

Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung

- Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen -

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V.

1. Mit welchen Weichenstellungen für die Professionsentwicklung reagiert Ihr Verband auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als berufspolitische Vertretung aller deutschen Zahnärzte wirkt darauf hin, dass die Freiheit der Berufsausübung gestützt auf wissenschaftlich qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung, im Interesse einer zahnmedizinisch optimierten Versorgung der Patienten, gestärkt wird. Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens müssen dabei der Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient gerecht werden, die Eigenverantwortung des Bürgers fördern und wettbewerbsoffen den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Die BZÄK hat nachfolgende Schwerpunkte gesetzt, um die Entwicklung der zahnärztlichen Profession in diesem Kontext sicher zu stellen und dabei auch einer sich verändernden Berufsdemographie Rechnung zu tragen:

- **Neue Approbationsordnung für Zahnärzte (AO-Z)**

Die jetzige Approbationsordnung für Zahnärzte (AO-Z) stammt aus dem Jahre 1955. Zuletzt wurde sie 1992 novelliert und ist aus Sicht von Wissenschaft und Standespolitik dringend reformbedürftig. Die für die Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gültige Approbationsordnung entspricht in großen Teilen nicht mehr dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Sie berücksichtigt weder die fachliche Weiterentwicklung noch die Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden, so dass das Spannungsverhältnis zwischen alten Lehr- und Prüfungsinhalten einerseits sowie aktueller Forschung und Anforderung der Praxis andererseits kaum noch aufzulösen ist. Bereiche wie bspw. Medizin, Alterszahnheilkunde, Public Health, Community Medicine, Prävention und Kommunikation sind deutlich unterrepräsentiert.

Deshalb haben unter Federführung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), die Vereinigung der Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) einen **Entwurf für eine neue AO-Z** erarbeitet, der vom Deutschen Medizinischen Fakultätentag bereits im Grundsatz angenommen und im Jahr 2005 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben wurde.

Der neue Entwurf berücksichtigt die Belange der modernen Zahnheilkunde und lehnt sich an die Grundsätze des reformierten Medizinstudiums an. Damit wird das Zahnmedizinische Studium künftig von Grund auf neu strukturiert.

Das bedeutet eine stärkere Ausrichtung der Lehre auf medizinische Inhalte und eine damit engere Verzahnung mit der Medizin. Die neue AO-Z trägt der Tatsache Rechnung, dass die zahnärztliche Tätigkeit von ärztlichem Handeln geprägt ist, sie berücksichtigt die verstärkte Hinwendung zum Arzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (oral physician) und richtet die Ausbildung interdisziplinär aus. Diese Verzahnung ermöglicht den einzelnen Universitätsstandorten eine stärkere Autonomie und Flexibilität bei der Ausgestaltung der Lehre und damit die Perspektive, ihr eigenes Profil auszugestalten. Inhaltlich erfolgt eine Orientierung hin zur mehr Prävention, einem zeitgemäßen Fächerkanon und zu fächerübergreifendem Unterricht.

Ziel der zahnärztlichen Ausbildung ist die Anpassung an moderne wissenschaftliche Entwicklungen, um den theoretisch und praktisch ausgebildeten Zahnarzt weiterhin zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung der Zahnheilkunde, wie auch zur Weiterbildung, zum postgraduierten Studium und zu lebenslanger Fortbildung zu befähigen.

Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind und wird auf wissenschaftlicher Grundlage praxis-, bevölkerungs- und patientenbezogen durchgeführt. Durch Fortbildung gewährleisten jede einzelne Zahnärztin und jeder einzelne Zahnarzt seinen Kompetenzerhalt. Aus-, Fort- und Weiterbildung sichern die Professionalität des Berufsstandes.

Der neue AO-Z-Entwurf deckt sich weitgehend mit den aktuellen Empfehlungen des Wissenschaftsrates, die Zahnmedizin an den deutschen Universitäten zu stärken.

Jetzt gilt es, möglichst bald einen Konsens auf Bund-Länderseite zu erzielen, um die neue AO-Z umzusetzen.

- **Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**

Da die gültige Approbationsordnung, die universitären Curricula und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nicht den derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse - weder die fachliche Weiterentwicklung noch die Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden – berücksichtigen, haben die für Berufspolitik und Wissenschaft zuständigen Organisationen Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) alle Fachbereiche der Zahnheilkunde unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher, fachübergreifender Parameter neu beschrieben und gehen damit über die Forderungen des Gesetzgebers im § 87, Abs. 2 d SGB V, weit hinaus.

Die **Neubeschreibung** geht davon aus, eine durchgehend präventionsorientierte, ursachengerechte und zahnschutzschonende Behandlung zu ermöglichen. Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde reicht dabei weit über die Förderung reiner primär-prophylaktischer Leistungen hinaus. Sie soll gewährleisten, alle oralen Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, den Eintritt weiterer Schäden zu vermeiden sowie für eine möglichst frühzeitige funktionelle und strukturelle Wiederherstellung zu sorgen. Im Vordergrund steht dabei die lebensbegleitende Prävention. Dieser Präventionsansatz hat zum Ziel, langfristig das Risiko für eine Erkrankung zu reduzieren oder zu beseitigen und die Lebensqualität durch Erhalt der oralen Gesundheit in ihrer Wechselwirkung zum Gesamtorganismus positiv zu beeinflussen.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei der systematischen Befunderhebung und Diagnostik, der Bewertung des individuellen Erkrankungsrisikos und dem Gespräch des Zahnarztes mit seinen Patienten zu, mit dem Ziel der Evaluation individueller Patientenbedürfnisse und einer Verhaltensänderung (s. Abb 1).



Abb. 1: Konzept einer umfassenden präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Das durchgängig wissenschaftliche Prinzip des Konzeptes der Neubeschreibung ist die ideale Grundlage für die Erweiterung des Systems von wissenschaftlich abgesicherten, **befundabhängigen Festzuschüssen** (bisher nur im Zahnersatzbereich) und Kostenerstattung, denn befundabhängige Festzuschüsse sind sozial orientiert, zahnmedizinisch umfassend und allen Patienten zugänglich. Sie werden den zukünftigen Versorgungsanforderungen auch als Steuerungsmittel vollumfänglich gerecht.

Das durchgängig wissenschaftliche Prinzip des Konzeptes der Neubeschreibung muss aus professionspolitischer Perspektive zwingend Eingang in den Leistungskatalog einer neu zu gestaltenden **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** finden.

Die wissenschaftliche Neubeschreibung und die wissenschaftlich abgesicherte befundabhängige Festzuschuss-Systematik sind die Grundlage für die Zukunft der Zahnmedizin und sollten in gesundheitspolitische Reformvorstellungen einfließen, denn sie garantieren eine zukunftsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für die Patienten und den zahnärztlichen Berufsstand.

- **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)**

Im Gegensatz zu einem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung mit seinem stringenten Wirtschaftlichkeitsgebot muss die GOZ notwendig den Stand der zahnmedizinischen Entwicklung insgesamt widerspiegeln. Dazu zählen auch die aktuellen Erkenntnisse über die Wechselbeziehungen von Mundraum-Erkrankungen mit denen des Gesamtorganismus. Eine seriöse Leistungsbeschreibung ist nur unter Einbeziehung der Erkenntnisse einer wissenschaftlich gesicherten und präventionsorientierten Zahnheilkunde vorstellbar und muss wesentliche Impulse für die weitere Präventionsorientierung setzen.

Deshalb hat die BZÄK im April 2006 ein **Verzeichnis zahnärztlicher Leistungen**, das sich an der wissenschaftlich begründeten Beschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde orientiert, für eine geplante neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im privatärztlichen Bereich vorgelegt und in die Beratungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) eingebracht.

Es ist gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) erarbeitet worden und trägt dem Wandel von der restaurativen hin zur vorbeugenden Zahnmedizin Rechnung und berücksichtigt die Vielfalt moderner Therapieformen und die deutlich gestiegenen präventiven Möglichkeiten.

Obwohl mit der Leitung des BMG vereinbart war, das **Verzeichnis zahnärztlicher Leistungen** zur geplanten Novellierung der GOZ auf ihre Vereinbarkeit mit dem Leistungskatalog der Zahnärzteschaft zu prüfen, drangen während der Sitzungen der GOZ-Arbeitsgruppe die Referenten des BMG und die Vertreter von PKV und Beihilfe darauf, die Gespräche auf Basis des Bema weiterzuführen. Daraufhin haben die BZÄK-Vertreter ihre Teilnahme ausgesetzt. Mit Blick auf das vorliegende „Eckpunktetpapier zur Gesundheitsreform“ der Großen Koalition und auf die Arbeitsentwürfe zu einem sogen. „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ des BMG wird nun ein noch schwerwiegenderer Systembruch erkennbar, der Marktmechanismen außer Kraft setzt, in dem von der Politik eine Einheitsgebührenordnung für gesetzliche und private Krankenkassen im ambulanten Bereich postuliert wird. Mehr noch: Die Bundesregierung stellt damit ein Kernelement der freien Berufsausübung, nämlich die Erzielung eines adäquaten Honorars für eine erbrachte Leistung in Frage, was auch an dieser Stelle die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit der geplanten Reform aufwirft. Gerade wegen der damit offenkundig bezweckten Deprofessionalisierung wird sich der zahnärztliche Berufsstand vehement zur Wehr setzen, denn er kann und will an einem aus fachlicher und wirtschaftlicher Sicht nicht zu verantwortenden Flickenteppich von Leistungen und Leistungserbringung nicht mitwirken.

- **Neue Musterberufsordnung**

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer hat im Jahre 2005 eine **neue Musterberufsordnung** für Zahnärzte beschlossen, um eine zeitgemäße Weiterentwicklung des zahnärztlichen Berufsstandes als Freier Beruf zu garantieren.

Die wesentlichen Schwerpunkte der inhaltlichen Neuerungen beziehen sich auf (a) die zulässigen Orte der Berufsausübung, (b) die gemeinsame Berufsausübung, sowie (c) das öffentliche Auftreten des Zahnarztes (Werbung).

(a) Die neue Musterberufsordnung eröffnet dem niedergelassenen Zahnarzt, auf Grundlage der persönlichen Leistungserbringung die Möglichkeit, seinen Beruf auch in weiteren Praxen oder weiteren Orten auszuüben, wobei die Versorgung seiner Patienten in jedem Falle gewährleistet sein muss. Soweit also ein fester Praxissitz vorhanden ist, kann der Zahnarzt mehrere eigene Praxen unterhalten oder bspw. auch als freier Mitarbeiter in fremden Praxen tätig werden. Weiterhin kann er zum Beispiel mit mobilen Behandlungseinheiten in Altersheimen oder Gefängnissen seinen Beruf ausüben.

(b) Ergänzt wird diese Liberalisierung der zulässigen Orte der Berufsausübung durch die neuen Regelungen der Zusammenarbeit des Zahnarztes mit Dritten. So ist es dem Zahnarzt gestattet, zunächst seine Zusammenarbeit mit Kollegen in alle gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten zu bringen, welche das Heilberufsgesetz seines Bundeslandes erlaubt.

Damit stehen dem Zahnarzt grundsätzlich alle inländischen Personen- und Kapitalgesellschaften (GbR, Partnerschaft, GmbH und mehr), aber auch ausländische Gesellschaftsformen, zum Beispiel die englische Limited zur Verfügung. Grenzen ziehen die jeweiligen Heilberufskammergesetze.

(c) Greifbare Veränderungen des zahnärztlichen Berufsrechts haben sich, ausgelöst durch die Rechtsprechung, im Bereich des öffentlichen Auftretens des Zahnarztes abgezeichnet. Dem Zahnarzt ist es nun nach neuer Musterberufsordnung gestattet, mit "sachlichen Informationen" über seine Berufs- und Praxistätigkeit in die Öffentlichkeit zu treten. Derartige Sachinformation umfasst insbesondere die medizinische Aufklärung, Information zur "organisatorischen Inanspruchnahme der Praxis", sowie besondere Kenntnisse und Fertigkeiten des Zahnarztes. Die Informationen können über alle verfügbaren Medien, aber auch über eigenes persönliches Auftreten des Zahnarztes verbreitet werden.

Die Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer wird von den einzelnen Zahnärztekammern übernommen und in gültiges Satzungsrecht überführt. Eine „Versozialrechtlichung“ des Berufsrechts ist verfassungsrechtlich problematisch.

- **Qualitätsförderung / Qualitätsmanagement**

Qualität ist ein Prozess, der nicht von außen dirigiert werden kann, sondern der individuell und eigenverantwortlich aus dem eigenen zahnärztlichen Tun heraus entsteht.

Aus diesem Selbstverständnis von Qualität heraus hat sich die Zahnärzteschaft schon lange mit dem Thema auseinandergesetzt. Im Zuge internationaler Entwicklungen und breiter wissenschaftlicher Diskussionen zu evidenzbasierten Leitlinien, Qualitätsmanagement oder Benchmarking haben die zahnärztlichen Organisationen Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie die Körperschaften in den Ländern ihre Maßnahmen entwickelt: Weißbuch, Pilotleitlinien, Gründung der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung, erfolgreiche Etablierung von Qualitätszirkeln, Qualitätshandbücher für die Praxis und vieles mehr.

Zahnarzt und Patient sind Partner des Behandlungsvertrages, die über Behandlung und Therapie gemeinsam entscheiden. Um den berechtigten Patientenerwartungen zu entsprechen, aber auch den medizinisch-technischen Fortschritt aktiv zu begleiten, haben BZÄK und KZBV im Jahr 2004 die **Agenda Qualitätsförderung** erarbeitet. Durch kontinuierliche interne Überprüfung soll eine stetige Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und damit auch der Mundgesundheit der Bevölkerung erreicht werden. Für den einzelnen Patienten bedeutet dies den Erhalt oraler Strukturen und eine Steigerung der Lebensqualität. In der Agenda sind darüber hinaus fünf Grundsätze zur Qualitätsförderung in der Zahnheilkunde festgelegt: 1. Qualitätsförderung ist eine originäre innerprofessionelle Aufgabe; damit wird die berufliche Tätigkeit transparent. 2. Qualitätsförderung dient der Verbesserung der Patientenversorgung und ist kein Selbstzweck. Der Patient steht im Mittelpunkt der Qualitätsförderung und muss in die Lage versetzt werden, daran mitzuwirken. 3. Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind vom Berufsstand selbst zu entwickeln und zu implementieren, ohne Vorgaben und direkte Einflussnahme durch Gesetzgeber oder Kostenträger. Zwang und Kontrolle zur Qualitätsförderung sind nicht zielführend. 4. Qualitätsförderung bedarf angemessener personeller und organisatorischer Strukturen. Diese sind mit Kosten verbunden.

Voraussetzungsorientierte Qualitätsförderung wird vom Berufsstand verwirklicht, wo immer sie für Zahnärzte und Patienten von Nutzen ist. Qualitätsförderung setzt eine angemessene Honorierung der hochwertigen zahnmedizinischen Dienstleistungen voraus. 5. Wenn in Zukunft immer mehr Menschen ihre eigenen Zähne bis ins Alter behalten, bedeutet dies auch eine Steigerung der Lebensqualität. Voraussetzung dafür ist die Umsetzung einer qualitätsgesicherten und gleichzeitig präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Zahnärztliches Qualitätsmanagement ist ein weiterer Baustein, der die Professionalisierung, hier im Sinne einer Verbesserung der eigenen Arbeit und der Anpassung an gesteigerte Anforderungen an den Beruf, langfristig unterstützt und fördert. Qualitätsmanagement wird sich zunehmend zu einem internen zahnärztlichen Benchmarking-Instrument entwickeln. Es ist damit ein ganz wesentliches Element der Qualitätssicherung.

Die Bundeszahnärztekammer hat gemeinsam mit den Kammern Bremen, Hessen, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe ein eigenes Qualitätsmanagementsystem für Zahnarztpraxen entwickelt. Das Zahnärztliche Praxismanagementsystem (Z-PMS) versteht sich als alternatives Modell, das kommerziellen Interessen nach Zertifizierung und bürokratischen Reglementierungen entgegengesetzt werden kann. Es soll dem Kollegen helfen, seinen Praxisalltag zu professionalisieren. Vorrangige Ziele sind:

- Die Selbstqualifikation des Zahnarztes und seines Teams.
- Die Abwehr von fremdgesteuerten externen Auflagen.
- Sach- und praxisorientierte Umsetzungshilfen ohne zusätzliche Vorschriften.

Darüber hinaus existieren etliche weitere zahnärztliche Modelle zum Qualitätsmanagement. Allen aber ist eines gemeinsam: Sie bieten Hilfe für die Praxis. Der Zahnarzt entscheidet freiwillig und in Eigenregie, welches Modell für seine Bedürfnisse das passende ist. Jeder Eingriff von außen ist dabei überflüssig.

- **Evidence-Based Dentistry (EbD)**

Zahnärztliches Handeln orientiert sich zunehmend an diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen auf Grundlage der nachweisgestützten Zahnheilkunde basierend auf den methodischen Prinzipien der EbM, damit wissenschaftliche Erkenntnisse praxisnah umgesetzt werden können.

So hat die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), eine gemeinsame Einrichtung der BZÄK und der KZBV, in umfangreichen Konsensusprozessen gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften drei **evidenzbasierte Leitlinien** zu "Fissurenversiegelung", "Fluoridierungsmaßnahmen" und "Operativer Entfernung von Weisheitszähnen" erstellt. Diese Leitlinien fassen im Sinne eines Handlungskorridors für Zahnärzte und Patienten den derzeitigen Stand der Wissenschaft zusammen und geben abgesicherte Empfehlungen, die Raum für individuelle Entscheidungen lassen. Aktivitäten wie diese, wären - wenn sie sich denn im Praxisalltag bewähren - seitens der Zahnmedizin künftig auszubauen, um Zahnärzten einen möglichst raschen Zugriff auf klinisch bedeutsame Forschungsergebnisse zu ermöglichen und so die Qualität der Patientenversorgung zu fördern.

- **Fortbildung**

Die zahnärztliche Fortbildung hat zum Hauptziel, über einen lebenslangen Wissenserwerb die professionelle Kompetenz der sich Fortbildenden zu fördern. In § 2 der Musterberufsordnung für die deutschen Zahnärzte wird festgestellt: "Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen." Die gesetzlich festgeschriebene Fortbildungspflicht für Vertragszahnärzte wird aufgrund der vorhandenen Regelungen in den Heilberufsgesetzen und Berufsordnungen vom zahnärztlichen Berufsstand abgelehnt.

Ab dem 01. Januar 2006 kann sich der Berufsstand auch an den von BZÄK, KZBV und DGZMK verabschiedeten **Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung** orientieren. Danach ist Fortbildung integrierter Bestandteil der zahnärztlichen Tätigkeit. Wichtige Ziele zahnärztlicher Fortbildung sind die ständige Festigung, kontinuierliche Aktualisierung und Fortentwicklung der fachlichen Kompetenz mit dem Ziel der Verbesserung des zahnärztlichen Handelns. Somit ist Fortbildung auch ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. Es ist Aufgabe der Zahnärztekammern, das Bemühen der Zahnärzte um Qualitätssicherung zu unterstützen. Die Anpassung und Fortschreibung der Leitsätze der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung durch den Gemeinsamen Beirat Fortbildung wird kontinuierlich durchgeführt.

Seit längerem wird der Mangel an empirischen **Daten zum Fortbildungsverhalten** deutscher Ärzte und Zahnärzte beklagt. Die von der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Jahr 2004 durchgeführte **Erhebung zur Evaluation der Fortbildung von Zahnärzten (EFO-Z)** ist die erste bundesweite Studie zum Fortbildungsverhalten von niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland: Danach werdend die Zahnärztekammern von 55 Prozent der Befragten als Träger von im ersten Halbjahr 2004 besuchten Fortbildungsveranstaltungen genannt, an zweiter Stelle werden von 42 Prozent der Befragten Dentalindustrie und Dentallabors genannt. Bei den Themenbereichen der Fortbildung im ersten Halbjahr 2004 rangieren Implantologie und Parodontologie mit jeweils über 40 Prozent der Nennungen an ersten Stelle.

Die Erhebung zum Fortbildungsverhalten niedergelassener Zahnärzte in Deutschland zeigt insgesamt eine hohe Inanspruchnahme von Fortbildung, sowohl in Form des Selbststudiums als auch des Besuches von Veranstaltungen. Nur 11 Prozent der befragten Zahnärzte machen zu ihrer Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, bezogen auf das erste Halbjahr 2004, entweder keine Angaben oder gaben an, sich in diesem Zeitraum tatsächlich nicht fortgebildet zu haben. Die repräsentativen Ergebnisse zeigen, dass Fortbildung zum einen eine äußere Wirkung zeigt wie wirtschaftlichen Erfolg, Patientenbindung oder Steigerung des Praxisimages, aber dass Fortbildung vor allem betrieben wird, um berufliche Zufriedenheit und gute Behandlungsqualität zu erreichen und um insgesamt ein guter Zahnarzt zu sein. Es geht also dem sich fortbildenden Zahnarzt vorrangig um seine professionelle Identität.

Diese Ergebnisse belegen, dass der zahnärztliche Berufsstand eigenverantwortlich seine fachliche Weiterentwicklung erfolgreich betreibt und sich für eine kontinuierliche Patientenversorgung auf hohem Qualitätsniveau einsetzt.

- **Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2020**

Fester Bestandteil der gesundheitspolitischen Grundsatzdiskussionen weltweit sind (sozial)medizinische und versorgungspolitische Aspekte auf der einen sowie gesundheitsökonomische Betrachtungen auf der anderen Seite. Trotz einer notwendigen, sachgerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen sollte die am Menschen orientierte medizinische Sichtweise im Vordergrund stehen. Ein Zweig der Versorgungsforschung, die Definition von Gesundheitszielen, spielt hier eine wachsende Rolle – auch in der Zahnmedizin. Auf Grundlage des international empfohlenen Rahmenwerkes der Fédération Dentaire Internationale (FDI) „Global Goals for Oral Health 2020“ wurden von zahnmedizinischer Wissenschaft und Berufsstand gemeinsam die für Deutschland relevanten sowohl krankheitsbezogenen als auch gesundheitsförderlichen Mundgesundheitszielbereiche für das Jahr 2020 definiert. Die BZÄK sieht in der aktuellen Weiterentwicklung der Ziele von 1996 eine lohnende Möglichkeit der gesundheitspolitischen Positionierung. Es geht dabei auch um die Einforderung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen. Dabei ist von folgenden Überlegungen auszugehen:

- Mundgesundheitsziele bieten eine Plattform für den zahnärztlichen Berufsstand, um sowohl an der Verbesserung der Mundgesundheit als auch an der politischen Mitgestaltung des Gesundheitssystems aktiv teilzunehmen.
- Mundgesundheitsziele definieren Aufgaben für die Zahnärzteschaft. Sie bieten die Möglichkeit, die zahnärztliche Tätigkeit sowie die gesundheits- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen zu evaluieren.
- Mundgesundheitsziele verfolgen präventive Aspekte.

Deutschland ist damit das erste Land weltweit, welches die aktuellen internationalen Zieleempfehlungen von FDI/WHO auf nationaler Ebene definiert hat.

2. Welche Maßnahmen sollten nach Auffassung Ihres Berufsstandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?

Fragen zur zahlenmäßigen Entwicklung des zahnärztlichen Berufsstandes in mittlerer und längerer Zukunft haben für die Zahnärzteschaft selbst, aber natürlich auch für die Bevölkerung bzw. die Gesellschaft eine große Bedeutung. Die Zahl berufstätiger Zahnärzte prägen Art und Umfang zahnärztlicher Dienstleistungen mit und Aspekte der Unter- und Überversorgung im zahnärztlichen Versorgungssystem sind nur mit quantitativen Aussagen zum Verhältnis von Angebot und Nachfrage zu beantworten.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat deshalb zu dieser Thematik im Jahre 2004 eine Forschungsmonographie zur Projektion der mutmaßlichen Zahnärzteentwicklung in Deutschland für die nächsten 20 Jahre vorgelegt (IDZ-Materialienreihe Band 29: "**Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs zahnärztlicher Leistungen bis zum Jahr 2020**", Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004).

Die Ergebnisse dieser Basisanalyse zeigen, dass bei unveränderten Rahmenbedingungen im Jahr 2020 wahrscheinlich mit einem leichten Anstieg der Zahnärztezahlen und mit einem etwas abnehmendem Leistungsvolumen zu rechnen ist.

Anders als bei den Ärzten, ist also bei den Zahnärzten in Zukunft nicht von personellen Engpässen auszugehen, so dass die Gefahr einer Unterversorgung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Ausgehend von drei unterschiedlichen Prognosevarianten für das Jahr 2020 (Tabelle 1), die einen möglichen Korridor der Zahnärztezahsentwicklung beschreiben, ist bei behandelnd tätigen Zahnärzten mit Steigerungsraten zwischen 6% und 15% zu rechnen (Basisjahr 2004).

Tabelle 1: Prognosevarianten Zahnärzte für das Zieljahr 2020 (Quelle: IDZ, 2004)

| Szenarien | behandelndtätige ZÄ | | Praxisinhaber | |
|---|---------------------|---------|---------------|---------|
| | abs. | Zuwachs | abs. | Zuwachs |
| Prognosevariante 1: oberes Szenario (2100 Approbationen) | 73 554 | + 15 % | 64 250 | + 19 % |
| Prognosevariante 2: mittleres Szenario (1950 Approbationen) | 70 707 | + 11 % | 61 700 | + 14 % |
| Prognosevariante 3: unteres Szenario (1800 Approbationen) | 67 861 | + 6 % | 59 149 | + 9 % |

Dass die Zahnarztzahlen leicht zunehmen, während die Zahl der Approbationen relativ konstant bleibt, liegt am Altersstruktureffekt: Es folgen mehr junge Zahnärzte nach als alte Zahnärzte aus dem Berufsleben ausscheiden; einem konstanten Zufluss steht also ein geringerer Abgang entgegen.

Ein weiteres Ergebnis der Prognose-Studie zeigt: Die **Feminisierung der zahnärztlichen Profession** schreitet voran, ein Großteil der Zahnärzteschaft wird künftig von Frauen gestellt werden. Zurzeit machen sie etwas mehr als 60 Prozent der Studierenden der Zahnmedizin aus. Ab dem Jahr 2017 ist mit mehr als 50 Prozent Frauenanteil bei den zahnärztlichen Berufsausübenden zu rechnen (2005: 35% Frauenanteil).

In der BZÄK widmet sich seit Jahren der „Ausschuss für die Belange der Zahnärztinnen“ in enger Kooperation mit dem Deutschen Ärztinnenbund den gesundheitspolitische Entwicklungen und der Verlagerung des Geschlechteranteils im Berufsstand durch eine frühzeitige Analyse. Ziel ist es, dass Zahnärztinnen auch in Zukunft selbständig tätig sind und ihren Beruf mit der Familie in Einklang bringen können. Hier spielen natürlich die Forderung nach freiberuflichen Formen der Berufsausübung sowie die Bemühungen um die Wiedereingliederung von Zahnärztinnen in den Beruf eine große Rolle.

zu a)

Aus der vorangegangenen Antwort leitet sich ab, dass sich aus Sicht der BZÄK die Frage einer grundsätzlichen Veränderung der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen aus Gründen personeller Engpässe für den zahnärztlichen Berufsstand nicht stellt.

Schon heute eröffnet das Zahnheilkundegesetz die Möglichkeit, dass approbierte Zahnärztinnen/Zahnärzte bestimmte Tätigkeiten an dafür durch Aufstiegsfortbildungen qualifiziertes Personal, wie Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF), Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) oder Dental Hygienikerin (DH; theoretische

und praktische Qualifizierungszeit ca. 8000 Std., entspricht internationalem Niveau) delegieren können (ZHG §1 Abs. 5 und 6). Die hohe Zahl an fortgebildetem zahnärztlichen Assistenzpersonal in Deutschland belegt, dass diese Möglichkeit in den Praxen genutzt und auch zukünftig genutzt werden wird. Die Zahnärztekammern als zuständige Stellen für die Fortbildung passen regelmäßig die Fortbildungsordnungen an die fachlich-wissenschaftlichen Entwicklungen an.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Schnittstellen, an denen Zahnärzte mit anderen Gesundheitsberufen kooperieren. Diese Kooperationen sollen intensiviert und ausgebaut werden, um v.a. den wechselseitigen Beziehungen zwischen oraler und allgemeiner Gesundheit Rechnung zu tragen und die Versorgungsqualität zu verbessern. Beispielhaft seien hier erwähnt:

- Zusammenarbeit mit Gynäkologen, Hebammen, Kinderärzten bei der *Verteilung zahnärztlicher Prophylaxepässe* nach der Geburt eines Kindes an die Familien,
- Zusammenarbeit mit Gynäkologen, Hebammen, Kinderärzten, Hausärzten bei der *Aufklärung zur Mundgesundheit* (insbes. Fluoridierung, Zahnpflege) *von Schwangeren, jungen Müttern und Kleinkindern*,
- Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegepersonal im Rahmen der zahnärztlichen *Betreuung von Senioren und Pflegebedürftigen* sowie bei der zahnärztlichen *Betreuung von Menschen mit Behinderungen*,
- Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychotherapeuten sowie Anästhesisten bei der zahnärztlichen *Betreuung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden* (z.B. krankhaften Zahnbehandlungsphobie, Depression, Essstörungen),
- Zusammenarbeit mit Ärzten, Diabetologen, Diabetesassistenten bei *Ernährungsberatung* und bei der *Betreuung von Diabetespatienten*,
- Zusammenarbeit mit Ärzten und Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin bei der *Tabakentwöhnung*.
- Zusammenarbeit mit Pulmologen und Internisten u.a. bei der Behandlung der Schlafapnoe, sogen. *zahnärztliche Schlafmedizin*

zu b)

Zahnärzte sind überwiegend ambulant tätig. Multiprofessionelle Teams sind im stationären Bereich, in Krankenhäusern und Universitätskliniken, angesiedelt. Die quantitative Bedeutung multiprofessioneller Teams ist daher für den zahnärztlichen Berufsstand vergleichsweise gering.

Gleichwohl ist auch im zahnärztlichen Bereich die multiprofessionelle Zusammenarbeit existent und für den Versorgungsalltag von qualitativer Bedeutung. So gibt es interdisziplinäre Vorgehensweisen (z.T. stationär, z.T. Spezialambulanzen an Kliniken) auf Grund der Multikausalität der Krankheitsbilder in folgenden wesentlichen Bereichen:

- Bei der Therapie von *Myoarthropathien* des Kausystems (Cranio-manibuläre Dysfunktion, CMD) sowie bei der Therapie von *chronischen Gesichtsschmerzen* mit Allg.medizin, HNO, Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik. Der Zahnarzt ist häufig der Erste, der durch den Patienten aufgesucht wird. Insofern kommen ihm neben der Behandlung die Koordination und das Management des Krankheitsfalls zu (Dokumentation, Überweisung, Consil).

- Bei der Behandlung von Patienten mit *Lippen-Kiefer-Gaumenspalten* (LKGS). Bald nach der Geburt des Babys beginnen chirurgische und später kombiniert chirurgischen/kieferorthopädische Behandlungen in Zusammenarbeit von Kieferchirurgen, und -orthopäden, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Kinderärzten, Logopäden, Psychologen und Zahnärzten. Der Kieferorthopäde übernimmt neben therapeutischen Aufgaben die Koordination und das Management des Krankheitsfalls.
- Bei der Vor- und Nachsorge von Patienten mit *Tumorerkrankungen im Kopfbereich*, die eine Strahlentherapie erhalten mit Onkologen, Radiologen, Innerer Medizin, Allg.ärzten.
- Bei der Behandlung von *Verletzungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich* und *Gesichtsschädelfrakturen* durch Verkehrsunfälle, Schlägereien, Haushaltsunfälle, Arbeitsunfälle und Sportverletzungen erfolgt eine multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Traumatologen, Chirurgen, Kieferchirurgen, und -orthopäden, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Kinderärzten, Logopäden, Psychologen und Zahnärzten.
- Im *forensischen Bereich* sowie auf dem Gebiet der *Katastrophenmedizin* zur Identifizierung von Toten erfolgt eine Zusammenarbeit von Gerichtsmedizinern, forensisch qualifizierten Zahnärzten, Ärzten, Angehörigen der Bundeswehr und von Hilfsorganisationen, häufig auch auf internationaler Ebene.

zu c)

Die **Bedeutung der Medizin innerhalb der Zahnmedizin** wird in Zukunft zunehmen. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass die Mundgesundheit in enger Wechselwirkung mit der Gesundheit des gesamten Körpers steht. Die Mundgesundheit wird zum einen durch eine Vielzahl von körperlichen Faktoren, von kognitiven und psychosozialen Aspekten beeinflusst. Darüber hinaus können altersphysiologische Abbausyndrome, Mangelerscheinungen, eine geschwächte Immunabwehr, genetische Faktoren oder Medikamente Auswirkungen haben. Andererseits existieren vielfältige Hinweise dafür, dass Erkrankungen des Mundes einen negativen Einfluss auf die Allgemeingesundheit haben können. Auch wird der Zahnarzt zukünftig zunehmend ältere, multimorbide und chronisch kranke Patienten in seiner Praxis behandeln.

Der zahnmedizinischen Diagnostik kommt im Sinne des Screenings von wichtigen medizinischen Erkrankungen perspektivisch eine wachsende Bedeutung zu.

Dieses Präventionspotential der Zahnmedizin gilt es zukünftig stärker zu nutzen. Über die Mundgesundheit hinaus wird sich das Spektrum der zahnmedizinischen Diagnostik und Prävention erweitern. Die Früherkennung von Mundschleimhauterkrankungen und von Begleit-, Leit- oder Frühsymptomen, die auf eine Allgemeinerkrankung hinweisen sowie die Aufklärung zu Nikotin- und Alkoholkonsum und zum Komplex der ernährungsmitbedingten Erkrankungen, werden stärker als bisher in die zahnärztliche Verantwortung rücken. Der Zahnarzt wird immer mehr als „**Arzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (oral physician)**“ gefordert sein. Die interdisziplinäre Kooperation mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen wird sich intensivieren und die Zahnmedizin wird ein integrativer Bestandteil des medizinischen Fächerkanons sein.

Die **zahnärztliche Tätigkeit wird stärker von ärztlichem Handeln geprägt sein**, welches biopsychosozialen Ansätzen folgt und interdisziplinär ausgerichtet ist. Dies wird zu einer fachlichen Aufwertung im Rahmen der multiprofessionellen Zusammenarbeit führen.

Wissenschaft und Berufspolitik sind darum bemüht, diese Themenfelder verstärkt in die Curricula zur Aus-, Fort- und Weiterbildung des gesamten zahnärztlichen Teams zu integrieren aber auch eine entsprechend angemessene Vergütungen dieser fachlich, personell und strukturell anspruchsvollen Tätigkeiten, z. B. im Bereich der Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, zu erzielen.

zu d)

Die Bundeszahnärztekammer stellt fest, dass die Behandlung von Patienten durch freiberufliche Zahnärzte in fachlicher und wirtschaftlicher Unabhängigkeit und im individuellen Vertrauensverhältnis zum Patienten nach wie vor die beste Gewähr für eine hochqualifizierte Zahnheilkunde und für die Wahrung der Patientenrechte ist. Die bundesrechtliche Sozialgesetzgebung darf nicht geltendes Heilberufsrecht verformen.

Folgende Rahmenbedingungen sind für die Ausübung einer unabhängigen, fachlich hochstehenden Zahnheilkunde notwendig, die auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtern würde:

- Beendigung der Budgetierung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung,
- Umsetzung einer neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), basierend auf dem von der Bundszahnärztekammer (BZÄK) vorgelegten "Verzeichnis der zahnärztlichen Leistungen - auf der Grundlage der wissenschaftlichen Neubeschreibung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde",
- Kostenerstattung im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung anstelle des Sachleistungsprinzips,
- Verzicht auf eine Bedarfszulassung,
- Generelle Aufhebung der Höchstaltersgrenze von 68 Jahren für die Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung.

3. In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zeichnen sich Probleme im Zusammenhang mit einer weder effektiven noch effizienten Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen ab. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband mit Neuzuschnitten von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe (z.B. Pflegepraxen, Gemeinbeschwestern, Anästhesieassistenten)? Ist ein Neuzuschnitt aus Ihrer Sicht notwendig und erstrebenswert und wie begründen Sie das?

Aus Sicht der BZÄK ist ein **Neuzuschnitt** von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe, medizinischer Fachberufe oder anderer Gesundheitsberufe für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung **grundsätzlich nicht erforderlich**, da z.Zt. und in Zukunft das gesamte Gebiet der Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde qualifiziert und präventionsorientiert abgedeckt ist.

Der Zahnarzt ist neben dem Hausarzt die am häufigsten von der Bevölkerung regelmäßig frequentierte und überwiegend kontrollorientiert in Anspruch genommene Arztgruppe.

Der Zahnarzt ist die zentrale Anlaufstelle für alle Fragen der Mundgesundheit für die ganze Familie, der selbstverständlich in Sonderfällen den Patienten an einen spezialisierten Fachzahnarzt verweist. Deshalb sind die zahnärztlichen Praxen besonders für gesundheitliche Aufklärung, für Informationsvermittlung zur gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung und zur Früherkennung von Erkrankungen prädestiniert.

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und die Konzepte der zahnärztlichen Versorgung sind heute geprägt von der Perspektive einer präventionsorientierten Zahnheilkunde. Wenn man die Befunderhebung, die Diagnosestellung und die Therapie umfassend präventionsorientiert auf das gesamte Zahn-, Mund- und Kiefergebiet projiziert, und auch noch die zunehmend wichtigen allgemeinmedizinischen Gesichtspunkte berücksichtigt, dann **fokussieren sich das Berufsverständnis und das Berufsbild des Zahnarztes auf die des Generalisten mit ein bis zwei Tätigkeitsbereichen, in denen besonderes Wissen und besondere Fähigkeiten erworben wurden.**

Das heißt, dass es für diejenigen Patienten, die spezielle Probleme haben, ausreichend Perspektiven für eine gute und spezielle Therapie gibt. So gibt es für den praktisch tätigen Zahnarzt die Möglichkeit Zusatzqualifikationen zu erwerben und in seiner Praxis zu seiner Tätigkeit als Generalist auch zusätzlich verschiedene Schwerpunkte anzubieten. Der sich abzeichnende Trend der Ausdifferenzierung des Berufsstandes, wird durch eine Vielzahl strukturierter Fortbildungsangebote und postgradualer Masterstudiengänge begleitet. Des Weiteren existieren bewährte Weiterbildungsgebiete und es gibt an den Universitäten Fachabteilungen, die dem Generalisten und dessen Patienten für besondere Fälle zur Verfügung stehen.

In Zusammenhang mit einer zunehmend alternden Bevölkerung und der wachsenden Bedeutung der Prävention im Alter engagiert sich die BZÄK in der Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG). Im Rahmen des dort intensiv diskutierten *Konzeptes des Präventiven Hausbesuches* sind mögliche Neuzuschnitte von Tätigkeitsfeldern für Assessment, Beratung, Koordinierung von Leistungen oder Case-Management vorstellbar. Das Angebot präventiver Hausbesuche richtet sich an nicht-pflegebedürftige Menschen und dient der Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbstständigen Menschen durch ein multidimensionales Assessment und anschließende wiederholte risikoorientierte, qualifizierte und individuelle Beratung.

Das DFPG sah bei einer Reihe von Aspekten dringenden Prüfbedarf, so z. B. beim Umfang des Einsatzes und Art der Beteiligung nicht-ärztlicher Fachkräfte. Die BZÄK gab zum Präventiven Hausbesuch im Jahr 2005 eine entsprechende wissenschaftliche Stellungnahme aus zahnmedizinischer Sicht ab. Danach sind die notwendigen Voraussetzungen („strukturelle Rahmenbedingungen“) für eine flächendeckende Einführung des Präventiven Hausbesuchs in Deutschland derzeit nicht gegeben. Bei der Durchführung differenziert zu evaluierender Modellvorhaben, ist auf die zahnmedizinische Qualifizierung der das geriatrische Assessment durchführenden Heilberufsgruppe zu achten, wobei die Qualifizierung idealerweise von den Zahnärztekammern durchgeführt werden sollte.

Bundeszahnärztekammer, Berlin, Oktober 2006 (Aktualisierung der Fassung vom Juli 2006)