Das ist ein Verdienst des gesamten Berufsstandes

Welche Schlüsse der KZVB-Vorstand aus der DMS 6 zieht

Die DMS 6 belegt eindrucksvoll die Erfolge bei Prävention und Prophylaxe (siehe Seite 10). Wir sprachen mit Dr. Rüdiger Schott, Dr. Marion Teichmann und Dr. Jens Kober darüber, warum alle Zahnärzte stolz auf die guten Ergebnisse sein dürfen.



„Dieses hohe Versorgungsniveau werden wir nur halten können, wenn sich wieder mehr Kollegen niederlassen", meint der KZVB-Vorstand mit Blick auf die Ergebnisse der DMS 6.

BZB: Herr Dr. Schott, Sie sind seit über 30 Jahren Vertragszahnarzt. Wie hat sich die Mundgesundheit der Patienten aus Ihrer Sicht in dieser Zeit entwickelt?
Schott: Ich kann das, was die DMS 6 zu Tage gefördert hat, zu 100 Prozent bestätigen. Die Verbesserungen bei der Mundgesundheit sind gigantisch. Als ich meine Praxis eröffnete, gab es quasi kein kariesfreies Gebiss. Auch bei Kindern und Jugendlichen mussten wir regelmäßig zum Bohrer greifen. Zahnlosigkeit war bei Senioren weitverbreitet. Wir dürfen zu Recht stolz darauf sein, dass heute fast 80 Prozent der Zwölfjährigen ein kariesfreies Gebiss haben. In meiner Praxis sind es sogar noch mehr. Aber das liegt vermutlich auch an der Sozialstruktur.

BZB: Hier sprechen Sie einen wunden Punkt an. Die DMS 6 zeigt auch, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen die Präventionsangebote gar nicht oder zumindest nicht regelmäßig nutzen ...
Schott: Von der sogenannten Sozialkaries sind Kinder, die in schwierigen familiären Verhältnissen aufwachsen, besonders betroffen. Wir bemühen uns zwar intensiv, auch diese Bevölkerungsgruppen für das Thema Mundgesundheit zu sensibilisieren. Die Zuwanderung aus Ländern mit einem tendenziell niedrigeren Bildungsniveau erschwert uns diese Aufgabe jedoch. Hinzu kommen Sprachbarrieren. Es wird die große Herausforderung der kommenden Jahre sein, die Integration auch in Sachen Mundgesundheit voranzubringen. Ich möchte jedoch festhalten, dass die Sozialkaries nicht nur bei Migranten festzustellen ist.

BZB: Herr Dr. Kober, Sie sind auch schon seit fast 30 Jahren Zahnarzt. Worauf führen Sie die Verbesserungen bei der Mundgesundheit zurück?
Kober: Das liegt natürlich an allererster Stelle am Fluorid. Fluoridhaltige Zahnpasten sind seit den 1970er-Jahren Standard und werden heute nur noch von einigen Naturheilkundlern abgelehnt. Aber auch die Fluoridierung des Speisesalzes, die 1991 eingeführt wurde, zeigt Wirkung. Und natürlich die Individualprophylaxe mit Fluoridlackapplikation! Fluorid kann seine Wirkung aber nur entfalten, wenn die Patienten mitmachen. Die „sprechende Zahnmedizin" ist deshalb ein wichtiger

Baustein für die Verbesserung der Mundgesundheit. Es ist ja nicht so, dass man den Patienten einmal zeigt, wie man richtig putzt. Das ist ein lebenslanger Prozess und man muss die Mundpflege auch an Veränderungen im Gebiss anpassen. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer Prof. Dr. Christoph Benz vergleicht uns Zahnärzte mit Personal Trainern. Dieses Bild finde ich sehr zutreffend. Wir unterstützen die Patienten bei der „dental fitness". Die „Übungen" müssen sie aber selbst ausführen. Insgesamt sind die Erfolge bei der Verbesserung der Mundgesundheit ein Verdienst des gesamten Berufsstandes.

Teichmann: Ich darf noch auf die Bedeutung der Kieferorthopädie bei der Verbesserung der Mundgesundheit hinweisen. Schwerwiegende Fehlstellungen erschweren die Mundhygiene und können sich lebenslang negativ auf die Mundgesundheit auswirken. Sie können die Plaqueansammlung und damit auch das Kariesrisiko erhöhen. Auch Parodontitis kann durch Zahnfehlstellungen entstehen, insbesondere dann, wenn dadurch das Zahnfleisch gereizt wird. In kaum einem Land haben mehr Kinder und Jugendliche Zugang zu einer kieferorthopädischen Versorgung als in Deutschland. Auch das ist ein wichtiger Beitrag für den Rückgang der Kariesinzidenz.

BZB: Sehen Sie Gefahr, dass die Zahnmedizin an dem Ast sägt, auf dem sie sitzt?

Teichmann: Das ist eine unethische Frage! Kein Zahnarzt wünscht sich, dass seine Patienten viel Karies haben, um damit Geld zu verdienen. Auch mir gefällt deshalb das Bild mit dem Personal Trainer. Gerade in der Kieferorthopädie sind wir nur erfolgreich, wenn der Patient aktiv an der Behandlung mitwirkt. Wenn die Compliance nicht gegeben ist, sollte man den Mut haben, eine Behandlung auch einmal abzubrechen. Alles andere wäre hinausgeworfenes Geld.

Kober: Der Rückgang der Karies ist rundum erfreulich. Und wir werden dadurch sicher nicht arbeitslos. Ganz im Gegenteil: Die präventionsorientierte Zahnmedizin ist meines Erachtens aufwendiger als Füllungen und Extraktionen. Der demografische Wandel und unsere Erfolge beim Zahnerhalt sorgen dafür, dass der Behandlungsbedarf erst im fortgeschrittenen Alter wächst. Senioren haben heutzutage höhere Erwartungen an die Funktionalität und Ästhetik von Zahnersatz als die Nachkriegsgeneration. Implantate über 70 sind heute der Regelfall. Und zweifellos wird auch der Kampf gegen Parodontitis eine der künftigen Herausforderungen sein ...

BZB: ... der aber durch die Budgetierung erschwert wird.

Kober: Die Budgetierung ist in der Tat ärgerlich. Insbesondere deshalb, weil die Folgekosten einer nicht behandelten Parodontitis weitaus höher sind, als das, was die Kassen durch die Budgetierung einsparen können. Sie sollte also auch aus wirtschaftlichen Gründen von der künftigen Bundesregierung umgehend abgeschafft werden.

Schott: Der Vorsitzende der Bundes KZV Martin Hendges hat bei der Vorstellung der DMS 6 zu Recht darauf hingewiesen, dass wir mit unseren Präventionsbemühungen das Solidarsystem entlasten. Die Kosten für die Behandlung von Karies sanken innerhalb von 20 Jahren von 7,5 auf 5,9 Milliarden Euro. Unser Anteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ist um 30 Prozent gesunken und liegt aktuell nur noch bei 5,8 Prozent. Die Zahnärzte sind also erwiesenermaßen nicht die Kostentreiber im deutschen Gesundheitssystem.

BZB: Liegt das nicht auch an höheren Eigenbeteiligungen der Patienten?

Schott: Das ist politisch gewollt und ein weiterer Grund für die Verbesserung der Mundgesundheit. Wer seine Zähne pflegt und regelmäßig zum Zahnarzt geht, braucht in der Regel bis ins hohe Alter keinen Zahnersatz. Wenn es doch einmal so weit ist, ermöglichen die befundorientierten Festzuschüsse ein hohes Maß an Therapiefreiheit. Und sie ermöglichen es, den medizinisch-technischen Fortschritt in unseren Praxen umzusetzen. Eine finanzielle Überforderung kann man durch eine private Zahnzusatzversicherung vermeiden. Und für sozial schwache Patienten gibt es die Härtefallregelung.

BZB: Klingt alles bestens! Haben Sie angesichts der guten Ergebnisse dennoch Forderungen an die Politik?

Schott: Kollege Kober hat bereits auf die negativen Auswirkungen der Budgetierung hingewiesen. Die DMS 6 hat eines gezeigt: Prävention wirkt! Jeder Euro, den die Krankenkassen für die zahnmedizinische Versorgung ausgeben, ist gut investiert und vermeidet teure Folgeerkrankungen. Doch klar ist auch: Dieses hohe Versorgungsniveau können wir nur halten, wenn wir den Sicherstellungsauftrag weiterhin erfüllen – und zwar flächendeckend. Noch ist Bayern gut versorgt, aber in den kommenden Jahren werden viele Praxen ohne einen Nachfolger schließen. Die Niederlassungsbereitschaft können wir nur erhöhen, wenn sich die Rahmenbedingungen verbessern. Weg mit der Budgetierung, Anpassung des GOZ-Punktwertes, weniger Bürokratie, Maßnahmen gegen den ZFA-Mangel und eine Stärkung der Selbstverwaltung – das sind die wichtigsten Forderungen an die künftige Bundesregierung.

Kober: Ich darf noch auf das MVZ-Thema eingehen. Internationale Investoren haben weiterhin Zugang zur ambulanten zahnmedizinischen Versorgung. Der Konzentrationsprozess schreitet deshalb voran. Und das fördert auch den Trend zur Anstellung. Gründung und Betrieb von zahnmedizinischen MVZ sollten ausschließlich Zahnärzten gestattet sein. Nur so kriegen wir die jungen Kollegen wieder in die Niederlassung.

Teichmann: Für mich ist auch das Thema Telematik-Infrastruktur (TI) von zentraler Bedeutung für die Zukunft der Versorgung. Sie muss reibungslos funktionieren. Das war bislang nicht der Fall. Störungen und Ausfälle sind jedoch enorm frustrierend für unsere Praxisteams. Der Datenklau bei D-Trust hat das Vertrauen in die TI ebenfalls schwer beschädigt. Die „ePA für alle" darf nur starten, wenn sie in den Modellregionen ausreichend getestet und für gut befunden wurde. Angesichts zunehmender Hackerattacken sollten wir auch die Sicherheit der ePA nochmals auf Herz und Nieren prüfen. Ein unbefugter Zugriff auf die Daten von 70 Millionen gesetzlich Versicherten wäre ein Super-GAU für das Gesundheitswesen!

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.