.
- Hülsmann, M., Lorch, V. und Franz, B. (1991): Untersuchung zur Häufigkeit und Qualität von Wurzelfüllungen: eine Auswertung von Orthopantomogrammen. *Dtsch Zahnärztl Z* 46, 296.
- IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (1991): Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland, Köln.
- Imfeld, T. N. (1991): Prevalence and quality of endodontic treatment in an elderly urban population of Switzerland. *J Endo* 17 (12), 604.
- Implant Innovations Deutschland (ohne Jahresangabe): Patient Maker TM. Karlsruhe.
- Initiative proDente (2000): Wellness beim Zahnarzt „wunderbar gepflegt“. Sonderveröffentlichung, S. 1, 08.12.2000.
- J. G. (1999a): Qualitätssicherung, Patientenberatung und zertifizierte Fortbildung im Mittelpunkt. *Zahnärzteblatt Baden-Württemberg* 27 (11), 223.
- J. G. (1999b): GOZ, Zweitmeinung, Gleichwertigkeitsprüfung. *Zahnärzteblatt Baden-Württemberg* 27 (12), 8.
- Jäger, P. (1999): Zahnmedizinstudenten gesucht. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 109, 58.
- Jedynakiewicz, N. M. and Martin, N. (2001): Posterior restorations – a clinical view. *J Adhesive Dent* 3, 101.
- Jenny, J., Cons, N. C. and Kohout, F. G. (1986): *The Dental Aesthetic Index*, Iowa City, College of Dentistry, Univ. of Iowa.
- John, M. und Micheelis, W. (2000): Lebensqualitätsforschung in der Zahnmedizin: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. Informationsdienst des Instituts der deutschen Zahnärzte Nr. 4/2000.
- Joss, A., Christensen, M., Jakob, S., Oberholzer, G. und Lang, N. (1999): Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich. *Acta Med Dent Helv* 4, 77.
- Kahl, B. und Schwarze, C. W. (1992): Subjektive und objektive Bewertung von Langzeituntersuchungsbefunden durchschnittlich 17 Jahre nach Therapieabschluss. *Fortschr. Kieferorthop.*, 53. Jg., S. 161-166.



- Kamann, W. K. und Gängler, P. (2000): Füllungsreparatur und Reparaturfüllung. Schweiz Monatsschr Zahnmed 110, 3.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (ohne Jahresangabe)a: Jede Zahnücke kann geschlossen werden. Informationsbroschüre Nr.12.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (ohne Jahresangabe)b: Funktionsanalyse. Informationsbroschüre Nr.15.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ohne Jahresangabe): Klinische und instrumentelle Funktionsanalyse. Informationsbroschüre Nr. 3.
- Kaufhold, R., Biene-Dietrich, P., Hofmann, U., Micheelis, W., Scheibe, L. und Schneider, M. (1999): Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe. Herausgeber: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Band 22, Köln.
- Kaufhold, R., Meyer, V. P. and Fink, D. (2001): Comparison of dental fees in Europe. HEPAC 2 (1), 11.
- Käyser, A. F. (1981): Shortened dental arches and oral function. J Oral Rehabil 8, 457.
- Kerschbaum, T. (2000): Evidenz-basierte Zahnheilkunde als Grundlagen der prothetischen Therapie. In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln.
- Kerschbaum, T. (2001): Die Zukunft der zahnärztlichen Prothetik. Dtsch Zahnärztl Z 56, 279.
- Kerschbaum, T., Micheelis, W. und Fischbach, H. (1996): Prothetische Versorgung in Ostdeutschland – eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54jährigen. Dtsch Zahnärztl Z 51, 452.
- Kerschbaum, T., Micheelis, W., Fischbach, H. und von Thun, P. (1994): Prothetische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland – Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen. Dtsch Zahnärztl Z 49, 990.
- Kerschbaum, T., Biffar, R. und Walter, M. (2001): Behandlungsbedarf mit Zahnersatz bis zum Jahre 2020. Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde. Presse-text
- Klimek, J., Kockapan, C. und Borchert, J. (1995): Häufigkeit und Qualität von Wurzelkanalfüllungen in den Jahren 1983 bis 1991. Dtsch Zahnärztl Z 50, 154.
- Knutsson, K., Lysell, L. and Rohlin, M. (2000): Dentists' judgement strategies on prophylactic removal of mandibular third molars. J Dent Res 79 (12), 1989.
- Knutsson, K., Lysell, L., Rohlin, M., Brickley, M. and Sheperd, J. P. (2001): Comparison of decisions regarding prophylactic removal of mandibular third molars in Sweden and Wales. Br Dent J 190, 198.
- Kocher, T., König, J., Dzierzon, U., Sawaf, H. and Plagmann, H.-C. (2000): Disease progression in periodontally treated and untreated patients – a retrospective study. J Clin Periodontol 27, 866.
- Köhn, M. (1992): Technizismus ist überholt. Zahnarzt braucht Prothesen nicht herstellen zu können. Der Artikulator Nr. 38, 23.
- Kreisgesundheitsamt Groß-Gerau (1998): Ausgaben für Zahnersatz aus Mitteln der Sozialhilfe 1988 – 1998. Groß-Gerau.
- Künzel, W. (1997): Caries decline in Deutschland. Heidelberg.

- Künzel, W. (1999): Orale Gesunderhaltung bis ins hohe Alter – Utopie oder erreichbare Realität? Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 29 (4), 4.
- Künzel, W. (Hrsg.) (1994): Multinationale Studie zur Ermittlung des gerostomatologischen Behandlungsbedarfs – Ergebnisse und Empfehlungen. WHO-Kollaborationszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Bereich Erfurt der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Erfurt.
- KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (1999): Jahrbuch 1999, Köln.
- KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2000): Jahrbuch 2000, Köln.
- Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg (1998): Planung und Ziele der Zahngesundheitsförderung in Baden-Württemberg für den Zeitraum 1998 bis 2003. Stuttgart.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2000): Zahngesundheit bei 12jährigen in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer landesweiten Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000. Stuttgart.
- Lehmann, K. M. und Stachniss, V. (2000): Aspekte einer zukunftsorientierten propädeutischen Ausbildung in den restaurativen Fächern der Zahnheilkunde. Dtsch Zahnärztl Z 55, 515.
- Lenke, U. (2000): Entwicklung und Stand der zertifizierten Fortbildung: Die Zukunft hat schon begonnen. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 28 (5), 8.
- Lindhe, J., Socransky, S. S., Nymann, S., Haffajee, A. and Westfelt, E. (1982): „Critical probing depth“ in periodontal therapy. J Clin Periodont 9, 323.
- Lorbeer, J., Boemans, B. und Wetzel, W.-E. (1998): Karieshäufigkeit bei Kindergartenkindern. Oralprophylaxe 20, 95.
- Löst, C. (1999): Die Spezialisierungen kommen – so oder so! Zahnärztl Mitt 89 (5), 502 (38).
- Löst, C. (2000): Für Generalisten und Spezialisten. Zahnärztl Mitt 90 (10), 1174 (22).
- Löst, C. (2001): Endochirurgische Therapie. In: Heidemann, D. (Hrsg.), Endodontie (4.ed). München.
- M. H. (1999a): Koordinierungskonferenz zur Zweitmeinung: „Ein ganz natürliches Verbraucherverhalten“. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 27 (11), 26.
- M. H. (1999b): Patientenberatung in Deutschland: Die Zahnärzteschaft hat bereits Fakten geschaffen. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 27 (12), 26-27.
- Maibach-Nagel, E. (2001a): Zukunftsmodell Zahngesundheit. Zahnärztl Mitt 91 (8), 890 (38).
- Maibach-Nagel, E. (2001b): Wo der Schuh drückt. Zahnärztl Mit 91 (11), 1272 (28).
- Marcus, M. and Spolsky, V. (1998): Concepts of quality and the provision of periodontal care: a survey. J Periodontol 69 (2), 228.
- Marthaler, T. M. (1998a): Zur Wirksamkeit der Kollektivprophylaxe in Schulen und Kindergärten. DAZ-forum 17 (60), 12.
- Marthaler, T. M. (1998b): Leserbrief. DAZ-forum 17 (61), 51.
- Marthaler, T. M. (1999a): Mit einem Drittel des Aufwandes doppelt so gute Ergebnisse. DAZ-forum 18 (65), 40.
- Marthaler, T. M. (1999b): Die Zeit der großen Sanierungen – ihr Ende ist eingeläutet. Prophylaxe impuls 3 (4), 230.

- Marthaler, T. M. (2000): Das Wagnis langfristiger Voraussagen ist zu begrüßen. DAZ-forum 19 (69), 23.
- Maupome, G. (1998): A comparison of senior dental students and normative standards with regard to caries assessment and treatment decisions to restore occlusal surfaces of permanent teeth. J Prosthet Dent 79 (5), 596.
- Mayes, D. S. (1993): Managed Dental Care: A Guide to Dental HMOs. International Foundation of Employee Benefit Plans.
- Melchart, D., Wühr, E., Weidenhammer, W. and Kremers, L. (1998): A multicenter survey of amalgam fillings and subjective complaints in non-selected patients in the dental practice. Eur J Oral Sci 106, 770.
- Merx, T. (2000): Selbstzahlerleistungen: Potenziale entdecken – Nachfrage steigern. Zahnarzt Wirtschaft – Praxis 6 (6), 40.
- Meyle, J. (2000): Evidenz-basierte Konzepte in der parodontologischen Praxis. In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln.
- Micheelis, W. (1998): Soziale Einflüsse auf das Mundgesundheitsverhalten. In: Micheelis, W., Grundlagen der Dental-Soziologie. Köln.
- Micheelis, W. und Bauch, J. (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland, Köln.
- Micheelis, W. und Dünninger, P. (Gesamtbearbeitung) (1993): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der zahnärztlichen Versorgung. Herausgegeben vom Institut der Deutschen Zahnärzte. Köln.
- Micheelis, W. und Reich, E. (Gesamtbearbeitung) (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Herausgeber: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Band 21, Köln.
- Neugebauer, S. und Türp, J. C. (2001): Vorsicht Internet! Webseiten über Myoarthropathien des Kausystems. Schweiz Monatsschr Zahnmed 111 (3), 299.
- Neumann, T. (1996): Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland: Personelle Infrastruktur – Ein Vergleich mit ausgewählten Ländern. DOK Heft 4, S. 116-119, Doku-Nr. 074-22/820.4).
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1998): The University of New York, Vol. 3, Issue 2, October 1998. Zitiert aus DAZ-forum 18 (67), 46 (1999).
- Niederman, R. (2000): Zitiert nach Richards, D.: Entscheidungsfindung auf der Grundlage der besten externen wissenschaftlichen Evidenz: Eine Herausforderung für den Wissenschaftler und den Praktiker. In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln, München.
- Niekusch, U. und Wagner, C. (2000): Konzept einer zahnärztlichen Patientenberatungsstelle. Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis. Heidelberg.
- Nuttall, N. M. (1983): Capability of a national epidemiological survey to predict general dental service treatment. Community Dent Oral Epidemiol 11 (5), 296.
- O'Brien, K., Shaw, W. C. and Roberts, C. T. (1993): The use of occlusal indices in assessing the provision of orthodontic treatment by the hospital orthodontic Service of England and Wales. Br J Orthod, Vol. 20, S. 125-135.
- Oehler, K. (2000): Zahnmedizin zwischen Recht und Realität in Deutschland. In: Heiß, G. (Hrsg.), Wie krank ist unser Gesundheitswesen? Mainz.

- Osswald, R. (1999): Strukturreform im Gesundheitswesen 2000 – Beispiel Zahnheilkunde. DAZ-Forum 18, 64/1999, 7-26.
- Perleth, M., Jakubowski, E. und Busse, R. (2000): „Best Practice“ im Gesundheitswesen – oder warum wir eine evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Health Technology Assessment brauchen. Z ärztl Fortbild Qual sich (ZaeFQ) 94 (9), 741.
- Pfaff, G. (1999): Zahngesundheit bei Migranten. Ergebnisse der Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 1997, Dokumentation der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg vom 6. Oktober 1999.
- Pieper, K. (1998): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn.
- Pieper, K. (1999): Bericht über eine Bedarfsschätzung an Kinderzahnärzten des Counciler Meetings der IAPD anlässlich der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe am 15.10.99 in Erlangen.
- Portmann, P. und Lussi, A. (2000): Bedenken bei Amalgam und anderen Restaurationsmaterialien: Erfahrungen der Zahnärzte in den drei Sprachregionen der Schweiz (Teil 1). Schweiz Monatsschr Zahnmed 110, 384.
- Pr/pm (2001): Zeitmess-Studie gestartet. Zahnärztl Mitt 91 (8), 868 (16).
- Raff, A., Wissing, K.-H. und Liebold, R. (2000): Kommentar zum BEMA-Z. KZV-Ausgabe, 22. Ergänzungslieferung. Sankt Augustin, Mai 2000.
- Regionale KZV-Berichte über die Auswirkungen der PAR-Vorbegutachtung 1998.
- Reich, E. (1999): Public Health – Entwicklungen und Potenziale – Globale und regionale Gesundheitsziele. In: Walter, M., Böning, K. (Hrsg.), Public Health und Zahngesundheit - Mundgesundheitsziele Workshop Freiburg 1999. Forschungsverbund Public Health Sachsen. Regensburg.
- Reich, E. (2000a): Evidenz-basierte Zahnheilkunde in der Kariestherapie. In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln.
- Reich, E. (2000b): Empfehlungen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe. Stellungnahme der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 55, 793.
- Reich, E. (2001a): Paradigmenwechsel in der Zahnheilkunde aus oralepidemiologischer Sicht. In: Institut der Deutschen Zahnärzte, Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch. Köln.
- Reich, E. (2001b): In der Forschung liegt Deutschland weit zurück. Rheinisches Zahnärzteblatt 44 (4), 210.
- Richards, D. (2000): Entscheidungsfindung auf der Grundlage der besten externen wissenschaftlichen Evidenz: Eine Herausforderung für den Wissenschaftler und den Praktiker. In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln, München.
- Richmond, S. and Daniels, C. P. (1998): International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 2 – Treatment outcome. Amer J of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, March (1998), S. 324-328.
- Riedel, E. (2000): Wie dehnbar ist der Qualitätsbegriff? DAZ-forum 19 (70), 16.
- Rocke, S. (2000): The war on fraud and its effect on dentistry. J Am Dent Assoc 131, 241.
- Roeters, J. J. (2001): Extended indications for directly bonded composite restorations: a clinical view. J Adhesive Dent 3, 81.

- Rumetsch, W. (1995): Qualitätssicherung - „Das Tübinger Modell“. In: Walther, W., Heners, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Anspruch und Wirklichkeit. Heidelberg.
- Saekel, R. (1999): Die Mundgesundheit der Deutschen - eine Erfolgsbilanz. Die BKK 11/99, 502.
- Saekel, R. (2000): Vortrag auf dem 7. Strategie-Workshop der KZV Tübingen und der KZV Sachsen, Ulm, 07. April 2000.
- Saekel, R. und Brodmann, G. (2001): Kieferorthopädie auf dem Prüfstand: Schattendasein und Überversorgung. Die Betriebskrankenkasse, 2/2001, S. 70-78.
- Schiffner, U. (1997): Karies - eine Infektionserkrankung? Zur Bedeutung der Primär-Primärprophylaxe. Oralprophylaxe 19, 174.
- Schirborth, K. H. (2001): Wer vorsorgt, spart später Kosten. In: Straßmeier, W., Kampagne der KZBV: Zukunftsmodell Zahngesundheit. Der Freie Zahnarzt 45 (5), 12.
- Schlömer, R. (2000): Kieferorthopädie unter den Gesichtspunkten eingeschränkter Ressourcen. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1/00, S. 5-6.
- Schmalz, G. (1998): Statement über eine EMNID-Umfrage zum Thema Amalgam. Zahnärztl Mitt 86 (11), 1285 (35).
- Schneider, M. (2000): Defensive Zahnheilkunde aus Sicht der GKV. DAZ-forum 19 (70), 43.
- Schopf, P. (1992): Prophylaxe und Kieferorthopädie. In: J. Schmuth (Hrsg.): Praxis der Zahnheilkunde, Bd. 12, Kieferorthopädie II, München.
- Schopf, P. (2000): Kieferorthopädische Therapien werden verkürzt oder überflüssig, DZW 39/00 v. 27. Sept. 2000.
- Schulte, A., Pieper, K., Charalabidou, O. and Stoll, R. (1998): Prevalence and quality of root canal fillings in a German adult population. Clin Oral Invest 2, 67.
- Schwarze, T., Lübke, D. und Geurtsen, W. (1999): Wurzelkanalbehandlungen in deutschen Zahnarztpraxen. Dtsch Zahnärztl Z 54, 677.
- Sinha, M. (1993): Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 18. Baden-Baden.
- Sinha, M. (1998): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Wiesbaden.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S. 2626).
- Splieth, C. (1992): Veränderungen der Kariesprävalenz, Strategien und Erfolge in der Prävention von Karies: Ein Vergleich zwischen den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Med Diss, Göttingen.
- Splieth, C., Bernhardt, O. und Meyer, G. (1996): Veränderungen der Kariesprävalenz für die zweite Dentition in den USA und der Bundesrepublik Deutschland (ABL). Oralprophylaxe 18, 159.
- Splieth, C., Hensel, E., Kocher, T. und Schwahn, C. (1997): Zusammenhänge zwischen Kariesrisikoparametern und dmfs-Werten bei Greifswalder Einschülern. Prophylaxe impuls 1 (2), 74.
- SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft) (2000): Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin. Bern.

- SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft) (2001): Modellpraxis. Im Internet abrufbar unter [www.sso.ch](http://www.sso.ch).
- Staehele, H. J. (1996a): Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland - Förderung erfolgversprechender Strategien, Aufholung von Versäumnissen, Korrektur von Fehlentwicklungen. München.
- Staehele, H. J. (1996b): Sind Karies und parodontale Erkrankungen selbstverschuldet? *Quintessenz* 47 (10), 1389.
- Staehele, H. J. (1999): Abgrenzung zwischen konservierender und prothetischer Behandlungsnotwendigkeit. In: Leitlinien zur Qualitätssicherung in der zahnprothetischen Versorgung. Symposium des AOK Bundesverbandes am 21.10.1999. Schriftenreihe der AOK, Bonn.
- Staehele, H. J. (2000a): Minimalinvasive restaurative Therapie. *Quintessenz* 51, 767.
- Staehele, H. J. (2000b): Fragwürdige Behandlungsmethoden - Der Patientin wurde das Gebiss verstümmelt. *Zahnärztl Mitt* 90 (5), 494 (30).
- Staehele, H. J. (2000c): Unterschiedliche Zielrichtungen: Medizinische und ökonomische Eigenverantwortung. *Zahnärztl Mitt* 90 (14), 1692 (16).
- Staehele, H. J. (2000d): Unverträglichkeit gegenüber Dentalmaterialien. *Dt Ärztebl* 97, A 3344 (49).
- Staehele, H. J. (2001a): Wechselwirkungen zwischen oralen und allgemeinen Erkrankungen. *Zahnärzteblatt Sachsen* 04/01, 30.
- Staehele, H. J. (2001b): Therapeutischer Eklektizismus in der Zahnmedizin. Dargestellt an der Entstehung und Behandlung von Einzelzahnlücken. *DAZ-Forum* 20, 73/2001, 14.
- Stark, H. und Holste, Th. (1990): Untersuchungen über die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Bewohnern Würzburger Altenheime. *Dtsch Zahnärztl Z* 45, 604.
- Stark, H., Holste, Th., Swoboda, W. und Siebert, A. (1999): Untersuchungen zum Mundgesundheitszustand rehabilitationsbedürftiger älterer Patienten. *Dtsch Zahnärztl Z* 54, 708.
- Stöckli, P. W. (2000): Leitlinien Kieferorthopädie. In: SSO-Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin, Bern.
- Strippel, H. (1995): Studienreform in der Zahnmedizin. Welche Reformvorschläge gibt es? In: Göbel, E., Remstedt, S. (Hrsg.), *Leitfaden zur Studienreform in Humanmedizin und Zahnmedizin*. Frankfurt am Main.
- Strippel, H. (1996): Oralepidemiologische Krankheitsindizes und Gesundheitsmaße – traditionelle Konzepte werden durch neue soziodentale Indikatoren ergänzt. *Ges Wes* 58, 162.
- Strippel, H. (1999): Studienreform auf der langen Bank? *Der Artikulator* Nr. 68, 12.
- Strippel, H. (2000a): Neue Strategie für die Studienreform. *Der Artikulator* Nr. 71, 30.
- Strippel, H. (2000b): Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Epidemiologie: DMF-T-Varianten. *Zahnärztlicher Gesundheitsdienst* 3/00, 4.
- Strippel, H. (2001a): Frauenärzte beraten zur Mundgesundheit von Mutter und Kind. *Frauenarzt* 42 (2), 178.
- Strippel, H. (2001b): Soziodentale Indikatoren bei Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitswesen* 63, 93.
- Süssenberger, U. (1999): Subjektiv zufrieden, doch objektiv mangelhaft versorgt. *Der Artikulator* Nr. 69, 18.

- Süssenberger, U. und Strippel, H. (1992): Kein Facharzt für Phantome. Zahnärztliche statt zahntechnischer Propädeutik gefordert. *Der Artikulator* Nr. 38, 20.
- Teeuwen, R. (2001): Behandlungszeiten und angemessene Honorierung am Beispiel der Vitalexstirpation. *DAZ-Forum* 20, 72/2001, 22.
- Thilander, B. and Myrberg, N. (1973): Evaluation of the duration and results of orthodontic treatment. *Scand J Dent Res*, Vol. 81, S. 85-91.
- Tickle, M., Kay, E. J. and Bearn, D. (1999): Socio-economic status and orthodontic need. *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol. 27, S. 413-441.
- Tiemann, B. (2001): 20 Jahre zahnärztliche Verbandsforschung - Erfahrungen und Perspektiven. In: Institut der Deutschen Zahnärzte, Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch. Köln.
- Tiemann, B. und Herber, R. (1980): System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
- Tigges-Zuzok, C. (1999): Interdisziplinäre Kfo-Studie Essen, Zusammenfassender Bericht, Essen, Stand: 20. Februar 1999.
- Turbill, E. A., Richmond, S. and Wright, J. L. (1996): A critical assessment of orthodontic standards in England and Wales (1990-1991) in relation to changes in prior approval. *Brit J of Orthod*, Vol. 23 i, S. 221-228.
- U.S. Public Health Service (2000): Oral Health in America: a Report of the Surgeon General. National Institutes of Health. Bethesda.
- Van Steenkiste, M. (1995a): Relationship between dental attendance patterns of 5 to 6-year old children and their parents with the children's oral health. Master Thesis, University of London.
- Van Steenkiste, M. (1995b): Kariesbefall, Fissurenversiegelungen und Mundhygiene bei Schülern der Grund- und weiterführenden Schulen des Rems-Murr-Kreises. *Oralprophylaxe* 17, 55.
- VDZM (Vereinigung Demokratische Zahnmedizin) (1999): Gruppenprophylaxe: Wie kann der § 21 SGB V reformiert werden? *Der Artikulator* Nr. 76, 7.
- VHZMK (Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) (1995): Vorschlag für eine Reform der Approbationsordnung für Zahnärzte (Stand: 23.11.1995).
- VHZMK (Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) (1999): Examensabschlüsse Zahnmedizin in Deutschland 1980 bis 1999 (Stand: 21.10.99).
- Von Hammerstein-Loxten, H. (2000): Übereinstimmung von endodontischem Behandlungsbedarf und endodontischem Versorgungsgrad in neun deutschen Zahnarztpraxen. *Med Diss*, Göttingen.
- Wackenhut, I. (2000): Der Dental Aesthetic Index (DAI) – Eine vergleichende Studie über Verbreitung, Schweregrad und Behandlungsnotwendigkeit dentofazialer Anomalien, Dissertation, Universität Jena, Erfurt.
- Wagner, W. (2000): Brauchen wir neue Forschungsstrategien in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde? In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln.
- Waldman, H. B. (1995): Planning for the manpower needs for the next generation of periodontal patients. *J Periodontol* 66, 599.
- Waldman, H. B. (1998): Changing number and distribution of periodontists: a continuing imbalance 1987-1995. *J Periodontol* 69, 439.

- Walter, M. (2000): Vortrag auf dem 7. Strategie-Workshop der KZV Tübingen und der KZV Sachsen, Ulm, 07. April 2000.
- Walter, M., Rieger, C., Wolf, B. und Böning, K. (1998): Bevölkerungsrepräsentative Studie zum zahnärztlich-prothetischen Versorgungsgrad und Behandlungsbedarf. Regensburg.
- Walter, M., Schütte, U., Rieger, C. und Böning, K. (1999): Bestimmung des zahnärztlich-prothetischen Behandlungsbedarfs. Teil 2: Daten zum normativen und subjektiven Bedarf. Zahnärztl Welt 108, 522.
- Walther, W. (1995): Qualitätskriterien in der Zahnheilkunde. In: Walther, W., Heners, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Anspruch und Wirklichkeit. Heidelberg.
- Walther, W. (2000): Evidenz-basierte Medizin und die Systematik der klinischen Entscheidungsfindung. In: Walther, W., Micheelis, W., Evidence-Based Dentistry. Köln.
- Walther, W. und Meyer, V.P. (1999): Dem wissenschaftlichen Anspruch nicht gerecht. Zahnärztl Mitt 89 (17), 20.
- Wefers, K. P., Heimann, M., Klein, J. und Wetzel, W.-E. (1989): Untersuchungen zum Gesundheits- und Mundhygienebewußtsein bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen. Dtsch Zahnärztl Z 44, 628.
- Weiger, R., Geurtsen, W., Heidemann, D., Löst, T., Petschelt, A., Raab, D., Schäfer, E. und Hickel, R. (2001): Zur Prognose von Wurzelkanalbehandlungen. Dtsch Zahnärztl Z 56, 4.
- Weiger, R., Hitzler, S., Hermle, G. and Löst, C. (1997): Periapical status, quality of root canal fillings an estimated endodontic treatment needs in an urban German population. Endod Dent Traumatol 13, 69.
- WHO (1997): Oral Health Surveys, Basic Methods, 4 th ed. Geneva.
- Wiethardt, B. (2000): Aktuelles Thema aus der Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 30 (2), 6.
- Willershäuser, F. (2001): System für den Laboralltag. Dental Labor 49 (1), 43.
- Witt, E. (1984): Kieferorthopädie in Deutschland heute. Zahnärztl. Mitteilungen, 23 Jg., S. 2700-2712.
- Witter, D. J., Creugers, N. H. J., Kreulen, C. M. and de Haan, A. F. J. (2001): Occlusal stability in shortened dental arches. J Dent Res 80, 432.
- Witter, D. J., v. Palenstein Helderman, W. H., Creugers, N. H. J. and Käyser, A. F. (1999): The shortened dental arch concept and its implications for the oral health care. Community Dent Oral Epidemiol 27, 249.
- Zahnärztekammer Nordrhein (1999): Handbuch der Zahnheilkunde. Sankt Augustin.



## **Anhang**

### **Anhang 1: Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)**

#### Fünftes Sozialgesetzbuch

#### Fünftes Kapitel

#### Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

#### § 142

#### Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Der Bundesminister für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

## Anhang 2: Teilnehmer der Befragungsaktion

### *Angeschriebene Fachgesellschaften*

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie	Postfach 22 12 80 41435 Neuss		
Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände <sup>a)</sup>	Gosslerstr. 14 37073 Göttingen	X	X
Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenverbände in der Gesetzlichen Krankenversicherung -Richtlinienverbände-	Salzstr. 52 48143 Münster		
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e. V. <sup>a)</sup>	Dr. Haas-Str. 4 96047 Bamberg	X	X
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. <sup>a)</sup>	Von-Rath-Str. 24 47051 Duisburg	X	X
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Schwimmbadstr. 22 79100 Freiburg	X	X
Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover	X	X
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie	Pacelliallee 4 36043 Fulda		
Deutsche ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Nymphenburger Str. 185 80634 München		
Deutsche Dermatologische Gesellschaft	Hauptstr. 7 79104 Freiburg	X	X
Deutsche Diabetes Gesellschaft	Bürkle-de-la-Camp Platz 1 44789 Bochum	X	X
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. <sup>a)</sup>	Humboldtstr. 50a 22083 Hamburg	X	X

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie	Bledersteinerstr. 29 80802 München		
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Moorenstr. 5/ Geb. 14.97 40225 Düsseldorf	X	X
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie <sup>b)</sup>	Holgenburg 2 73728 Esslingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie	Agnes-Grosche-Str. 41 06120 Halle		
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Roritzerstr. 27 90419 Nürnberg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Andrologie	Gaffkystr. 14 35385 Giessen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Angiologie	Fetscherstr. 74 01307 Dresden	X	X
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin	Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck		
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	Moorenstr. .5 40225 Düsseldorf	X	X
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie	Deutschhausstr. 1-2 35037 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin	Sauerbruchstr. 7 38440 Wolfsburg		
Deutsche Gesellschaft für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie	Fahrstr. 17 91054 Erlangen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Röntgenstr. 1 88048 Friedrichshafen		
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie	Am Falder 6 40589 Düsseldorf		
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie/ Gesellschaft für Geriatrische Medizin	Germaniastr. 3 45356 Essen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Von-Siebold-Str. 5 37075 Göttingen	X	X

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	Pettenkoferstr. 35 80336 München	X	X
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	Hittorfstr. 7 53129 Bonn	X	X
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie	Ernst-Grube-Str. 40 06120 Halle	X	X
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie	Hohe Weide 17 20259 Hamburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.	Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	X	X
Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie	J.-Schneider-Str. 2/Bau 17 97080 Würzburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Immunogenetik	Delitzscherstr. 135 04129 Leipzig		
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie <sup>b)</sup>	Ruhrstr. 39 58452 Witten	X	X
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V.	Delitzscherstr. 141 4129 Leipzig	X	X
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	Klinikstr. 36 35392 Giessen	(X)	
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin	Marchionistr. 15 81377 München		
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung	Albert-Schweitzer-Str. 33 48129 Münster	X	X
Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V.	Uniklinikum (Haus 29) 60590 Frankfurt am Main	Absage	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Hans-Sachs-Str. 6 35033 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	Widumerstr. 8 44627 Herne	X	X
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Holwedestr. 16 38118 Braunschweig	X	X
Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie e.V.	Moltkestr. 90 76133 Karlsruhe	X	X

Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (EEG-Gesellschaft)	Heidelberger Landstr. 379 64297 Darmstadt		
Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e.V.	Schaal 26 35435 Wettenberg		
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene	Henkelstr. 67 40589 Düsseldorf		
Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin	Albert-Schweitzer-Str. 33 48149 Münster	X	
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V.	Obere Rheingasse 56154 Boppard	X	X
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	Joseph-Stelzmann-Str. 9 50931 Köln	X	X
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie	Liebeigstr. 21 4103 Leipzig		
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie	Hebelstr. 29 79104 Freiburg		
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Richmodstr. 10 50667 Köln	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie	Langenbeckstr. 1 55131 Mainz	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie	Breisacher Str. 64 79106 Freiburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin	Hugstetter Str. 55 79106 Freiburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie	Pauwelsstr. 30 52074 Aachen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Osteologie	Postfach 11 29 85764 Neuherberg		
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V.	Oststr. 21-25 04317 Leipzig	X	X

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie	Hufelandstr. 44 45122 Essen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie	Lutherplatz 40 47806 Krefeld		
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	Mühlenstr. 1 24937 Flensburg		
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V.	Krankenhausstr. 8-10 91054 Erlangen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e. V.	Schubertstr. 38 63069 Offenbach	X	X
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie	Lippestr. 9-11 26548 Norderney	X	X
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	Robert-Koch-Str. 40 37075 Göttingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Balneologie und medizinische Klimatologie	Englschalkingerstr. 77 81925 München		
Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie	Elise-Averdieck-Str. 17 27356 Rothenburg		
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie	Universitätsklinikum 66421 Homburg/Saar	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Pauwelsstr. 30 52074 Aachen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. <sup>b)</sup>	Goetheallee 8 37073 Göttingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Schleckheimer Str. 96 52076 Aachen		
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung <sup>a)</sup>	Bunsenstr. 3 35037 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie e.V.	Luisenstr.57 10117 Berlin	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin	Marsbruchstr. 179 44287 Dortmund	X	X

Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.	Universitätsstr. 25 33615 Bielefeld	X	X
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V.	Fetscherstr. 74 01307 Dresden	X	X
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin	Von-Esmarch Str. 62 48149 Münster	X	X
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften	Martinistr. 52- Pav.69 20246 Hamburg		
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie	Röntgentaler Weg 66 13125 Berlin		
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin	Schimmelpfengstr. 2 34613 Schwalmstadt-Treysa	X	X
Deutsche Gesellschaft für Senologie	Pilgrimstein 3 35037 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. <sup>a)</sup>	Martinistr.52 20246 Hamburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	Leipziger Str. 44 39120 Magdeburg		
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.	Hölderlinstr. 11 72074 Tübingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Wilhelmstr. 125 59067 Hamm		
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	Parkstr. 1 61231 Bad Nauheim		
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Zum Heckeshorn 33 14109 Berlin	X	X
Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie	Krankenhausstr. 12 91054 Erlangen		
Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit	Keplerstr. 15 72074 Tübingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Stenglinstr. 1 86156 Augsburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Urologie	Ürdingerstr. 64 40474 Düsseldorf		

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik 67071 Ludwigshafen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten	Carl-Neuberg-Str.1 30625 Hannover		
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. <sup>a)</sup>	Neckarhalde 55 72070 Tübingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Wimphelingstr.7 67346 Speyer	X	X
Deutsche Gesellschaft für Zytologie	Albertstr. 19 79104 Freiburg		
Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.	Joseph-Stelzmann Str.9 50924 Köln	X	X
Deutsche Hypertonie Gesellschaft / Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V.	Berliner Str. 46 69120 Heidelberg	X	X
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	Langenbeckstr.1 55131 Mainz	X	X
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie	Schwanenweg 21 24105 Kiel		
Deutsche Krebsgesellschaft	Hanauer Landstr. 194 60314 Frankfurt/Main		
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft	Berliner Str. 14 69120 Heidelberg		
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. <sup>b)</sup>	Körnerstr. 11 10785 Berlin	X	X
Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie <sup>a)</sup>	Von-Melle Park 5 20146 Hamburg	X	X
Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.	Postfach 13 36 61283 Bad Homburg		
Deutsche Transplantationsgesellschaft	Hugstetter Str. 55 79106 Freiburg i.Br.	X	X
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	Salzstr. 52 48143 Münster		



Deutscher Psychotherapeuten- verband e.V. <sup>a)</sup>	Am Karlsbad 15 10785 Berlin	X	X
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	Stoyst. 3 07740 Jena		
Fachgruppe Klinische Psycho- logie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie <sup>a)</sup>	Gosslerstr. 14 37073 Göttingen	X	X
Gesellschaft für Arzneimittel- anwendungsforschung und Arzneimittlepidemiologie	Fiedlerstr. 27 01307 Dresden		
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensiv- medizin	Wiener Str. o.Nr. 39112 Magdeburg	X	X
Gesellschaft für Nephrologie	Augustenburger Platz 1 13353 Berlin		
Gesellschaft für Neuropädiatrie	Dr. Friedrich-Steiner-Str.5 45711 Datteln		
Gesellschaft für Neuropsy- chologie e.V. <sup>a)</sup>	Dr. Born-Str. 9 34537 Bad Wildungen	X	X
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V.	Ziemssenstr. 1 80336 München	X	X
Gesellschaft für Virologie	Robert-Koch-Str. 17 35037 Marburg	X	X
Max-Planck-Institut für Psychiatrie	Kraepelinstr. 2-10 80804 München	X	X
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose <sup>a)</sup>	Eppendorfer Landstr. 56 20249 Hamburg	X	X
Verband der Vertragspsycho- therapeuten Südwürttemberg	Nikolaiplatz 3 72764 Reutlingen	X	X
Verband für integrative Verhaltenstherapie e. V.	Kastanienallee 80 15907 Lübben		
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten	Birkholzweg 8 60433 Frankfurt am Main	X	X
Vereinigung der Kassen- psychotherapeuten	Riedsaumstr. 4a 67063 Ludwigshafen	X	X
Vereinigung für Operative und Onkologische Dermatologie	Fetscherstr. 74 01307 Dresden		

Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte	Kurbrunnenstr. 21a 67098 Bad Dürkheim		
---	--	--	--

***Angeschriebene Betroffenen-Organisationen***

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS	Kirchstr. 34 61440 Oberursel	X	X
Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind- Hilfen für Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen e.V.	Nassastr. 32 35745 Herborn	X	X
Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V.	Münsterstr. 13 44145 Dortmund		
Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V.	Krefelder Str. 52 41539 Dormagen		
Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V.	Rheinhöhenweg 75 53424 Remagen		
Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V.	Hahnbrunnerstr. 46 67659 Kaiserslautern		
Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V.	Dr. Friedrich-Steiner-Str.5 45711 Datteln	X	X
Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V.	Nordseher Str.30 31655 Stadthagen	X	X
Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.	Kirchfeldstr. 149 40215 Düsseldorf	X	X
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.	Thomas-Mann-Str. 49a 53111 Bonn		
Bundesverband der Kehlkopfloren e.V.	Obererle 65 45897 Gelsenkirchen-Buer		
Bundesverband der Organtransplantierten e.V.	Paul-Rücker-Str. 22 47059 Duisburg	X	X

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker	Robert-Koch-Str. 34 97080 Würzburg		
Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.	Brehmstr. 5-7 40239 Düsseldorf	X	X
Bundesverband Herzkranke Kinder e.V.	Robensstr. 20-22 52070 Aachen	X	X
Bundesverband Hilfe für das autistische Kind – Verein zur Förderung autistischer Menschen e.V.	Bebelallee 141 22297 Hamburg		
Bundesverband Neurodermitiskranker in Deutschland e.V.	Oberstr. 171 56154 Boppard	X	X
Bundesverband Poliomyelitis e.V.	Alisostr. 67 59192 Bergkamen	X	X
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Thomas-Mann-Str. 49a 53111 Bonn	X	X
Bundesverband Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.	Bayreuther Str. 33 92224 Amberg		
Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.	Postfach 20 71236 Krautheim/Jagst		
Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e.V.	Weisskirchener Str. 4 71067 Sindelfingen	X	X
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung	Raiffeisenstr. 18 35043 Marburg		
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.	Gereonswall 112 50670 Köln	X	X
CF-Selbsthilfe Bundesverband e.V. – Hilfe bei Mukoviszidose	Meyerholz 3a 28832 Achim	X	X
Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.	Thomas-Mann-Str. 49a 53111 Bonn		
Deutsche Aids-Hilfe e.V.	Dieffenbachstr. 33 10967 Berlin	X	X
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Friedrichstr. 236 10969 Berlin	X	X
Deutsche Epilepsievereinigung e.V.	Zillestr. 102 10585 Berlin	X	

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.	Im Moos 4 79112 Freiburg i. Br.	X	X
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e.V.	Waldklausenweg 20 81377 München	X	X
Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen e.V.	Niemöllerallee 18 81739 München		
Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e.V.	Halenseering 3 22149 Hamburg	X	Absage
Deutsche Herzstiftung e.V.	Vogtstr. 50 60322 Frankfurt am Main	X	X
Deutsche Ileostomie Colostomie Urostomie Vereinigung	Landshuter Str. 30 85356 Freising	X	X
Deutsche Interessengemeinschaft für Verkehrsunfallopfer	Friedlandstr. 6 41747 Viersen	X	X
Deutsche Gesellschaft mit PKU und verwandten angeborenen Stoffwechselstörungen e.V.	Adlerstr.6 91077 Kleinsendelbach	X	X
Deutsche Leberhilfe e.V.	Möserstr. 56 49074 Osnabrück	X	X
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe, Aktion für Krebskranke Kinder e.V.	Joachimstr. 20 53113 Bonn		
Deutsche Leukämie-Hilfe, Bundesverband der Selbsthilfeeorganisationen zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien und Lymphomen	Johanna-Kirchner-Str. 12 31139 Hildesheim	X	X
Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.	Paracelsusstr. 15 51375 Leverkusen		
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft	Vahrenwalder Str.205-207 30165 Hannover	X	X
Deutsche Myasthenie Gesellschaft e.V.	Langemarckstr. 106 28299 Bremen		
Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.	Poststr. 7 64354 Reinheim	X	X

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.	Maximilianstr.14 53111 Bonn	X	X
Deutsche Tinnitus-Liga e.V.	Postfach 21 03 51 42353 Wuppertal	X	X
Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.	Metzgerstr. 16 97421 Schweinfurt	Absage	
Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V.	Filderhauptstr.61 70599 Stuttgart	X	X
Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.	Hindenburgstr.110 41061 Mönchengladbach		
Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.	Bismarckallee 30 53173 Bonn	Absage	
Deutscher Diabetiker-Bund e.V.	Danziger Weg 1 58511 Lüdenscheid	X	X
Deutscher Gehörlosen Bund e.V.	Paradeplatz 3 24768 Rendsburg		
Deutscher Neurodermitiker-Bund e.V.	Spaldingstr. 210 20097 Hamburg	Absage	
Deutscher Psoriasis Bund e.V.	Oberaltenallee 20a 22081 Hamburg	X	X
Deutscher Schwerhörigen-bund e.V.	Breite Str. 3 13187 Berlin	X	X
Deutsches Hepatitisforum e. V.	Postfach 20 01 08 41201 Mönchengladbach	X	X
Dialysepatienten Deutschlands e.V.	Weberstr. 2 55130 Mainz	X	X
Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.	B6, 10/11 68159 Mannheim	Absage	
Interessengemeinschaft Fragiles-X e. V.	Marlenestr. 39 13505 Berlin	X	
Kuratorium für Dialyse- und Nierentransplantation e.V.	Martin-Behaim-Str. 20 63263 Neu-Isenburg	Absage	
Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e.V.	Rochusstr. 24 53123 Bonn	X	X

Mukoviszidose e.V.	Bendenweg 101 53121 Bonn	X	X
Pro Retina Deutschland e.V.	Lutherstr. 4-6 61231 Bad Nauheim	X	X
Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V.	Matthias-Grünewald-Str.11 53175 Bonn	X	X
Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen Fehlbildungen	Hauptstr. 184 35625 Hüttenberg		
Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter	Industriestr. 17 63647 Altenstadt		

***Angeschriebene Organisationen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen und sonstige angeschriebene Organisationen***

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Aktion Psychisch Kranker - Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker	Brungsgasse 4-6 53117 Bonn	X	X
AOK-Bundesverband <sup>c)</sup>	Kortrijker Str. 1 53177 Bonn	X	X
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	Oppelner Str. 130 53119 Bonn	X	X
Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V.	Roscher Str. 13a 30161 Hannover	Absage	
Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände	Heilsbachstr. 20 53123 Bonn		
Arbeitsgemeinschaft deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V.	Reinhäuser Landstr. 19-21 37083 Göttingen		
Arbeitskreis Depressionsstationen	Nordring 2 95445 Bayreuth	X	X

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung <sup>d)</sup>	Aachener Str. 233-237 50931 Köln	X	X
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesund- heit	Winzererstr. 9 80797 München	X	X
Behörde für Arbeit, Gesund- heit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg	Hamburger Str. 47 22083 Hamburg	X	X
Berufsverband der Kinder- krankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V.	Janusz-Korczak-Allee 12 30173 Hannover	X	X
Bund Deutscher Hebammen e.V.	Steinhäuserstr. 22 76135 Karlsruhe	X	X
Bund freiberuflicher Hebammen	Am alten Nordkanal 9 41748 Viersen		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.	Oranienburger Str.13-14 10178 Berlin	Absage	
Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V.	Deutzer Freiheit 72-74 50679 Köln		
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Walter-Kolb-Str. 9-11 60594 Frankfurt	X	X
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.	Humboldtstr. 49b 14193 Berlin		
Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.	Kirchfeldstr. 149 40215 Düsseldorf	(X)	
Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflege- personen e.V.	Ludwig-Erhard-Str. 100 65199 Wiesbaden	X	X
Bundesärztekammer <sup>d)</sup>	Herbert-Lewin-Str.1 50931 Köln	X	X
Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Fachkran- kenhäuser	Nordring 2 95445 Bayreuth	X	X
Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.	Ubierstr. 71-73 53173 Bonn	X	X
Bundesfachverband Medizin- produkte Industrie e.V.	Hasengartenstr. 14c 65189 Wiesbaden	X	X

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie e.V.	Meckerstr. 15 52353 Düren	X	X
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	Friedrich-Ebert-Allee 38-40 53113 Bonn	X	X
Bundesknappschaft <sup>c)</sup>	Pieperstr. 14-28 44789 Bochum	X	X
Bundesverband ambulanter Dienste	Krablerstr. 136 45326 Essen		
Bundesverband Chiro-Gymnastik e.V.	Gartenstr. 8 56414 Dreikirchen		
Bundesverband der Betriebskrankenkassen <sup>c)</sup>	Ebertstr. 24 10117 Berlin	X	X
Bundesverband der Innungskrankenkassen <sup>c)</sup>	Friedrich-Ebert-Str. (Technologie-Park) 5149 Bergisch Gladbach	X	X
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen <sup>c)</sup>	Weissensteinstr. 70-72 34131 Kassel	X	X
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.	Karlstr.21 60329 Frankfurt/Main	X	X
Bundesverband des Sanitätsfachhandels e.V.	Salierring 44 50677 Köln	X	X
Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.	Bundeskanzlerplatz 2-10 53113 Bonn	X	X
Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V.	Humboldtstr. 32 53115 Bonn		
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V.	Wendestr. 377 20537 Hamburg	X	X
Bundesverband privater Altenheime	Adolfsallee 59 65185 Wiesbaden		
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	Königsallee 178a 44799 Bochum	X	X
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	Breite Str. 29 10178 Berlin	X	X
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	Carl-Mannich-Str.26 65760 Eschborn/Ts.	X	X



Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	Ruhrstr. 2 10704 Berlin	X	X
Bundeszahnärztekammer <sup>e)</sup>	Universitätsstr.71-73 50931 Köln	X	X
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	X	X
Deutsche Angestellten-Gewerkschaft	Johannes-Brahms-Platz 1 20355 Hamburg		
Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V.	Hermann-Simon-Str.7 33334 Gütersloh		
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.	Buschstr. 22 53113 Bonn		
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.	Stuppstr.14 50823 Köln		
Deutsche Krankenhausgesellschaft	Tersteegenstr. 9 40474 Düsseldorf	X	X
Deutscher Beamtenbund	Peter-Hensen-Str. 5-7 53175 Bonn	Absage	
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.	Sonnenwall 15 47051 Duisburg	X	X
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	Hauptstr. 392 65760 Eschborn	X	X
Deutscher Bundesverband für Logopädie	Augustinusstr. 9d 50220 Frechen	X	X
Deutscher Caritasverband e.V.	Karlsstr.40 79104 Freiburg i.Br.	X	X
Deutscher Generika-Verband e.V.	Hardtstr. 11 82436 Tauting	X	X
Deutscher Gewerkschaftsbund	Burgstr. 29-30 10178 Berlin		
Deutscher Heilbäderverband e.V.	Schumannstr. 11 53113 Bonn	X	X
Deutscher Landkreistag	Lennestr. 17 10785 Berlin	X	X
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband	Heinrich-Hoffman-Str. 3 60528 Frankfurt am Main	X	X

Deutscher Pflegerat	Postfach 31 03 80 10633 Berlin	X	X
Deutscher Pflegeverband e.V.	Mittelstr. 1 56564 Neuwied		
Deutscher Städte- und Gemeindebund	Marienstr. 6 12207 Berlin	Absage	
Deutscher Städtetag	Lindenallee 13-17 50968 Köln	X	X
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Postfach 22 08 76303 Karlsbad	X	X
Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen	Heineckeweg 15 13627 Berlin	Absage	
Deutscher Verband für Physio- therapie-Zentralverband der Physiotherapeuten / Kranken- gymnasten e.V.	Postfach 21 02 80 50528 Köln	X	X
Deutsches Rotes Kreuz	Friedrich-Ebert-Allee 71 53113 Bonn		
Diakonisches Werk der Evang. Kirche in Deutschland e.V.	Stafflenbergerstr. 76 70184 Stuttgart	X	X
Gesellschaft für Epilepsie- forschung e.V., Bethel	Maraweg 21 33617 Bielefeld	X	X
Hessisches Sozialministerium	Postfach 31 40 65021 Wiesbaden	X	X
Kassenärztliche Bundesver- einigung <sup>d)</sup>	Herbert-Lewin-Str. 3 50931 Köln	X	X
Kassenzahnärztliche Bundes- vereinigung <sup>e)</sup>	Universitätsstr. 71-73 50931 Köln- Lindenthal	X	X
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Kranken- kassen e.V. <sup>c)</sup>	Lützwowstr. 53 45141 Essen	X	X
Ministerium für Arbeit, Frau- en, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	Seepark 5-7 39116 Magdeburg	Absage	
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein	Adolf-Westphal-Str. 4 24143 Kiel	X	X

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz	Bauhofstr. 9 55116 Mainz	Absage	
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg	Heinrich-Mann-Allee 103 14473 Potsdam	Absage	
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	Franz-Josef-Röder-Str. 23 66119 Saarbrücken	X	X
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen	Fürstenwall 25 40219 Düsseldorf	X	X
Netzwerk der Geburtshäuser-Verein zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e. V.	Tizianstr. 23B 53844 Troisdorf	X	X
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	Postfach 141 30001 Hannover	X	Absage
Paul-Ehrlich-Institut	Paul-Ehrlich-Str. 51-59 63225 Langen	Absage	
Robert Koch-Institut	Nordufer 20 13353 Berlin	X	X
Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie	Albertstr. 10 01097 Dresden	X	X
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien und Hansestadt Bremen	Postfach 10 78 67 28078 Bremen	X	X
Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Gesundheit Berlin	Oranienstr. 106 10969 Berlin	X	X
Sozialministerium des Landes Baden Württemberg	Postfach 10 34 43 70029 Stuttgart	X	X
Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern	Werderstr. 124 19048 Schwerin	X	X
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit	Postfach 612 99012 Erfurt	X	X
Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband <sup>c)</sup>	Frankfurter Str. 84 53721 Siegburg	X	X

Verband der privaten Krankenversicherung	Postfach 51 10 40 50946 Köln	X	X
Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe	Im Teelbruch 126 45219 Essen		
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e.V.	Eysseneckstr.55 60322 Frankfurt	X	X
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	Hausvogteiplatz 13 10117 Berlin	X	X
Verband physikalische Therapie	Hofweg 15 22085 Hamburg	X	X
Zentralverband des Deutschen Handwerks	Mohrenstr. 20/21 10117 Berlin	X	X
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	Hebelstr. 6 60318 Frankfurt/Main		

***Organisationen, die sich zur Befragung geäußert haben ohne angeschrieben worden zu sein***

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Berufsverband der deutschen Chirurgen e.V.	Luisenstr. 58/59 10117 Berlin	(X)	
Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Friedenstr. 7 97318 Kitzingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie	Klarastr. 7 60433 Frankfurt am Main	X	X
Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.	Bernhard-Göringstr. 152 4277 Leipzig	(X)	
Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung	Wiesener Str. 17 12101 Berlin	X	X
Kreis für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenmissbildungen e.V.	Sommerrainstr. 61 70374 Stuttgart	X	X

Verbund Deutscher Selbsthilfen in der Schlafmedizin	Postfach 11 07 42751 Haan	(X)	
Verein für Eltern chromosomal geschädigter Kinder e.V.	Auf dem Klei 2 44263 Dortmund	X	X

- a) Gemeinsame Stellungnahme der Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände, Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung, Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, Fachgruppe klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Deutsche psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie, Deutscher Psychotherapeutenverband- Berufsverband Psychologischer Psychotherapeuten, Gesellschaft für Neuropsychologie, Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose
- b) Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie e.V., Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e.V., Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung e.V., Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- c) Gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen mit AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen, AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- d) Gemeinsame Stellungnahme der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- e) Gemeinsame Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

## **Anhang 3: Befragungstexte<sup>10</sup>**

### ***1. Allgemeine Vorüberlegungen***

Aufgrund der Bestimmungen des Reformgesetzes vom 22.12.1999 hat der Rat die Aufgabe, „Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten“ (§ 142 Abs. 2 SGB V).

Um diese Aufgabe zu erfüllen, führt der Rat Befragungen von Mitgliedsorganisationen der Konzertierte Aktion, Fachgesellschaften, Betroffenen-Vereinigungen und sonstigen Organisationen des Gesundheitswesens durch.

Ziel der Befragung ist die Feststellung von Bereichen mit möglicher Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen. Die Befragung erfolgt sowohl „indikationsbezogen“ als auch „nicht-indikationsbezogen“ (Versorgungsgrad, techn. Dichteziffern, Strukturqualität). Kurzfassungen der jeweiligen Begriffsdefinitionen sind als Anhang diesem Schreiben beigefügt. Eine ausführlichere Herleitung und Definition der Begriffe „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung“ können Sie bei Bedarf gesondert bei der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates anfordern.

### ***2. Gegenstand der Befragung***

#### ***2.1 Indikationsbezogene Befragung***

#### **Befragung der Mitgliedsorganisationen der KAIG und weiterer Organisationen des Gesundheitswesens:**

*Hinweis: Bei einigen der befragten Organisationen mit sehr allgemeiner Zuständigkeit (z. B. Sozialpartner) kann es zweckmäßig sein, unmittelbar oder insbesondere zu Abschnitt 2.2 (nicht-indikationsbezogene Befragung) überzugehen.*

---

10 Die Befragung der unterschiedlichen Organisationsgruppen (Fachgesellschaften, Betroffenen-Organisationen, Mitgliedsorganisationen der KAIG und sonstige Organisationen) erfolgte nach einem einheitlichen Schema. An manchen Stellen erfolgten jedoch zielgruppenspezifische Hinweise und Modifikationen. Diese sind hier durch einen Rahmen kenntlich gemacht.

Im Rahmen einer indikationsbezogenen Befragung möchten wir Sie bitten, Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in den aus Ihrer Sicht relevanten<sup>11</sup> Indikationsbereichen abzugeben.

Der Rat erbittet von Ihnen - unabhängig von Ihrer eigenen Problemauswahl - Aussagen zu folgenden sechs Indikationsbereichen bzw. speziellen Versorgungsbereichen:

1. Rückenleiden (ICD 9: 720-724)
2. ischämische Herzkrankheiten incl. Herzinfarkt (ICD 9: 410-414)
3. zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbes. Schlaganfall (ICD 9: 430-438)
4. Lungenkarzinom, Mammakarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom (ICD 9: 162, 174, 153-154)
5. Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten, auch bei Kindern (ICD 9: 490-496)
6. Depression (ICD 9: 296, 311)

Wir bitten Sie, wenn möglich zu diesen und den weiteren von Ihnen als relevant erachteten Indikationsbereichen bzw. speziellen Versorgungsbereichen jeweils folgende Angaben zu machen:

### **Befragung der Fachgesellschaften und der Betroffenen-Organisationen**

Im Rahmen einer indikationsbezogenen Befragung möchten wir Sie bitten, Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in folgenden drei Bereichen zu treffen:

1. Bezogen auf die Hauptindikationsbereiche Ihres Fachgebietes / des Vertretungsgebietes Ihrer Betroffenen-Organisation
2. bezogen auf sonstige, aus Ihrer Sicht wichtige Indikationsbereiche Ihres Fachgebietes / des Vertretungsgebietes Ihrer Betroffenen-Organisation
3. bezogen auf Indikationsbereiche, die in fachlicher Nähe zu Ihrem Fachgebiet stehen, in denen aber auch andere Leistungserbringer tätig sind /die in fachlicher Nähe zu Ihrem Vertretungsgebiet stehen.

---

11 Als Relevanzkriterien eignen sich z. B. die Priorisierungskriterien verschiedener Institutionen (z. B. IOM (Field 1995), Battista u. Hodge 1995, SIGN 1999). Der Rat empfiehlt als Kriterien die Prävalenz, die Krankheitsschwere, die direkten und indirekten Kosten sowie eventuell unausgeschöpfte präventive Potentiale, umstrittene Gesundheits- oder Versorgungsprobleme, sofern sie einer Klärung zugänglich sind, und die gesundheitlichen Probleme vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Die Auswahl der jeweiligen Indikationsbereiche steht Ihnen frei<sup>12</sup>. Der Rat behält sich jedoch vor, in Fällen, in denen sehr viele Indikationsbereiche genannt werden, eine eigene Priorisierung vorzunehmen.

Wir bitten Sie, zu jedem Bereich (1. bis 3.) folgende Angaben zu machen:

- a) Problembeschreibung: Mit Blick auf die Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung (siehe Anhang) benennen Sie bitte jeweils zutreffende Indikationsbereiche und begründen Sie diese Nennung (kausal und empirisch) hinreichend detailliert (vgl. b)).

Wir bitten sie zugleich, Ihre Feststellungen mit Blick auf folgende Kriterien näher einzugrenzen:

- Regionaler Bezug (gesamtes Bundesgebiet oder spezielle Regionen)
- Zielgruppen (Gesamtbevölkerung oder spezifische Teilpopulationen)
- Leistungserbringer/Einrichtungen/Technologien<sup>13</sup>

- b) Quellenangaben: Als Quellenangaben sollten bevorzugt publizierte Studien oder aussagekräftige Datenreihen aus Deutschland angegeben werden. Bei ausländischen Studien bitten wir Sie, eine Begründung für die Übertragbarkeit der Studien auf Deutschland zu geben. Auch bei deutschen Studien sollte eine solche Begründung hinsichtlich der Möglichkeit der Verallgemeinerung regionaler Ergebnisse bzw. der Ergebnisse spezieller Einrichtungen auf das gesamte Bundesgebiet angegeben werden, soweit nicht ausdrücklich nur auf regionale oder einrichtungsspezifische Aussagen verwiesen wird.

Bei Stellungnahmen von Betroffenen-Vereinigungen sind auch empirisch nachvollziehbare Erfahrungsberichte geeignete Unterlagen.

*Wir möchten darauf hinweisen, dass Aussagen, die nicht hinreichend belegt werden, vom Rat ggfs. nicht berücksichtigt werden können.*

- c) Empfehlungen: Neben der Nennung und Begründung von Problembereichen möchten wir Sie bitten, Empfehlungen abzugeben bezüglich der Maßnahmen, die zur

---

12 Text analog zu Fußnote 11

13 vgl. Fußnote 14.



Verbesserung der geschilderten Problemlagen herangezogen werden könnten. Diese Maßnahmen können sich zum Beispiel auf folgende Bereiche beziehen:

- Zahl und Qualifizierung von Professionen
- verfügbare Technologien<sup>14</sup> (auch Auswahl und Implementation von Innovationen, ebenso „Ausscheiden“ veralteter Verfahren)
- Struktur der Versorgung (z. B. Schnittstellenproblematik, Kommunikationsfragen)
- Substitutionsmöglichkeiten (Maßnahmen, Verfahren oder Einrichtungen, auf die am ehesten verzichtet werden könnte, um Unterversorgung zu kompensieren)
- Vergütung/Finanzierung/Kosten.

Auch hier erbitten wir kausal und empirisch nachvollziehbare Begründungen Ihrer Empfehlungen.

## **2.2 Nicht-indikationsbezogene Befragung**

*Hinweis: Bei Fachgesellschaften / Betroffenen-Organisationen, die ein sehr enges Fachgebiet /sehr schmales Indikationsgebiet vertreten, kann es sein, dass nachfolgende „nicht-indikationsspezifische Befragung“ keine zusätzlichen Informationen ergibt.*

Gegenstand der nicht-indikationsbezogenen Befragung ist der Versorgungsgrad. Sie bezieht sich also hauptsächlich auf „instrumentelle Dichteziffern“ (z. B. Ärzte, andere Heil- und Pflegeberufe, Krankenhäuser/Krankenhausabteilungen/Krankenhausbetten, Dialyseplätze, Ausstattung mit Großgeräten oder wichtigen technischen Behandlungsverfahren, jeweils bezogen auf Einwohner pro räumlicher Einheit) , deren Zugänglichkeit und Strukturqualität<sup>15</sup>.

Wir möchten Sie bitten, hinsichtlich wichtiger Versorgungsbereiche, die in Ihren Verantwortungsbereich fallen, Feststellungen oder Überlegungen zum generellen Versor-

---

14 Als „Technologien“ werden hier - entsprechend einer Konvention der WHO - alle diagnostischen, auch frühdiagnostischen, therapeutischen und auch rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen und Verfahren bezeichnet. Diese Definition umfasst damit neben ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ausdrücklich auch Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (im Sinne des SGB V) sowie spezialisierte Transportdienste (Rettungsdienste).

15 Strukturqualität: Art, Umfang, Qualifikation/Qualität des Personals/der sächlichen Ausstattung/der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

gungsgrad im Sinne der nicht-indikationsbezogenen Definitionen von Über-, Unter- und Fehlversorgung (siehe Anhang) abzugeben; analog zur indikationsbezogenen Befragung erbitten wir eine Begründung der Auswahl und Quellenangaben. Ihre Stellungnahmen können sich dabei u. a. auf das Vorhandensein, die Zugänglichkeit und die Strukturqualität von

- Zahl und Qualifizierung von Professionen,
- verfügbaren Technologien (auch Auswahl und Implementation von Innovationen, ebenso „Ausscheiden“ veralteter Verfahren),
- Struktur der Versorgung (z. B. Schnittstellenproblematik, Kommunikationsfragen),
- Substitutionsmöglichkeiten (Maßnahmen, Verfahren oder Einrichtungen, auf die am ehesten verzichtet werden könnte, um Unterversorgung zu kompensieren),

sowie auf Fragen der Vergütung/Finanzierung/Kosten beziehen.

### ***3. Anhang: Kurzfassungen der Definitionen von „bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung“***

#### **– Indikationsbezogene Definitionen**

- bedarfsgerechte Versorgung: Leistungen sind indiziert, haben einen positiven medizinischen Netto-Nutzen<sup>16</sup> und werden fachgerecht erbracht.
- wirtschaftliche Versorgung: Bedarfsgerechte Leistungen werden in effizienter Form, d. h. mit akzeptabler Nutzen-Kosten-Relation erbracht (vgl. auch § 106 Abs. 2a SGB V).
- Unterversorgung: An sich bedarfsgerechte Leistungen, die in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, werden nicht erbracht bzw. nicht in erreichbarer Form zur Verfügung gestellt.<sup>17</sup>

---

16 Medizinischer Nutzen (z. B. Lebenserwartung, Lebensqualität) übersteigt den möglichen Schaden (die möglichen Gesundheitsrisiken/unerwünschte Wirkungen).

17 Die teilweise oder gänzliche Verweigerung oder Nichtzugänglichkeit einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesicherten Netto-Nutzen und in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, ist eine „Unterversorgung“.

- Übersversorgung: Leistungen, die über die bedarfsgerechte Versorgung hinaus erbracht werden (medizinische Übersversorgung) sowie Leistungen, die unwirtschaftlich erbracht werden (ökonomische Übersversorgung).<sup>18</sup>
- Fehlversorgung: Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden<sup>19</sup> entsteht. Folgende Unterfälle lassen sich unterscheiden:
  - Versorgung mit an sich bedarfsgerechten Leistungen, die aber durch eine nicht fachgerechte Erbringung einen vermeidbaren Schaden verursachen;
  - Versorgung mit nicht-bedarfsgerechten Leistungen, die zu einem vermeidbaren Schaden führen;<sup>20</sup>
  - Unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung an sich bedarfsgerechter, indizierter Leistungen im Rahmen einer Behandlung.<sup>21</sup>
- **Nicht-indikationsbezogene Definitionen**
  - bedarfsgerechter Versorgungsgrad: Angebot an gesundheitlichen Dienstleistungen und Einrichtungen, wenn durch Art und Umfang seiner Bereitstellung vermeidbare relevante gesundheitliche Nachteile bei Nachfragern vermieden werden.
  - Unterversorgung: „nicht bedarfsgerechte“ Angebote mit „Unterversorgungsgrad“, d. h. durch Art und Umfang ihrer Bereitstellung bzw. Nicht-Bereitstellung werden vermeidbare relevante gesundheitliche Nachteile bei den Nachfragern in Kauf genommen.

---

18 Eine Versorgung über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus, d. h. mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen (medizinische Übersversorgung) oder mit Leistungen mit nur geringem Netto-Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder - bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen - in ineffizienter, also ‚unwirtschaftlicher‘ Form (ökonomische Übersversorgung).

19 Einem vermeidbaren Schaden wird dabei auch ein entgangener, aber an sich möglicher medizinischer Nutzen, z. B. durch nicht fachgerechte oder rechtzeitige Erbringung einer Leistung, gleichgesetzt.

20 Insofern besteht eine Überschneidung mit Übersversorgung, allerdings nur insoweit, als durch die Übersversorgung ein vermeidbarer medizinischer Schaden entsteht.

21 Insofern besteht eine Überschneidung mit Unterversorgung; jene Formen der Unterversorgung, bei denen überhaupt keine Versorgung/Behandlung stattgefunden hat, werden allerdings nicht als ‚Fehlversorgung‘ bezeichnet.

- Übersorgung: „nicht bedarfsgerechte“ Angebote mit „Übersorgungsgrad“, d. h. Angebote, die durch Art und Umfang ihrer Bereitstellung keinen medizinischen Zusatz-Nutzen bewirken oder sogar unnötige Risiken durch nicht-indizierte Behandlung bewirken können.
- Fehlversorgung: Ein Angebot mit „Fehlversorgungsgrad“ liegt dann vor, wenn das Angebot der vorgehaltenen Leistungen bzw. Einrichtungen zwar an sich bedarfsgerecht ist, aber die Qualität des vorgehaltenen Angebots insbesondere die Strukturqualität<sup>22</sup> nicht dem gebotenen Stand des Wissens und des gebotenen fachlichen Könnens entspricht.

---

22 Strukturqualität: Art, Umfang, Qualifikation/Qualität des Personals/der sächlichen Ausstattung/der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

**Anhang 4: Zusammenstellung der dringlichsten Handlungsempfehlungen (A) des Rates zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen**

**Tabelle A1: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronisch Kranken (Kapitel 7)**

<b>Kassenwettbewerb</b>	Der Rat fordert trotz Wettbewerbs zwischen den Kassen eine zügige flächendeckende Umsetzung wissenschaftlich gesicherter Versorgungsstandards und -konzepte. Hierzu muss es eine Selbstverpflichtung der Selbstverwaltung geben und/oder ein Antragsrecht von Betroffenen-Organisationen in den Gremien der Selbstverwaltung.
<b>Neuorientierung der Versorgung</b>	Ein kurzfristiger, bestenfalls partieller Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronisch Kranken ist in leitliniengestützten Versorgungsansätzen, u. U. über geeignete Disease-Management-Programme denkbar, sofern sie sachgerecht durchgeführt werden und die Beteiligten gut kooperieren.  Ein nachhaltiger Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie eine angemessene neue Ausbalancierung von Prävention, Kuration und Rehabilitation in der Versorgung chronisch Kranker erfordert jedoch eine längerfristige Umsteuerung des Gesundheitssystems durch eine mehrschrittige, aber in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik. Sie verlangt eine grundlegende Änderung von Strukturen, Anreizen, Wissen und Werten.
<b>Rehabilitation</b>	Die notwendigen Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes ambulantes Rehabilitationsangebot müssen geschaffen werden.
<b>Rehabilitation</b>	Die Rehabilitation bei chronischen Krankheiten sollte als ein kontinuierlicher, den gesamten Krankheitsverlauf phasenhaft begleitender Prozess betrachtet werden, in dem nicht nur die somatische und psychische, sondern auch die berufliche und biographische Entwicklung des Patienten sowie sein soziales Umfeld berücksichtigt werden.
<b>Rehabilitation</b>	Die Rehabilitation sollte nicht als Ermessensleistung, sondern als selbstverständlicher Bestandteil einer ganzheitlichen Regelversorgung chronisch Kranker betrachtet werden.
<b>Terminal Kranke</b>	Insgesamt kann die Versorgung versterbender Schwerstkranker in Deutschland nicht als angemessen gelöst betrachtet werden. Der Rat hält den Ausbau von Hospizen und anderen spezialisierten ambulanten und stationären Angeboten für erforderlich.

**Tabelle A2: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ischämischen Herzkrankheiten (Kapitel 8)**

<b>Akutversorgung</b>	Eine verbesserte Akutversorgung des Myokardinfarkts erfordert eine Optimierung der Notfallversorgung durch Professionelle und Laien, der Primärversorgung im Krankenhaus (Stichwort: „ <i>door-to-needle-time</i> “) sowie eine konsequente Umsetzung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen.
<b>Diagnose und Therapie</b>	Die Verbesserung von Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie erfordert eine Umsetzung vorhandener evidenzbasierter Leitlinien und die Berücksichtigung des Krankheitsrisikos für kardiale Folgeerkrankungen.
<b>Medizinische Innovationen</b>	Die Ergebnisse eines ‚Health Technology Assessments‘ (HTA) sollten bei Zulassungs- und Kostenübernahmeentscheidungen für kosten- und risikoträchtige Innovationen verstärkt berücksichtigt werden.
<b>Prävention</b>	Die Entwicklung eines Mehrebenenkonzeptes zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen („Nationales Herz-Kreislauf-Präventionsprogramm“ für Deutschland) ist dringend geboten.
<b>Prävention</b>	Bevölkerungs- und gruppenbezogene, verhaltens- und verhältnisorientierte primärpräventive Maßnahmen sollten – unter weitestmöglichem Verzicht auf kostentreibende Screeningmaßnahmen – flächendeckend umgesetzt werden.
<b>Prävention</b>	Die Individualprävention sollte sich stärker als bisher am absoluten kardiovaskulären Gesamtrisiko (individuelle Risikostratifikation) orientieren.
<b>Prävention</b>	Es sind verstärkte Anstrengungen erforderlich, um den evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen zur Sekundärprävention bzw. Behandlung der koronaren Herzerkrankung flächendeckend zur Umsetzung im medizinischen Alltag zu verhelfen
<b>Prävention</b>	Evaluierte Präventionsprogramme sollten verstärkt angeboten und in Case/Disease-Management-Programme integriert werden.

**Tabelle A3: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei zerebrovaskulären Krankheiten (Kapitel 9)**

<b>Aufklärung</b>	Die Bevölkerung sollte besser über das angemessene Verhalten von Laienhelfern in der akuten Erkrankungssituation eines Schlaganfalls aufgeklärt werden.
<b>Prävention</b>	Die Krankenkassen sollten gezielte präventive Angebote für durch Schlaganfall gefährdete Bluthochdruckpatienten implementieren.
<b>Rehabilitation</b>	Die Kontinuität der Rehabilitationsbehandlung und die Stabilisierung der erreichten Rehabilitationsergebnisse, insbesondere bei Patienten mit drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit, sind zu gewährleisten.
<b>Versorgungskette</b>	Die unmittelbar nach erlittenem Insult einsetzende frührehabilitative Versorgung und Prävention von Komplikationen, eine koordinierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und eine kontinuierliche Betreuung von Schlaganfallpatienten über die verschiedenen Versorgungsstufen hinweg sollten gewährleistet werden.

**Tabelle A4: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronischen, obstruktiven Lungenkrankheiten (Kapitel 10)**

<b>Asthma: Diagnostik und Therapie</b>	Zur Verbesserung der Prävention allergischer Erkrankungen sollte eine leitliniengemäße und qualitätsgesicherte subkutane Hyposensibilisierung früher und häufiger eingesetzt werden.
<b>Asthma: Pharmakotherapie</b>	Die Pharmakotherapie sollte durch die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien und durch eine qualifizierte pneumologische Weiter- und Fortbildung optimiert werden.
<b>Asthma: Prävention</b>	Die Primärprävention allergischer Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern sollte durch Maßnahmen wie Stillen, Vermeiden der passiven Tabakrauchexposition und Beratung der Eltern optimiert werden.
<b>Asthma: Prävention</b>	Die vorhandenen effektiven Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung der Allergenkonzentrationen in Aufenthalts- und Arbeitsräumen bzw. zum Schutz vor Kontakt mit allergisierenden Arbeitsstoffen sollten konsequent umgesetzt werden.
<b>Asthma: Schulung</b>	Es sollten flächendeckende Vereinbarungen zur qualitätsgesicherten und zielgruppengerechten ambulanten Schulung von Asthmapatienten getroffen werden. Hierbei sind die vorhandenen regionalen Angebote und Ressourcen zu nutzen.
<b>Asthma: Schulung</b>	Qualität und Compliance der medikamentösen Behandlung sind durch eine verbesserte Information, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement zu optimieren.
<b>COPD: Behandlung</b>	Patientenschulung, Raucherentwöhnung, Trainingstherapie und Rehabilitation sollten ein stärkeres Gewicht in der Behandlung erhalten.

<b>COPD: Diagnostik und Therapie</b>	Die Diagnose und Therapie sollte durch die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien und durch eine qualifizierte pneumologische Weiter- und Fortbildung optimiert werden.
<b>COPD: Prävention</b>	Die Entwicklung einer „Nationalen Anti-Tabak-Kampagne“ für Deutschland ist dringend geboten (s.a. Tabelle A6).
<b>Versorgungsstruktur</b>	Die pneumologische Weiter- und Fortbildung für hausärztlich tätige Mediziner und für spezialärztliche Internisten und Pädiater sollte verbessert werden.
<b>Versorgungsstruktur</b>	Die Strukturen für ambulante Patientenschulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, inklusive Regelung der Finanzierung und Sicherstellung von Qualitätsstandards, sollten verbessert werden.
<b>Versorgungsstruktur</b>	An allgemeinen Krankenhäusern sollten mehr selbständige, bettenführende pneumologische Abteilungen eingerichtet werden.
<b>Versorgungsstruktur</b>	Die pneumologische Rehabilitation sollte besser in alle Bereiche der pneumologischen Versorgung (z. B. durch Direkteinweisung in qualitativ auf EbM-Niveau ausgewiesene Reha-Kliniken bei Exazerbationen chronischer, obstruktiver Lungenerkrankungen) sowie in Lehre und Forschung integriert werden.

**Tabelle A5: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Rückenleiden (Kapitel 11)**

<b>Leitlinien</b>	Es sollten evidenzbasierte, speziell auf den deutschen Versorgungskontext zugeschnittene Leitlinien zur Bewertung und Behandlung von Rückenschmerzen auf Haus- und Spezialarztebene entwickelt, bei allen Zielgruppen (Ärzte, Patienten, Öffentlichkeit) disseminiert und im Rahmen von Qualitätsmanagementprogrammen umgesetzt werden.
<b>Qualitätssicherung</b>	Kreuzschmerzen sollten als eine der prioritären Erkrankungen für die gesetzlich vorgesehenen, aber noch nicht implementierten Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgewählt werden.



**Tabelle A6: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei onkologischen Erkrankungen (Kapitel 12)**

<b>Lungenkarzinom (Abschnitt 12.1), Anti-Tabak-Kampagne</b>	Eine „Nationale Anti-Tabak-Kampagne“ sollte umgehend initiiert und implementiert werden.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Versorgungskette</b>	Maßnahmen zur Verbesserung der Brustkrebsversorgung dürfen sich nicht nur auf einen Aspekt (z. B. Mammographie-Screening) beziehen, sondern sollten sich unbedingt auf die gesamte Versorgungskette (Früherkennung, Diagnose, Behandlung, Nachsorge) beziehen.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Mammographie-Screening</b>	Die zügige Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings in Deutschland gemäß den Qualitätsvorgaben der Europäischen Leitlinien (u. a. jährliche Mindestfrequenz von 5.000 Mammographien und Doppelbefundung) ist erforderlich.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Mammographie-Screening</b>	Qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programme sollten an Krebsregister angebunden sein.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Mammographie-Screening</b>	Qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programme sollten zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Diagnostik-Therapie-Kette organisatorisch und strukturell an bestehende Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte unter Einbeziehung ausgewählter vertragsärztlicher Kompetenz angebunden sein.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), ‚graues‘ Screening</b>	Ärzeschaft und Kassen sollten darauf hinwirken, das ‚graue‘ Screening wirksam zu unterbinden.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), IGEL-Leistung</b>	Die Früherkennungsmammographie ist aus dem Katalog der IGEL-Leistungen herauszunehmen.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Qualitätssicherung kurative Mammographie</b>	Der Koordinierungsausschuss sollte einheitliche sektoren-, professionen- und institutionenübergreifende Qualitätsrichtlinien entwickeln, die alle Bereiche der kurativen Mammographie abdecken.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Qualitätssicherung kurative Mammographie</b>	Die Regelungen zur kurativen Mammographie sollten den Vorgaben der Europäischen Leitlinien sowie des EUREF-Protokolls genügen (z. B. hinsichtlich der geforderten jährlichen Mindestfrequenz von Mammographien und der Doppelbefundung) und in ein einheitliches Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept für die gesamte mammographierende Einrichtung münden.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Therapie</b>	Es besteht ein dringlicher Interventionsbedarf, durch gezielte Qualitätsmaßnahmen eine leitliniengerechte und qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung von Frauen mit Brustkrebs zu gewährleisten.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), medizinische Innovationen</b>	Der ‚Koordinierungsausschuss‘ nach SGB V sollte die Diffusion medizinischer Innovationen sektorenübergreifend anhand verbindlicher, evidenzbasierter Richtlinien steuern.

<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Nachsorge</b>	Die symptomorientierte Brustkrebsnachsorge ohne ‚apparative Überversorgung‘, sondern mit begleitender psychosozialer Betreuung, sollte zügig und flächendeckend umgesetzt werden.
<b>Onkologische Erkrankungen (12.3), Früherkennung</b>	Es sollten Einladungsverfahren zu gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen für Personengruppen etabliert werden, die ein erhöhtes Risiko haben, an Gebärmutterhalskrebs oder Darmkrebs zu erkranken.
<b>Onkologische Erkrankungen (12.3), Leitlinien zur Schmerztherapie</b>	Alle ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Organisationen sind dazu aufgerufen, bei der Verbreitung und Umsetzung der von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), der Deutschen Krebsgesellschaft u. a. Fachgesellschaften entwickelten evidenzbasierten Leitlinien zur Schmerztherapie bei Tumorpatienten mitzuwirken.
<b>Onkologische Erkrankungen (12.3), Leitlinien zur Schmerztherapie</b>	Die Schmerztherapie bei Tumorpatienten sollte im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen einen größeren Stellenwert erhalten.

**Tabelle A7: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei depressiven Störungen (Kapitel 13)**

<b>Alte depressive Menschen</b>	Die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Weiter- und Fortbildung ist dringend notwendig.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die flächendeckende Schaffung teilstationärer Versorgungsangebote ist dringend geboten.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Qualifizierte gerontopsychiatrische Netzwerke sollten flächendeckend aufgebaut und die Zusammenarbeit der vorhandenen Einrichtungen verbessert werden.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die Gerontopsychiatrie sollte ein fester Baustein in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die gerontopsychiatrische Forschung und Lehre bedarf einer verstärkten Förderung.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Gerontopsychiatrische Aspekte sollten in der Fortbildung zum Krankenpfleger für Psychiatrie stärker berücksichtigt werden.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die Versorgungssituation in Alten- und Pflegeeinrichtungen ist verbesserungsbedürftig. Es bedarf nicht nur einer verbesserten kontinuierlichen ärztlichen Betreuung, sondern auch der Umsetzung der existierenden Konzepte zur aktivierenden Pflege und zur Rehabilitation für Menschen in Alten- und Pflegeheimen.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Bei der konzeptionellen, baulichen und personellen Planung von Altenheimen, bei der Implementierung von Versorgungsinstitutionen sowie in den Konzepten der Altenpolitik sollte die psychische Gesundheit bzw. Morbidität alter Menschen stärker berücksichtigt werden.

<b>Aufklärung</b>	Bei der mangelhaften Erkennung und Behandlung depressiver Störungen spielen auch gesellschaftlich vermittelte Vorurteile eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund ist es wichtig, die öffentliche Aufklärung über Häufigkeit und Natur depressiver Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz psychisch Kranker zu fördern und Schambarrieren abzubauen.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Aufgrund des hohen Versorgungsanteils und aufgrund der nachgewiesenen Versorgungsdefizite sollten Ansätze zur Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten vorrangig im hausärztlichen Bereich ansetzen.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Psychiatrische Inhalte sollten in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Fortbildung stärker berücksichtigt werden.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Die volle kassenärztliche Zulassung für die eigenständige hausärztliche Behandlung psychisch Kranker sollte u. a. von der Wahrnehmung verbindlicher, qualitätsgesicherter und hinsichtlich des Lernerfolgs evaluierter Fortbildungsveranstaltungen abhängig gemacht werden.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Bei schwer depressiv Erkrankten in hausärztlicher Versorgung sollte ein regelmäßiges obligatorisches psychiatrisches Konsil erfolgen.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden. In den Leitlinien sollten auch konkrete Schnittstellenindikatoren enthalten sein, welche die Überweisung (und Rücküberweisung) in eine qualifizierte (d. h. nicht-hausärztliche) psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung regeln. Die Einhaltung dieser Schnittstellenindikatoren sollte durch entsprechende Vergütungsanreize unterstützt werden.

**Tabelle A8: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Kapitel 14)**

<b>Primär- und Sekundärprävention</b>	Der Ausbau von Gesundheitsförderung und -aufklärung, die Erhöhung der Aufwändungen für risikoorientierte Gruppen- und Individualprophylaxe und die Erhöhung des Marktanteils fluoridierten Speisesalzes sollten möglichst rasch realisiert werden.
<b>Prophylaxepersonal</b>	Die Zahl des Prophylaxepersonals, das einen bedeutenden Teil von präventiven Leistungen unter entsprechender zahnärztlicher Supervision erbringen könnte, sollte um ein Vielfaches angehoben werden.
<b>Tertiärprävention (Spätbehandlung oraler Erkrankungen)</b>	Ohne eine deutliche Erhöhung schadens- und risikogerecht durchgeführter restaurativer, endodontischer und parodontologischer Behandlungen wird mittelfristig eine Verringerung des Behandlungsbedarfs im Bereich von Zahnersatz kaum realisiert werden können. Aus diesem Grund wird empfohlen, innerhalb der Tertiärprävention den Anteil strukturerhaltender Interventionen erheblich zu steigern.
<b>Qualifikation</b>	Zur Verbesserung der Ausbildung von Zahnärzten sollten die Ausbildungskapazitäten maßvoll reduziert werden, um die freiwerdenden Personal- und Sachmittel für eine Qualitätssteigerung der Forschung und Lehre zu nutzen. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen an Universitätskliniken sollte mit einer baldigen Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung einhergehen.
<b>Qualifikation</b>	Nach dem Studium sollten vermehrt strukturierte Fortbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten angeboten und von den Zahnärztekammern unter Einbeziehung wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Universitäten bundesweit koordiniert werden. Analog zur zahnärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte auch die Weiterqualifikation der zahnärztlichen Assistenzberufe verbessert werden.

## **Anhang 5: Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz  
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover  
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille  
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre  
Universität Mannheim  
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer  
Abt. Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei  
Fachbereich Gesundheitswesen  
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. med. Karl W. Lauterbach  
Institut für Gesundheitsökonomie  
und Klinische Epidemiologie  
Universität zu Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock  
Arbeitsgruppe Public Health  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba  
Medizinische Klinik Innenstadt  
Ludwig-Maximilians-Universität München