

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/9511 –**

### **Qualität und Strukturen der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

2004 hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die „Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020“ vorgelegt. Einige der dort definierten Ziele zum Beispiel zur Zahnerhaltung und zur Reduzierung der Karieslast in bestimmten Altersgruppen wurden bereits erreicht. Vergleichsuntersuchungen zur Zahngesundheit zeigen überdies, dass Deutschland mittlerweile einen guten Rang im internationalen Vergleich erreicht hat (vgl. Bauer, Neumann, Saekel: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland, Bern 2009). Dessen ungeachtet existiert eine Reihe von grundlegenden Problemen in der zahnmedizinischen Versorgung, wie die vom Sozialstatus abhängige Zahngesundheit, mangelnde Evidenzbasierung bestimmter Teile der zahnmedizinischen Behandlung, unzureichende Qualitätstransparenz, die im internationalen Vergleich verbesserungswürdige Effizienz sowie eine durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen begünstigte Über- und Fehlversorgung.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung sieht und unterstützt den besonderen Stellenwert einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in allen Altersgruppen. Durch die Umsetzung geeigneter Prophylaxe- und Behandlungskonzepte besteht in der zahnmedizinischen Versorgung insgesamt ein guter Vorsorge-, Früherkennungs- und Versorgungsstandard. Die Mundgesundheit hat sich in Deutschland in den letzten drei Jahrzehnten in allen Altersgruppen der Bevölkerung entscheidend verbessert. Weitere Verbesserungsmöglichkeiten sollten von allen Beteiligten genutzt werden. Patientinnen und Patienten können selbst insbesondere durch ein optimiertes Mundhygieneverhalten viel zu einer Verbesserung der Mundgesundheit und Steigerung der Lebensqualität beitragen. Im Bereich der evidenzbasierten Zahnmedizin und der Versorgungsforschung besteht noch ein weites Feld für wissenschaftliche Studien. Unabhängig davon beruht die zahnärztliche Behandlungsqualität in der täglichen Praxis insgesamt auf bewährten Behandlungsstandards. Gesetzliche Regelungen und Richtlinien des Gemeinsamen

Bundesausschusses zum Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind vorhanden. Die gemeinsame Selbstverwaltung erarbeitet zurzeit weitere Richtlinien zur Qualitätssicherung und setzt damit Vorgaben des Gesetzgebers um. Insgesamt bietet das Gesundheitssystem in Deutschland den Patientinnen und Patienten einen angemessenen Schutz. Patientinnen und Patienten können im Bereich der Zahnheilkunde unterschiedliche Versorgungsangebote und -möglichkeiten nutzen. Auch hierzu stehen ihnen vielfältige Informations- und Beratungsangebote zur Verfügung. Mit den Vorschriften des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum Wegfall der strikten Budgetierung, der Berücksichtigung unter anderem der Morbiditätsentwicklung bei den zahnärztlichen Gesamtvergütungen sowie den Regelungen zur aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen wurden wichtige Weichenstellungen für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgenommen. Weitere Verbesserungen der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung sind mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz beabsichtigt.

1. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass Mundgesundheitsziele unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Akteure wie Zahnärzteschaft, Patientinnen und Patienten und Krankenkassen formuliert werden sollten, um so eine bessere Koordination von abgestimmten Maßnahmen zu ermöglichen?
  - a) Wenn ja, hält die Bundesregierung die von der BZÄK formulierten „Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020“ vor diesem Hintergrund für ausreichend, um diesem Anspruch gerecht zu werden?
  - b) Wenn nein, was will die Bundesregierung konkret unternehmen, um alle relevanten genannten Akteure bei der Aufstellung der Mundgesundheitsziele einzubinden?

Der Gesundheitszieleprozess, bei dem sich die relevanten Akteure des Gesundheitswesens auf eine gemeinsame Zielorientierung und auf Maßnahmen zur Zielerreichung verständigen, wird auf nationaler Ebene vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de getragen. Die Bundesregierung unterstützt diesen Prozess. Anfang 2012 wurde vom Kooperationsverbund das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ beschlossen. Dabei wurde auch das Thema Mundgesundheit aufgegriffen. Als konkretes Ziel, das erreicht werden soll, wurde formuliert: „Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.“

2.
  - a) Wie bewertet die Bundesregierung den derzeitigen Stand der Gruppenprophylaxe (Prävention und Vorsorge in bestimmten Settings)?
  - b) Was will die Bundesregierung konkret tun, um auf einen stärkeren Ausbau der Gruppenprophylaxe hinzuwirken?
  - c) Hält die Bundesregierung es für geboten, die Gruppenprophylaxe auch in frühkindlichen Settings auszubauen?  
Wenn ja, was will die Bundesregierung hierfür konkret unternehmen?  
Wenn nein, warum nicht?
  - d) Wie bewertet die Bundesregierung regelmäßige Zahnschmelzhärtungen für Kinder ab dem 2. Lebensjahr an Kitas in sozialen Brennpunkten mit einem hohen Anteil von Kindern mit einem erhöhten Kariesrisiko?

Die Bundesregierung bewertet die Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe als erfolgreich. Dies zeigt sich insbesondere am Rückgang zerstörter, fehlender und gefüllter Zähne in allen Altersklassen. Auch Kinder aus sozial benachteiligten Schichten profitieren vom allgemeinen Rückgang der Karies. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) hat Konzepte

zur Umsetzung einer effektiven und effizienten zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe entwickelt. Es liegen Auswahlkriterien vor, um Einrichtungen zu identifizieren, in denen das Kariesrisiko der Kinder und Jugendlichen überproportional hoch ist.

Die Gruppenprophylaxe schließt die Durchführung folgender Maßnahmen ein: Untersuchung der Mundhöhle und Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung sowie Ernährungsberatung und Mundhygiene. Der Grad der Flächendeckung ist bezogen auf die Maßnahmen und die Art der Einrichtung unterschiedlich. Kindergartenkinder und Grundschul Kinder werden besser erreicht als ältere Kinder. Ernährungsberatungen und Anweisungen zur Mundhygiene werden am häufigsten durchgeführt; über 70 Prozent der in den Kindergärten und Grundschulen gemeldeten Kinder haben eine solche Beratung erhalten. Eine zahnärztliche Untersuchung im Rahmen der GP wurde bei 42 der Kindergartenkinder und 57 Prozent der Grundschul Kinder durchgeführt. Der Erreichungsgrad der Fluoridanwendung ist dagegen eher gering und sollte deutlich verbessert werden.

Handlungsbedarf besteht aus Sicht der Bundesregierung im Hinblick auf die weitere Umsetzung und Weiterentwicklung gruppenprophylaktischer Maßnahmen. Dabei ist es Aufgabe der DAJ bzw. aller an der Gruppenprophylaxe Beteiligten zu prüfen, ob bzw. inwieweit und in welchen Einrichtungen die Anwendung effektiver und effizienter Maßnahmen ausgeweitet werden sollte. Dies betrifft auch die Frage des Ausbaus in frühkindlichen Settings sowie die Anwendung regelmäßiger Zahnschmelzhärtungen für Kinder ab dem zweiten Lebensjahr zum Beispiel in Kindertagesstätten.

3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Entwicklung von Parodontalerkrankungen in Deutschland?

Daten zu Parodontalerkrankungen in Deutschland können insbesondere den Mundgesundheitsstudien des Instituts der Deutschen Zahnärzteschaft (IDZ) entnommen werden. Im Vergleich des Jahres 1997 (Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie – DMS III) zu 2005 (Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie – DMS IV) zeigt sich sowohl bei den jüngeren Erwachsenen als auch bei den Seniorinnen und Senioren eine Zunahme der Parodontitisprävalenzen. Auf Nachfrage hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bzw. die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) mitgeteilt, dass rund 4 bis 8 Prozent der jüngeren Erwachsenen und 14 bis 22 Prozent der Seniorinnen und Senioren im Jahre 2005 schwere Erkrankungsformen der Parodontitis aufweisen.

4. a) Trifft es zu, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bislang keine Regelungen zur Parodontalprophylaxe für Erwachsene in seine Richtlinien aufgenommen hat?  
Wenn ja, warum nicht, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung gegebenenfalls daraus?
- b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Inanspruchnahme der Parodontaltherapie in Deutschland?
- c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Effektivität der Parodontaltherapie in Deutschland?
- d) Was wird die Bundesregierung unternehmen, um gegebenenfalls auf eine größere Effizienz dieser Therapie hinzuwirken?

Richtig ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) keine Leistungen zur „Individualprophylaxe“ von Erwachsenen festgelegt hat. Wichtige Leistungen zur „Parodontalprophylaxe“ für Erwachsene wie z. B. die Entfernung von harten Zahnbelägen, die Beseitigung scharfer Kanten und überstehender Fül-

lungsränder sowie die eingehende Untersuchung und die Beratung insbesondere über Fragen einer richtigen individuellen Mundhygiene, fallen auch bei Erwachsenen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sind entsprechend in den Richtlinien des G-BA bzw. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) geregelt.

Die Zahl der Abrechnungsfälle aus Parodontalbehandlungen nimmt seit Jahren zu. So stieg die Anzahl der im Rahmen der GKV erbrachten Parodontalbehandlungen nach Angaben der KZBV von 918 200 im Jahr 2008 um 3,7 Prozent auf 952 000 Fälle im Jahr 2009. Im Jahr 2000 (2005) wurden in der KZBV-Statistik noch 731 500 (815 200) Behandlungsfälle ausgewiesen.

Der Leistungsinhalt der BEMA-Positionen zur Parodontaltherapie hat sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung in Kombination mit einer Mundhygieneinstruktion als effektive Therapie erwiesen. Vor diesem Hintergrund sind die im BEMA aufgeführten Leistungen der Parodontaltherapie als effektiv anzusehen. Ein langfristiger Erhalt des Behandlungsergebnisses ist nach Erkenntnissen der Bundesregierung allerdings nur durch eine systematische Nachkontrolle im Rahmen einer unterstützenden Parodontitistherapie möglich. Die mit dieser Fragestellung zusammenhängenden Fragen hat der G-BA bisher nicht einer Lösung zugeführt. Die Bundesregierung erwartet, dass der G-BA diese Thematik spätestens nach Wegfall der strikten Budgetierung infolge der ab dem 1. Januar 2013 in Kraft tretenden Vorschriften des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aufgreift.

Die Effektivität der Parodontaltherapie wird im Übrigen stark beeinflusst von der Mitwirkung der Patientinnen und Patienten. Da die Parodontitis in den Anfangsstadien der Erkrankung für den Patienten kaum mit spürbaren Symptomen verbunden ist, gilt es im Hinblick auf die Prävention, das Wissen um präventive Verhaltensweisen und die Bedeutung der Erkrankung für die Allgemeingesundheit in der breiten Bevölkerung zu verbessern und hierdurch zu Verhaltensänderungen beizutragen. Dies gilt im besonderen Maße im Hinblick auf die Verwendung von Zahnseide und sogenannten Interdentalbürsten im Rahmen der häuslichen Mundhygiene.

5. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Evidenz der professionellen Zahnreinigung speziell im Hinblick auf die Verbesserung der Zahnhygiene, den langfristigen Zahnerhalt und den Erhalt der Gesundheit?

Nach Erkenntnissen der Bundesregierung gibt es Hinweise, dass eine professionelle Zahnreinigung nur in Kombination mit weiteren Maßnahmen effektiv ist. Wesentlich ist dabei vor allem die Durchführung von Mundhygieneinstruktionen, aber auch die regelmäßige Entfernung aller weichen und harten Zahnbeläge. Die Inhalte und die Wirksamkeit einer professionellen Zahnreinigung variieren in Abhängigkeit davon, ob sie als reine Prophylaxemaßnahme, als Vorbehandlungsmaßnahme bei einer geplanten Parodontalbehandlung oder im Rahmen einer unterstützenden Parodontitistherapie als Erhaltungsmaßnahme durchgeführt werden.

- b) Wie wird die von den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigung nach Erkenntnis der Bundesregierung überwiegend finanziert (im Rahmen von Satzungsleistungen durch einzelne Krankenkassen, als kostenpflichtiger Wahltarif der Krankenkassen, als private Zusatzversicherung (vertrieben über die Kassen) oder als Direktzahlung der Patientinnen und Patienten)?

Im Jahr 2010 bestanden nach Angaben des PKV-Verbandes ca. 12 Millionen Zahnzusatzversicherungen. Darüber hinaus bieten einige Krankenkassen eine professionelle Zahnreinigung als Satzungsleistung oder im Rahmen eines Wahl-

tarifs an. Über die Anzahl der Versicherten, die eine professionelle Zahnreinigung im Rahmen einer Satzungsleistung oder im Rahmen eines Wahltarifs in Anspruch nehmen, liegen der Bundesregierung keine Angaben vor. Der GKV-Spitzenverband geht allerdings davon aus, dass die Anzahl deutlich geringer sein dürfte als die Anzahl von privat abgeschlossenen Zusatzversicherungen. Vor diesem Hintergrund geht die Bundesregierung davon aus, dass die von GKV-Versicherten in Anspruch genommenen Zahnreinigungen überwiegend privat finanziert werden.

6. a) Welchen aktuellen Stellenwert haben aus Sicht der Bundesregierung Prävention und minimalinvasives Vorgehen (Zahnerhaltung) in der Zahnmedizin?

Prävention und minimalinvasives Vorgehen (Zahnerhaltung) haben aus Sicht der Bundesregierung in der Zahnmedizin einen besonders hohen Stellenwert.

- b) Wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass bereits etwa 7 Prozent aller Zahnersatzneubehandlungen auf einer Implantatkonstruktion beruhen (vgl. Statistisches Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung 2010, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung), und entspricht dieser hohe Anteil nach Ansicht der Bundesregierung der medizinischen Notwendigkeit?

Die Aussage zur Häufigkeit der Implantatversorgungen im Jahrbuch 2010 der KZBV (S. 85) bezieht sich auf die Gesamtzahl aller Zahnersatzneubehandlungen. Da im Rahmen einer Zahnersatzneueversorgung in der Regel mehrere fehlende Zähne ersetzt werden, kann daraus allerdings nicht geschlossen werden, dass etwa 7 Prozent aller fehlenden Zähne durch Implantate ersetzt werden. Unabhängig davon kommt in dem genannten Anteil zum Ausdruck, dass sich viele Patientinnen und Patienten auf Grund persönlicher Vorstellungen und Präferenzen für diese spezifische Versorgung entscheiden.

- c) Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa/European Association of Dental Implantologists (BDIZ EDI), die optimale Therapie des Zahnverlustes sei der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat ([www.bdiz.de/service/oav10/Grafik/awu10022528-1.pdf](http://www.bdiz.de/service/oav10/Grafik/awu10022528-1.pdf); abgerufen am 19. Februar 2012)?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

- d) Welche gesundheitsökonomischen Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur implantologischen Versorgungsform, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Nein. Die zitierte Aussage stellt nach Darlegungen der BZÄK bzw. KZBV einen verkürzten Auszug der Präambel des Berufsverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte e. V. (BDIZ) dar. Vollständig lautet die Präambel: „Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat. Dabei ist der Zahn 8 eines Quadranten in der Regel nicht zu ersetzen. Da die optimale Therapie aus verschiedenen Gründen (insbesondere anatomische, aber auch finanzielle) nicht immer durchgeführt werden kann, wurden die nachfolgenden Empfehlungen für Regelfallversorgungen aufgestellt.“ Hieraus wird nach Darlegungen der BZÄK bzw. KZBV deutlich, das auch der BDIZ, als eine von mehreren Fachgruppen, die Therapie des Ersatzes jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat nur als hypothetisch erreichbar ansieht. Daher weichen die in der Präambel in Bezug genommenen praktischen Empfehlungen deutlich hiervon ab.

Aus Sicht der Bundesregierung hat die zahnärztliche Implantatprothetik ohne Zweifel die Therapiemöglichkeiten erweitert, jedoch die bewährten und dauerhaften konventionellen prothetischen Versorgungen nicht ersetzt. Insofern sind implantologisch-prothetische Therapien keines Falls immer als die für den Patienten komfortabelste, klinisch bestmögliche Behandlungsmethode – vor allem unter dem Aspekt der Behandlungsdauer, der operativen Risiken sowie der Funktionsdauer – anzusehen. Verstärkt gilt dies im Hinblick auf die mit implantologischen Versorgungsformen verbundenen Kosten.

7. a) Liegen der Bundesregierung wissenschaftliche Erkenntnisse zur Haltbarkeit von zahnmedizinischen Implantaten vor?  
Wenn ja, was besagen diese, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?  
Wenn nein, welche Schlussfolgerungen zieht sie aus dem Fehlen solcher Erkenntnisse?
- b) Liegen der Bundesregierung wissenschaftliche Erkenntnisse zum möglichen Knochenabbau durch zahnmedizinische Implantate vor?  
Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?  
Wenn nein, welche Schlussfolgerungen zieht sie aus dem Fehlen solcher Erkenntnisse?
- c) Liegen der Bundesregierung wissenschaftliche Erkenntnisse zu Komplikationen und zu Verlustraten (Überlebensraten) bei zahnmedizinischen Implantaten vor?  
Wenn ja, was besagen diese, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?  
Wenn nein, welche Schlussfolgerungen zieht sie aus dem Fehlen solcher Erkenntnisse?

Die Implantologie ist eine vergleichsweise junge zahnmedizinische Disziplin. Insofern haben sich im Laufe der Zeit mit der stetigen Verbesserung der Methoden und Materialien auch wiederholt die Beobachtungsgrundlagen zur Erfolgserwartung von Implantaten verändert.

Aktuelle und belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse zur Haltbarkeit von Implantatversorgungen, zum möglichen Knochenabbau bzw. zu Komplikationen und zu Verlustraten (Überlebensraten) bei Implantaten liegen der Bundesregierung nicht vor. Insofern bestehen im Hinblick auf die wissenschaftliche Verlaufskontrolle von Implantatversorgungen noch Wissens- und Forschungsdefizite, die unter anderem durch die zahnmedizinischen Fachgesellschaften aufgegriffen werden sollten.

8. a) Trifft es zu, dass bislang keine hinreichenden Erkenntnisse zur Evidenz der kieferorthopädischen Behandlung, einschließlich einer differenzierten Betrachtung bei unterschiedlichen Schweregraden der vorliegenden Zahn-/Kieferfehlstellungen, im Hinblick auf langfristige Wirksamkeit und allgemeine Auswirkungen auf die Mundgesundheit vorliegen?

Die kieferorthopädische Behandlung von klinisch relevanten Zahnstellungs- und Bisslagefehlern ist seit vielen Jahren integraler Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Nach der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) von 2005 gaben rund 45 Prozent der Kinder (12 Jahre) und 58 Prozent der Jugendlichen (15 Jahre) an, dass bei ihnen entweder eine entsprechende Therapie schon durchgeführt wurde oder aktuell wird oder zumindest geplant sei. Die kieferorthopädischen Behandlungsprävalenzen lassen erkennen, dass die Dienstleistungen von kieferorthopädisch tätigen Zahn-

ärzten bzw. Fachzahnärzten für Kieferorthopädie offensichtlich breit in der kindlichen und jugendlichen Bevölkerung in Deutschland verankert sind.

Die alltäglichen Behandlungserfahrungen der Kieferorthopäden lassen erkennen, dass die kieferorthopädische Intervention in weiten Teilen eine „Fehlentwicklungsprophylaxe“ darstellt und positiv auf das prospektive Karies- und Parodontitisrisiko einwirkt. Neben dieser klinischen Beobachtung aus der alltäglichen Versorgungspraxis besteht aber weiterhin Bedarf an methodisch hochwertiger Interventionsforschung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie, um in geeigneten Langzeitstudien die klinischen Auswirkungen auf andere orale Erkrankungsrisiken genauer abzuschätzen und ihren Beitrag auf die langfristige Erhaltung des Mundgesundheitszustandes mit geeigneten statistischen Analyseverfahren zu belegen. Insoweit kann auch dem HTA-Bericht „Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen“ des DIMDI-Instituts von 2008 gefolgt werden, das auf dem Gebiet der Kieferorthopädie weiteren Forschungsbedarf insbesondere zu den Aspekten der Verbesserung des Zahngesundheitszustandes und zu den Aspekten der Indikationsstellung festgestellt hatte. Ein erhebliches Problem jeder Forschung auf dem kieferorthopädischen Interventionsfeld liegt methodisch darin begründet, dass sehr lange Zeiträume beobachtet werden müssen, um die langfristigen Effekte einer kieferorthopädischen Behandlung auf das Gebissystem abbilden zu können.

Im Übrigen werden kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen im System der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland nach den Richtlinien des G-BA durchgeführt. Der klinische Behandlungsbedarf wird dabei anhand der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) festgestellt: rein kosmetische Behandlungen fallen nicht in die Leistungspflicht der GKV.

- b) Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Wissenschaftsrates, dass der Umfang der zahnmedizinischen Versorgungsforschung in Deutschland im internationalen Vergleich ein relativ niedriges Niveau habe (vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, Berlin 2005, S. 19)?  
Wenn ja, worauf führt die Bundesregierung dies zurück?  
Wenn nein, warum nicht?
- c) Was will die Bundesregierung im Rahmen der Versorgungsforschung des Bundes konkret unternehmen, um diesen Missstand zu beheben?

Die Entwicklung der Versorgungsforschung ist seit der damaligen Empfehlung des Wissenschaftsrates vorangeschritten. Seit 2008 ist die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) nach eigenen Angaben Mitglied des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF). Dieses möchte die an der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler vernetzen, Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammenführen sowie die Versorgungsforschung insgesamt fördern. Innerhalb des DNVF wurde eine Fachgruppe „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ eingesetzt, die sich zum Ziel gesetzt hat, Kompetenzen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgungsforschung zu bündeln, den Bedarf an Forschungsprojekten auf dem Gebiet der Zahnmedizin zu verdeutlichen und wissenschaftliche Studien zu initiieren und durchzuführen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass hierzu auch Studien zur Evidenz kieferorthopädischer Behandlungen zählen. Im September 2012 wird die DGZMK den 11. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung gemeinsam mit dem Deutschen Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health (DVGPH) und dem DNVF ausrichten. Im gemeinsam von BMBF und BMG getragenen Rahmenprogramm Gesundheitsforschung besteht in den Förderschwerpunkten zur Versorgungsforschung die Möglichkeit, auch Anträge zur zahnmedizinischen Versorgung einzubringen. Von dieser Möglichkeit haben zahnmedizinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bereits Gebrauch

gemacht. Gleichwohl besteht bei vielen Problemstellungen der zahnmedizinischen Versorgungsforschung noch immer Nachholbedarf.

9. a) Trifft es zu, dass für wesentliche Teile der zahnärztlichen Heilkunde – insbesondere Parodontologie, Prothetik und konservierende Zahnheilkunde – keine evidenzbasierten Qualitätsstandards in Form wissenschaftlicher Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) existieren?

Wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung dies?

Wenn nein, an welchen evidenzbasierten Qualitätsstandards orientieren sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland?

Wie in vielen Bereichen der Medizin liegen auch in der Zahnmedizin für viele Behandlungsmaßnahmen evidenzbasierte Qualitätsstandards nicht vor. Allerdings gibt es zu allen Behandlungsmaßnahmen der Zahnheilkunde bewährte zahnärztliche Behandlungsregeln, an denen sich die Behandlung in der Praxis orientiert. Evidenzbasierte Leitlinien der höchsten Qualitätsstufe (S3-Leitlinien) liegen z. B. im Bereich der konservierenden Zahnheilkunde für die Fissurenversiegelung sowie für Fluoridierungsmaßnahmen vor.

- b) Was wird die Bundesregierung konkret unternehmen, um im Rahmen der Versorgungsforschung die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zu unterstützen?

Die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien ist in erster Linie Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften. Zahlreiche Forschungsprojekte, die im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung gefördert werden, haben aber das Ziel, Evidenz zu generieren, die in die Entwicklung von Leitlinien einfließt.

10. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Umsetzung der Berichtspflicht nach § 136 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Qualitätsberichte) durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen)?
- b) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den von den KZVen veröffentlichten Berichten im Hinblick auf die Qualität einzelner zahnmedizinischer Behandlungsarten?

Nach § 136 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 136 Absatz 1 Satz 2 SGB V zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Die Ausgestaltung dieser Maßnahmen erfolgt gemäß § 136 Absatz 2 SGB V durch Richtlinien des G-BA. Die Beratungen des G-BA zu den Richtlinien der zahnärztlichen Versorgung dauern zurzeit noch an. Qualitätsberichte zur Umsetzung der Berichtspflicht nach § 136 Absatz 1 Satz 2 SGB V in diesem Bereich können somit erst erstellt werden, wenn die Richtlinien nach § 136 Absatz 2 SGB V umgesetzt worden sind und Ergebnisse hierzu vorliegen. Bei anderen „Qualitätsberichten“ einzelner Kassenzahnärztlicher Vereinigungen handelt es sich demzufolge nicht um Berichte nach § 136 Absatz 1 Satz 2 SGB V.



11. a) Trifft es zu, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) anders als die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) keinen jährlichen bundesweiten Qualitätsbericht veröffentlicht?  
Wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung dies?  
Wenn nein, wo wird dieser veröffentlicht?
- b) Wird die Bundesregierung im Sinne der Transparenz gegebenenfalls darauf hinwirken, dass die KZBV einen jährlichen Qualitätsbericht veröffentlicht?  
Wenn ja, auf welche Weise?  
Wenn nein, warum nicht?

Gemäß den Vorgaben des § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V sind die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Ausgestaltung erfolgt im vertragsärztlichen Bereich durch die „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ und im vertragszahnärztlichen Bereich durch die „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung“. § 6 der letztgenannten Richtlinie legt fest, dass die KZBV fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie (31. Dezember 2006) dem G-BA jährlich über den Umsetzungsstand des einrichtungs-internen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen zu berichten hat.

Der erste Qualitätsbericht für die vertragszahnärztliche Versorgung ist noch für dieses Jahr vorgesehen und wird dann gemäß § 7 der QM-RL jährlich erfolgen.

Der G-BA erarbeitet zurzeit Eckpunkte für eine „sektorenübergreifende“ Richtlinie zum Qualitätsmanagement. Ziel ist es, die Richtlinien im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich zusammen mit den Vereinbarungen im stationären Bereich in einer Richtlinie zusammenzuführen. Somit ist zukünftig von einheitlichen Veröffentlichungsfrequenzen der Qualitätsberichte auszugehen.

12. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, alle zahnärztliche Leistungen, für die die gesetzlichen Krankenkassen Teile der Kosten übernehmen, in die vertragszahnärztliche Qualitätssicherung einzubeziehen?  
Wenn die Bundesregierung den Vorschlag ablehnt, auf welche andere Weise will die Bundesregierung sicherstellen, dass für alle gegenüber gesetzlich Versicherten erbrachten zahnärztlichen Leistungen vergleichbar hohe Qualitätsanforderungen gelten?

Die Frage, ob alle zahnärztlichen Leistungen, für die die Krankenkassen Kosten übernehmen, in die vertragszahnärztliche Qualitätssicherung einzubeziehen sind, wird derzeit im G-BA diskutiert. Die Bundesregierung wird den weiteren Verlauf der Beratungen verfolgen und die jeweiligen Argumente in ihren Meinungsbildungsprozess, der noch nicht abgeschlossen ist, einbeziehen.

13. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, dass die Krankenkassen zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung künftig Höchstpreise für zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verhandeln?

Die Bundesregierung sieht keinen Bedarf dafür, dass Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen künftig zum Schutz der Versicherten Höchstpreise für zahnärztliche Leistungen nach der GOZ vereinbaren.

Gesetzlich Krankenversicherten können nur dann Gebühren nach der GOZ in Rechnung gestellt werden, wenn sie sich für Leistungen entscheiden, die über

die ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung, bei Zahnersatz über die Regelversorgung, hinausgehen. Die Mehrkostenregelung des § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und das Festzuschusssystem bewirken, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform bei der Füllungstherapie und Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf eine Kassenleistung zu verlieren. Dies verschafft den Versicherten, die bereits mit dem in den Richtlinien des G-BA festgelegten Leistungsumfang eine gute zahnmedizinische Versorgung beanspruchen können, zusätzliche, positiv zu bewertende Entscheidungsspielräume.

Mit der gesetzgeberischen Entscheidung, dass der G-BA festlegt, welche konkreten Leistungen im Rahmen einer ausreichenden, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung zu erbringen sind, und den hierzu in den Richtlinien konkret getroffenen Festlegungen des G-BA wurde die Grundentscheidung in Bezug auf das Schutzbedürfnis der Versicherten getroffen. Da sich das Mehrkosten- und Festzuschusssystem bewährt haben und der Bundesregierung auch keine Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die in Rechnung gestellten privatärztlichen Gebühren allgemein unangemessen hoch sind, wird kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen.

14. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, der Krankenkasse eine Rechnungskopie über die vom Zahnarzt bzw. von der Zahnärztin tatsächlichen erbrachten Leistungen vorzulegen?

Sollte die Bundesregierung diesen Vorschlag ablehnen, wie will sie für hinreichende Transparenz in der Rechnungsstellung sorgen, und wie will sie sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten künftig keine überhöhten Privatrechnungen mehr erhalten?

Nach Ansicht der Bundesregierung ist die Transparenz für die Versicherten bereits nach dem geltenden Recht gewährleistet, auch wenn die Krankenkassen gegenwärtig die an die Versicherten gerichteten Rechnungen über Privatleistungen grundsätzlich nicht direkt erhalten oder vorgelegt bekommen. Vertragszahnärzte müssen in jedem Fall vor Beginn der Behandlung mit Zahnersatz einen Heil- und Kostenplan aufstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten enthält. In dem Heil- und Kostenplan sind auch die Kosten anzugeben, die nach der GOZ abgerechnet werden sollen. Versicherte erklären mit ihrer Unterschrift auf dem Heil- und Kostenplan, dass sie über Art, Umfang und Kosten der Zahnersatzversorgung aufgeklärt worden sind und die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes wünschen. Der Heil- und Kostenplan ist vor Beginn der Behandlung von der zuständigen Krankenkasse zu prüfen und zu genehmigen. Versicherte können sich in diesem Zusammenhang bereits vor Beginn der Behandlung von ihrer Krankenkasse auch über Abrechnungsfragen und die Kostenhöhe von Leistungen beraten lassen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Auf dem Heil- und Kostenplan haben die Vertragszahnärzte zudem schriftlich zu bestätigen, dass der Zahnersatz in der vorgesehenen Weise eingegliedert worden ist.

Mit den genannten Regelungen und Angaben ist die Transparenz für die Versicherten über die gesamten Leistungen des Zahnarztes und deren Kosten hergestellt. Gesetzlich Versicherten wird damit eine eigenverantwortliche Entscheidung über die individuelle Zahnersatzversorgung ermöglicht.

Darüber, dass gesetzlich Krankenversicherte in der Vergangenheit vermehrt überhöhte Privatrechnungen erhalten hätten, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Insoweit gibt es keinen Anlass, die derzeitige Rechtslage für gesetzlich Versicherte, die in Bezug auf die privatärztlich erbrachten Leistungen genauso behandelt werden wie privat Krankenversicherte, zu ändern.

15. a) In welchen Fällen und in welchem Umfang dürfen Zahnarztrechnungen höher ausfallen als bei dem Kostenvoranschlag in einem Heil- und Kostenplan prognostiziert?
- b) In welchen Fällen ist es rechtmäßig, wenn erhebliche Kostenanteile der Zahnarztrechnung nicht im Heil- und Kostenplan aufgelistet wurden, aber am Ende zusätzlich in Rechnung gestellt werden?
- c) An wen können sich gesetzlich Versicherte wenden, wenn es zu Unstimmigkeiten hinsichtlich der Zahnarztrechnung und insbesondere des Eigenanteils der Versicherten kommt?
- d) Welche Beratungsstellen stellen den Versicherten evidenzbasierte PatientInneninformationen zur Verfügung, wenn die Versicherten vor Entscheidungen zu teuren zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlungsalternativen mit einem hohen Eigenfinanzierungsanteil stehen?

Der Heil- und Kostenplan (HKP) ist grundsätzlich verbindlich. Alle Kosten, die bei der aufgrund der konkreten Befundsituation geplanten zahnprothetischen Versorgung voraussichtlich entstehen, müssen im HKP angegeben werden. Eine Erhöhung der im HKP veranschlagten Kosten für die zahnärztlichen Leistungen ist nur gerechtfertigt, wenn im Laufe der Behandlung unvorhergesehene und unvorhersehbare Umstände eintreten.

Teil 2 des HKP enthält alle Gebührenpositionen, die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden und als „Zahnärztliches Honorar (GOZ)“ im HKP erscheinen. Auch hier ist der Zahnarzt verpflichtet, die voraussichtlich anfallenden Leistungen so genau wie möglich aufzuschlüsseln. Soweit sich im Rahmen der Behandlung neue Umstände oder Schwierigkeiten ergeben, können sich die im HKP angegebenen Gebühren gegebenenfalls erhöhen. Hierauf ist der Patient hinzuweisen. Kosten, die bei der Erstellung des HKP bekannt waren und hätten berücksichtigt werden können, können nicht zur Begründung einer nachträglichen Erhöhung des Steigerungssatzes herangezogen werden.

Bei den im HKP ausgewiesenen Material- und Laborkosten handelt es sich um geschätzte Beträge, da zum Beispiel der genaue Materialverbrauch erst bei der Anfertigung festgestellt werden kann. Mehraufwendungen für diese Leistungen müssen von den Patienten übernommen werden. Dabei werden von der Rechtsprechung Beträge von 10 bis 20 Prozent über dem Kostenvorschlag noch als zulässig erachtet. Erhöht sich der Kostenvorschlag für zahnärztliche Leistung, die privatärztlich abgerechnet werden, um mehr als 15 Prozent, muss der Zahnarzt den Patienten nach § 9 Absatz 2 GOZ unverzüglich schriftlich darüber informieren.

Ergibt sich im Laufe der Behandlung, dass die Leistung nicht, wie durch die Krankenkassen genehmigt, durchgeführt werden kann, so muss ein neuer HKP aufgestellt werden, der diese Umstände berücksichtigt.

Die Versicherten können sich bei Fragen zur Zahnarztrechnung an ihre Krankenkasse, an die Kassenzahnärztliche Vereinigung und hinsichtlich der privatärztlich in Rechnung gestellten Beträge auch an die für den jeweiligen Zulassungsort des Zahnarztes zuständige Zahnärztekammer wenden.

Unabhängige und neutrale, allerdings nicht ausschließlich formalen Evidenzklassen zuzuordnende PatientInneninformationen, sind z. B. vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, von den wissenschaftlichen zahnmedizinischen Fachgesellschaften, den Verbraucherzentralen in den jeweiligen Bundesländern, der Unabhängigen PatientInnenberatung Deutschland (UPD), der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen oder der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit – Verbraucher- und PatientInnenberatung zu erhalten. Darüber hinaus können Versicherte auch Zweitmeinungen von einem anderen Zahnarzt einholen, der vielfach von den Zahnärztekammern vermittelt wird.

16. a) Hat die Bundesregierung die Empfehlungen des Gutachtens 2000/2001 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte umgesetzt?  
Wenn nein, warum nicht?
- b) Inwieweit wird die Bundesregierung darauf hinwirken, dass der direkte Patientenkontakt und die Kommunikationskompetenzen in der Ausbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte erhöht und die vom Sachverständigenrat monierte Konzentration auf mechanisch-technische Fertigkeiten abgebaut werden?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Eckpunkte für eine Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte vorgelegt, denen die Ständige Konferenz der Kultusminister (KMK) der Länder am 18. November 2010 im Wesentlichen zugestimmt hat. Dieser zustimmende Beschluss der KMK war Voraussetzung dafür, dass das BMG eine Bund-Länder-Expertengruppe einsetzen konnte, um konkrete Änderungen der Approbationsordnung zu diskutieren. Die Expertengruppe hat ihre Arbeit in ihrer letzten Sitzung Anfang Februar 2012 abgeschlossen. Auf der Basis der Erkenntnisse aus dieser Expertengruppe wird derzeit der Referentenentwurf erarbeitet.

Die Reform der Ausbildung in der Zahnmedizin wird die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin und die veränderten Anforderungen einer modernen und interdisziplinären Lehre nachvollziehen, um auch künftig die Qualität der zahnärztlichen Ausbildung als Voraussetzung für die zahnmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

17. a) Trifft es zu, dass der Festzuschuss-Erhebung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. zufolge ([www.vdek.com/vertragspartner/zahnaerzte/festzuschuss\\_erhebung/20101105\\_festzuschuss\\_erhebung.pdf](http://www.vdek.com/vertragspartner/zahnaerzte/festzuschuss_erhebung/20101105_festzuschuss_erhebung.pdf); abgerufen am 12. April 2009) mehr als drei Viertel der prothetischen Leistungen in den untersuchten Behandlungsfällen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet wurden?
- b) Wenn ja, hält die Bundesregierung dies für eine Aushöhlung des Sachleistungsprinzips, oder ist diese Entwicklung nach Auffassung der Bundesregierung wünschenswert?  
Welchen Handlungs-/Reformbedarf leitet die Bundesregierung aus der Entwicklung ab?

Die genannte Festzuschuss-Erhebung des Verbandes der Ersatzkassen ([www.vdek.com/vertragspartner/zahnaerzte/festzuschuss\\_erhebung/20101105\\_festzuschuss\\_erhebung.pdf](http://www.vdek.com/vertragspartner/zahnaerzte/festzuschuss_erhebung/20101105_festzuschuss_erhebung.pdf)) enthält nicht die Aussage, dass mehr als drei Viertel der prothetischen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet wurden. Vielmehr wird dort die Aussage getroffen, dass „über alle Versorgungsarten im Jahr 2009 im Durchschnitt nur noch weniger als ein Viertel (23,8 Prozent) aller Honorare über den BEMA, dafür aber mehr als drei Viertel (76,2 Prozent) über die GOZ abgerechnet wurden“. Diese Aussage bezieht sich also auf eine Aufteilung des abgerechneten Honorarvolumens und nicht auf eine Aufteilung der Anzahl der abgerechneten Leistungen.

Die KZBV kommt zu anderen Ergebnissen: Für das Jahr 2010 ergibt sich nach den Daten der KZBV für die Aufteilung des abgerechneten Honorarvolumens für die Zahnersatzfälle (einschließlich Wiederherstellungen) für die GKV insgesamt: Anteil BEMA-Honorar 38,4 Prozent, Anteil GOZ-Honorar 61,6 Prozent. Betrachtet man die Relation Kassenanteil zu Versichertenanteil, so ergibt sich nach den Daten der KZBV für die GKV als Relation: Kassenanteil 44,5 Prozent, Versichertenanteil 55,5 Prozent. Betrachtet man die Anzahl der abgerechneten Zahnersatzfälle, ergibt sich, dass in 2010 rund 71 Prozent aller Zahnersatzfälle

(einschließlich Wiederherstellungen) von GKV-Versicherten vollständig nach dem BEMA abgerechnet wurden. Von einer Aushöhlung des Sachleistungsprinzips kann vor diesem Hintergrund aus Sicht der Bundesregierung keine Rede sein. Im Übrigen war der prothetische Bereich auch vor der Einführung von Festzuschüssen kein reiner Sachleistungsbereich. Der Versicherte hatte auch vor der Einführung von Festzuschüssen einen Eigenanteil selbst zu tragen.

Im Hinblick auf die GOZ-Anteile an den Gesamtkosten für Zahnersatz bleibt im Übrigen zu berücksichtigen, dass Versicherte sich in zahlreichen Fällen aufgrund individueller Vorstellungen und Präferenzen nicht für die Regelversorgung, sondern für darüber hinausgehende Leistungen (z. B. zusätzliche Verblendungen, höherwertige Versorgungsformen) entscheiden, die nach der GOZ abgerechnet werden. Einen Handlungs- bzw. Reformbedarf besteht aus Sicht der Bundesregierung in dieser Hinsicht nicht.

18. Trifft es zu, dass die Ausgaben je Versicherten für die zahnärztliche Versorgung bei älteren Menschen deutlich unter denen bei jüngeren liegen?

Wenn ja, worauf führt die Bundesregierung dies zurück?

Im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung für die zahnärztliche Behandlung je Versicherten zeigen die Daten altersbezogen folgendes Verlaufsmuster: Bei den Kindern und Jugendlichen ergeben sich relativ höhere Ausgaben je Versicherten unter anderem aufgrund der kieferorthopädische Behandlung und der Individualprophylaxe. Nach einem leichten Absinken in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen steigen die Ausgaben je Versicherten in den mittleren Altersgruppen leicht an und verbleiben dann bis zur Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen auf gleichem Niveau. Ab der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen ist eine kontinuierliche Abnahme der Ausgaben je Versicherten festzustellen. Der Kostenverlauf in den höheren Altersgruppen stellt sich somit im zahnärztlichen Bereich anders als im Bereich der ärztlichen Versorgung bzw. im stationären Bereich dar.

Die rückläufige Entwicklung in den höheren Altersgruppen dürfte im Wesentlichen darauf zurückzuführen sein, dass die Kariesaktivität mit zunehmenden Alter abnimmt. Ältere Menschen haben darüber hinaus in der Regel weniger eigene Zähne, sodass der Behandlungsaufwand bei dieser Patientengruppe tendenziell mit geringeren Ausgaben je Versicherten verbunden ist. Ob und inwieweit sich diese Entwicklung in der Zukunft fortsetzt, bleibt abzuwarten.

19. a) Erwartet die Bundesregierung durch den demographischen Wandel einen morbiditätsbedingten Ausgabenanstieg in der zahnärztlichen Versorgung?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

- b) Erwartet die Bundesregierung aus anderen Gründen einen über die allgemeine Kostenentwicklung hinausgehenden morbiditätsbedingten Ausgabenanstieg in der zahnärztlichen Versorgung?

Wenn ja, welche Gründe sind dies?

20. a) Wenn die Bundesregierung keinen überproportionalen Kostenanstieg aufgrund eines gestiegenen Morbiditätsrisikos erwartet, aus welchen anderen Gründen wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingeschränkt?

- b) Welche Ausgabenentwicklung erwartet die Bundesregierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach der Änderung durch das GKV-VStG?

Die Fragen 19 und 20 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Grundentscheidung getroffen, dass für Vereinbarungen der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen nicht primär die finanzielle Situation der Krankenkassen, sondern die Veränderung mit der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarfs möglich ist. Infolge dessen wurde das finanzielle Risiko einer morbiditätsbedingten Mengenentwicklung (Morbiditätsrisiko) auf die Krankenkassen verlagert, mit der Folge, dass im ärztlichen Vergütungssystem die Morbidität der Versicherten berücksichtigt wird. Diese Grundentscheidung wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz auch für die vertragszahnärztliche Versorgung umgesetzt, indem für die Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung unter anderem durch die Morbiditätsentwicklung als zu berücksichtigendes Kriterium eingeführt wurde. Die strikte Begrenzung entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten wurde als nicht sachgerecht aufgegeben.

Im Hinblick auf die Gründe für die Weiterentwicklung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems wird auf die entsprechenden Ausführungen in der Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz verwiesen. Dort ist auch dargelegt, von welchen finanziellen Auswirkungen die Bundesregierung aufgrund der Neujustierung der Honorarstrukturen ausgeht.

Zu den langfristigen Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung in der zahnärztlichen Versorgung liegen der Bundesregierung keine aktuellen Studien vor. Die Morbiditätsentwicklung stellt insgesamt ein multivariablen und dynamisches Geschehen dar, in das der demografische Wandel als ein Aspekt eingeht. Der demografische Wandel selbst erzeugt einen Effekt, der sich aus vielschichtigen Einzelwirkungen bspw. von Präventionserfolgen der vergangenen Jahre oder veränderten Lebensgewohnheiten der verschiedenen Altersgruppen zusammensetzt. Die in diesen Teilaspekt der Morbiditätsentwicklung eingehenden Einzeleffekte sind zudem teils additiv, teils gegenläufig und regional unterschiedlich. Die Entwicklung der Morbidität verläuft überdies in den einzelnen zahnmedizinischen Krankheitsbildern sehr unterschiedlich. Die Abschätzung des Gesamteffektes, der überdies zeitinkonsistent sein dürfte, ist daher schwer möglich.

21. a) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Umstand, dass das Mundgesundheitsniveau beispielsweise in Australien oder Schweden besser ist als in Deutschland, die Pro-Kopf-Ausgaben des zahnmedizinischen Versorgungssystems dort jedoch geringer sind?
- b) Sieht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund Wirtschaftlichkeitsreserven im deutschen zahnmedizinischen Versorgungssystem?  
Wenn nein, warum nicht?  
Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Internationale Vergleiche zur Effektivität und Effizienz der zahnmedizinischen Versorgungssysteme setzen eine sorgfältige Analyse und Interpretation des Standes und der Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben sowie der Situation und der Entwicklung der Mundgesundheit der ausgewählten Länder voraus. Eine gute Mundgesundheit und niedrige Pro-Kopf-Ausgaben eines ausgewählten Landes können das Ergebnis bzw. die Konsequenz ganz unterschiedlicher Faktoren und Entwicklungen in der Gegenwart oder der Vergangenheit sein. Insofern setzen entsprechende Schlussfolgerungen eine sehr sorgfältige Analyse und Interpretation der verfügbaren Daten voraus. Unabhängig von den Daten und Ergebnissen internationaler Vergleiche geht die Bundesregierung davon aus,

dass auch im zahnmedizinischen Versorgungssystem Deutschlands Wirtschaftsreserven vorhanden sind, die von den an der Versorgung Beteiligten ausgeschöpft werden.

22. a) In welcher Weise haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Einkommen (Einnahmen vor Steuern) von zahnärztlich tätigen Praxisinhaberinnen und -inhabern seit 1992 entwickelt?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung diese Zahlen?
- c) Wie haben sich die Einkommen der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Vergleich zu anderen Arztgruppen entwickelt?

Zwischen 1992 und 2010 erhöhte sich aktuellen Angaben der KZBV zufolge der durchschnittliche zahnärztliche Einnahmen-Überschuss je Praxisinhaber (= Bruttoeinkommen vor Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) um 26,5 Prozent von 98 879 Euro auf 125 036 Euro. Dies entspricht im genannten Zeitraum einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um 1,3 Prozent. Aktuelle Vergleichszahlen zu den Gesamteinnahmen vor Steuern anderer Arztgruppen liegen der Bundesregierung für diesen Zeitraum nicht vor.

23. a) Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass der auf den einzelnen Zahnarzt bzw. die einzelne Zahnärztin entfallende Behandlungsbedarf bis 2020 signifikant sinken wird (vgl. Bauer, Neumann, Saekel: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland, Bern 2009)?  
Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?  
Wenn nein, warum nicht?
- b) Welche Prognosen liegen der Bundesregierung für den möglichen Behandlungsbedarf nach dem Jahr 2020 vor?

Auf Nachfrage teilten BZÄK und KZBV mit, dass der Behandlungsbedarf bis 2030 insgesamt vermutlich zurückgehen wird. Der sinkende Behandlungsbedarf geht nach Auffassung der BZÄK und KZBV allerdings vermutlich mit einer ebenfalls sinkenden zahnärztlichen Behandlungszeit einher. Die Einschätzungen der BZÄK und KZBV beruhen auf einer Prognose des IDZ (s. Brecht/Meyer/Michaelis: Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030, IDZ-Information Nr. 1/2009).

Auf der Grundlage der genannten Studien und Prognosen erwartet die Bundesregierung insbesondere eine strukturelle Verschiebung der Nachfrage von zahnersetzenden zu zahnerhaltenden Maßnahmen. Innerhalb der zahnersetzenden Therapien ist ebenfalls mit strukturellen Veränderungen zu rechnen, da im Durchschnitt weniger Zähne zu ersetzen sein werden. Der Anteil der Patienten mit komplett zahnlosem Gebiss wird im Laufe der Zeit sinken. Der Anteil an feststehendem Zahnersatz zur Versorgung von Lückengebissen z. B. durch Brücken wird insofern tendenziell zunehmen, während der Anteil an herausnehmbaren Prothesen im Gegenzug abnehmen wird. Zu erwarten ist zudem, dass der medizinische Behandlungsaufwand zur Beseitigung von Karies zurückgehen wird; betroffen sind hier insbesondere die Bereiche „Füllungen“ und „Endodontie“. Auf der anderen Seite ist damit zu rechnen, dass die parodontologischen Leistungen zunehmen werden, da die Anzahl der verbleibenden Zähne ansteigen wird.

24. a) Trifft es zu, dass die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte seit 1992 um knapp ein Fünftel zugenommen hat?  
Wenn ja, worauf führt die Bundesregierung dies zurück?

Auf Nachfrage teilten BZÄK und KZBV mit, dass die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte von 1992 bis 2010 von 56 256 um 20,5 Prozent auf 67 808 zugenommen hat. Die Zunahme der behandelnd tätigen Zahnärzte resultiert nach Darlegung der BZÄK und der KZBV wesentlich daraus, dass an den Hochschulen mehr Zahnärzte ausgebildet werden als Zahnärzte aus dem Beruf ausscheiden. Ausschlaggebend hierfür ist, dass sich zum einen die Zahl der Erstimmatrikulationen im Studienfach Zahnmedizin auf nahezu gleichbleibend hohem Niveau bewegt (von der Erstimmatrikulation bis zur Approbation werden in der Regel ca. sechs Jahre benötigt) und zum anderen hinsichtlich der Zahl der aus dem Berufsleben ausscheidenden Zahnärzte keine größeren Verschiebungen erkennbar sind.

- b) Hatte dieser Anstieg nach Ansicht der Bundesregierung in der Vergangenheit Auswirkungen auf das für den einzelnen Vertragszahnarzt bzw. die einzelne Vertragszahnärztin zur Verfügung stehende durchschnittliche rechnerische Honorarvolumen?

Wenn ja, auf welche Weise?

Wenn nein, warum nicht?

Zwischen 1992 und 2010 ist die Zahl der Vertragszahnärzte von 45 676 auf 54 245 gestiegen (Stand jeweils Jahresende). Dies entspricht einer Zunahme um 18,8 Prozent.

Grundsätzlich müsste bei gleichbleibendem Behandlungsbedarf die zunehmende Zahl von Vertragszahnärzten einen Einfluss auf das durchschnittliche rechnerische Honorarvolumen haben. Allerdings hat es in dem fast zwanzigjährigen Betrachtungszeitraum Entwicklungen gegeben, die den Behandlungsbedarf und das Honorarvolumen je Vertragszahnarzt ebenfalls beeinflusst haben.

Zu nennen sind hier insbesondere die Einführung der Individualprophylaxe, die gestiegene Anzahl an Parodontalbehandlungen, ein gestiegenes Mundgesundheitsbewusstsein sowie die Veränderung der Punktwerte. Zu berücksichtigen ist, dass diese Faktoren im Verbund wirken und somit der direkte Einfluss der Zunahme der Vertragszahnärzte auf das durchschnittliche rechnerische Honorarvolumen je Vertragszahnarzt nur sehr schwer zu ermitteln ist. Untersuchungen über den Einfluss der Zunahme der Vertragszahnärzte auf das durchschnittliche rechnerische Honorarvolumen je Vertragszahnarzt liegen nicht vor.

- c) Wie wird sich nach Auffassung der Bundesregierung das durchschnittliche rechnerische Honorarvolumen für den einzelnen Vertragszahnarzt bzw. die einzelne Vertragszahnärztin unter den Bedingungen des mit dem GKV-VStG geänderten vertragszahnärztlichen Honorarsystems sowie eines sinkenden Behandlungsbedarfs künftig entwickeln?

Der Bundesregierung liegen keine Berechnungen zur zukünftigen Honorarentwicklung einzelner Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte vor. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 23 und 24a verwiesen.

25. a) Welche Prognosen liegen der Bundesregierung zur künftigen Entwicklung der Zahl behandelnd tätiger Zahnärztinnen und Zahnärzte vor?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung diese Prognosen?
- c) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Prognosen?

Prognosen zur Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte und zum Bedarf an zahnmedizinischen Leistungen werden von der BZÄK und der KZBV erstellt. Nach der dem BMG vorliegenden aktuellen Prognose des beauftragten IDZ ist bis



zum Jahr 2030 davon auszugehen, dass die Entwicklung der Zahnärztezahlen parallel zu der Bevölkerungsentwicklung verläuft. Das Verhältnis von Einwohnern zu Zahnärzten wird sich hiernach nur marginal von 1 236 Einwohnern je Zahnarzt (2010) auf 1 260 Einwohner je Zahnarzt (2030) erhöhen.

Auf Basis dieser Daten ist davon auszugehen, dass die derzeitige gute Versorgungslage mit zahnmedizinischen Leistungen im Prognosezeitraum erhalten bleibt.

26. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Zahnärztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich?

Deutschland weist mit 82 behandelnd tätigen Zahnärzten je 100 000 Einwohner im internationalen Vergleich eine recht hohe Zahnärztdichte auf. In der Mehrzahl der OECD-Länder liegt dieser Wert zwischen 50 und 80. Während eine höhere Zahnärztdichte häufig auch zu einer erhöhten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen führt, lässt sich dieser Zusammenhang nicht durchgängig aufzeigen. So ist beispielsweise die Zahnärztdichte in Japan etwas geringer als in Deutschland, während die durchschnittliche Zahl der Zahnarztkonsultationen pro Jahr mehr als doppelt so hoch ist (Deutschland: 1,4 Konsultationen im Jahr 2009, Japan 3,2). Vielmehr ist die Entscheidung für eine zahnärztliche Konsultation abhängig von einer Vielzahl unterschiedlicher Determinanten.

Prinzipiell erscheint es zudem sinnvoll, bei internationalen Vergleichen der Arzt bzw. Zahnärztdichte auch nichtärztliches Gesundheitspersonal zu berücksichtigen, sofern diese Personengruppen auch Leistungen erbringen, die in anderen Gesundheitssystemen Personen mit ärztlicher Ausbildung vorbehalten sind. Prinzipiell wird eine hohe Versorgungssicherheit begrüßt und auch für die Zukunft erwartet, dass es bei unveränderten Rahmenbedingungen keine personellen Engpässe geben wird.

- b) Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Untersuchungen, die einen direkten Zusammenhang zwischen Zahnärztdichte und Mundgesundheit belegen?

Mundgesundheit wie Gesundheit allgemein sind das Ergebnis des komplexen Zusammenhangs einer Vielzahl sich auch gegenseitig bedingender Determinanten von Gesundheitsverhalten über demographische Effekte bis hin zur Finanzierung und zur Organisation und Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste. Studien mit Beschränkung auf kausale Effekte der Zahnärztdichte auf die Mundgesundheit sind nicht bekannt.

27. Beabsichtigt die Bundesregierung, die 2007 abgeschaffte Zulassungssteuerung für Vertragszahnärzte wieder einzuführen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, die 2007 abgeschafften Zulassungsbeschränkungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung wieder einzuführen, da die Gründe für die Abschaffung der Zulassungssteuerung nach wie vor Geltung haben.

28. a) Welche Prognosen liegen der Bundesregierung zur Entwicklung der Zahl unterschiedlicher Praxisformen in der vertragszahnärztlichen Versorgung vor?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung diese Prognosen?
- c) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Prognosen?

Weder der Bundesregierung noch der BZÄK und der KZBV liegen Prognosen zur Entwicklung der Zahl unterschiedlicher Praxisformen in der vertragsärztlichen Versorgung vor.

29. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Anzahl nichtärztlicher Gesundheitsberufe in der zahnmedizinischen Versorgung?
- b) Teilt die Bundesregierung die im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erhobene Forderung, die Zahl des nichtärztlichen Prophylaxepersonals um ein „Vielfaches“ anzuheben?
- Wenn nein, warum nicht?
- Wenn ja, welche Schritte hat die Bundesregierung unternommen, um – wie vom Sachverständigenrat empfohlen – eine Erhöhung dieser Zahl zu unterstützen?

Ende 2009 waren der aktuellen Angabe von BZÄK und KZBV zufolge 204 000 Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA, alt: Zahnarzhelferinnen) und 64 000 Zahntechniker in Deutschland tätig, inklusive Auszubildende. Die Zahlen zu durch Aufstiegsfortbildungen qualifiziertem Personal ergeben, dass derzeit rund 5 000 Zahnmedizinische Prophylaxeassistent(inn)en (ZMP), 13 000 Zahnmedizinische Fachassistent(inn)en (ZMF) und ca. 1 000 Dentalhygieniker(innen) (DH) für eine kontinuierliche Verbesserung der Mundgesundheit in den Praxen tätig sind. Zudem arbeiten über 45 000 im Prophylaxebereich fortgebildete ZFA in den Zahnarztpraxen.

Die Bundesregierung teilt die damaligen Ausführungen des Sachverständigenrates, wonach die Umsetzung des Leitbildes einer präventionsorientierten Zahnheilkunde auch entsprechende Personalstrukturen voraussetzt. Über den konkreten Einsatz von nichtärztlichem Prophylaxepersonal haben allerdings die zahnärztlichen Praxisinhaberinnen und -inhaber und nicht die Bundesregierung zu entscheiden. Ob bzw. inwieweit eine Erweiterung der delegationsfähigen Tätigkeiten an dafür aus- bzw. weitergebildetes Fachpersonal nach den Regelungen des Zahnheilkundengesetzes erforderlich bzw. sinnvoll ist, wird zum gegebenen Zeitpunkt zu prüfen sein.



