Weiter so – **oder** Neustart?

Zahnmedizin im Drei-Säulen-Modell. Mit welchen Maßnahmen kann eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und zugleich wirtschaftlich tragfähige Versorgung langfristig gesichert werden? Dieser Frage gehen Prof. Dr. Thomas Drabinski (IfMDA) und Ralf Hermes (IK) nach. Sie stellen ein Drei-Säulen-Modell vor und zeigen auf, welche Perspektiven das für das Gesundheitswesen und für die Zahnmedizin eröffnen könnte.

Autoren: Prof. Dr. Thomas Drabinski, Ralf Hermes

Wichtig!

Im Juni 2026 ist der Artikel „Zahnmedizin im Drei-Säulen-Modell: Weiter so – oder Neustart?“ auf ZWP online erschienen. Der geschäftsführende Vorstand des FVDZ hat sich klar dazu positioniert und scheut keine konstruktive Auseinandersetzung mit diesem Thema. Eine Diskussion muss aber auf ehrlichen Argumenten und maximaler Transparenz aufbauen, ansonsten droht ein enormer Schaden. Um bei der Transparenz mit gutem Beispiel voranzugehen, erscheinen der Artikel und zudem ein Kommentar des geschäftsführenden Vorstands auch hier im DFZ.

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor extremen Herausforderungen: Steigende Ausgaben der Krankenkassen wegen neuer Leistungen und Kostensteigerungen, steigende Belastungen der Beitragszahler durch den demografischen Wandel, eine steigende Zahl von Leistungsempfängern und fehlendes Wirtschaftswachstum mit Arbeitsplatzabbau setzen insbesondere die ambulante Versorgung unter enormen Druck. Die Bundesregierung hat verschiedene Kommissionen mit der Erarbeitung von Vorschlägen zur Kostendämpfung und zur Strukturreform beauftragt. Im ersten Gesetzesentwurf auf der Grundlage der Empfehlungen der Finanzkommission finden sich vor allem Vorschläge, die Beitragszahler und Leistungserbringer belasten – der Bundeshaushalt soll sogar (gegen die Empfehlung) entlastet werden. Die propagierte „Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ wird nicht ohne Folgen für die Versorgung bleiben – ein „Weiter so“ kann es nicht geben. Vor diesem Hintergrund sind Ideen gefragt, mit welchen Maßnahmen eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und zugleich wirtschaftlich tragfähige Versorgung langfristig gesichert werden kann.

Der folgende Beitrag diskutiert, welche Perspektiven ein von Prof. Dr. Thomas Drabinski (IfMDA) und Ralf Hermes (IK) vorgestelltes Drei-Säulen-Modell für das Gesundheitswesen und speziell die Zahnmedizin eröffnen könnte. Das Modell harmoniert mit den Grundsatzbeschlüssen des Freien Verbandes zu Grund- und Wahlleistungen und der vom FVDZ bereits vor Jahren vorgeschlagenen „Zahnprämie“ in der GKV. Ziel der Autoren ist es, bestehende Finanzierungsstrukturen neu zu ordnen und dabei Solidarität, Eigenverantwortung und wirtschaftliche Stabilität in ein neues, ausgewogenes Verhältnis zu bringen.

Das Drei-Säulen-Modell

Säule 1 – Solidarität & sozialer Ausgleich
Beinhaltet die stationäre Versorgung sowie Hochkosten- und Notfallmedizin. Die Finanzierung erfolgt vor allem über Arbeitgeberbeiträge und Steuern. Für die Zahnmedizin finanziert diese Säule eine Grundversorgung für Menschen, die eine ergänzende Absicherung nicht selbst tragen können.

Mehrwert: Schutz vor großen Gesundheitsrisiken durch solidarische Absicherung.

Säule 2 – Schutzkern der Versorgung
Steht für die ambulante Regelversorgung. Die Finanzierung erfolgt über Gesundheitspauschalen/-prämien. Sie sichert, was für eine notwendige, wohnortnahe und alltäglich unverzichtbare Versorgung gebraucht wird.

Mehrwert: Planbare und transparente Finanzierung der notwendigen Versorgung.

Säule 3 – Wahlfreiheit & private Verantwortung
Steht für Wahlfreiheit, private Differenzierung, Zusatzversicherung, Innovation und Eigenverantwortung. Die Finanzierung erfolgt über Zusatzversicherungen, Wahltarife und Selbstzahler. Sie macht Solidarität präziser, weil nicht jede komfort-, material- oder qualitätsdifferenzierte Leistung auto-

Kurzvorstellung der Autoren



Prof. Dr. Thomas Drabinski *ist Gesundheitsökonom und Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der Analyse von GKV-Finanzierung, Versorgungsstrukturen, Gesundheitspolitik und Reformmodellen. Er begleitet seit vielen Jahren die Debatte um eine zukunftsfähige, wettbewerbliche und zugleich solidarische Ausgestaltung des Gesundheitswesens.*



Ralf Hermes *ist Vorstand der IKK – Die Innovationskasse. Er befasst sich seit vielen Jahren mit der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere mit innovativen Versorgungsmodellen, Wahltarifen und der Frage, wie Versorgung auch unter zunehmendem Finanzierungsdruck qualitativ hochwertig, wirtschaftlich tragfähig und patientenorientiert organisiert werden kann.*

Hintergrund: © Buckley – stock.adobe.com

matisch als kollektiv finanzierte Regelversorgung behandelt werden kann.

Mehrwert: Mehr Wahlfreiheit und Raum für Innovation und individuelle Bedürfnisse.

Die Zahnmedizin als Vorreiter einer Mischfinanzierung

In der Zahnmedizin ist das Prinzip des Drei-Säulen-Modells faktisch schon eingeführt. Hier funktionieren Versorgung, Eigenanteil, private Abrechnung und Zusatzversicherungen bereits nebeneinander. Der hier diskutierte Modellansatz nimmt diese bestehende Mischfinanzierung auf, um daraus eine transparentere Architektur für die Zukunft zu entwickeln.

Die Wachstumsdynamik der Zahnmedizin im GKV-System ist eher schwach (im Vergleich zu anderen Bereichen). Für die Zahnarztpraxen bedeutet das: Wer weiter auf die GKV-Leitungsdynamik setzt, macht die eigene Praxis abhängig von Spargesetzen, Punktwertbegrenzungen und politischen Eingriffen. Denn in der GKV beginnt wegen der permanenten Einnahmeschwäche eine Phase neuerlicher Kostendämpfungen, Priorisierungen, Begrenzungen und Rationierungen.

Genau hier versucht das Drei-Säulen-Modell eine Lösung auch für die Zahnmedizin zu formulieren: Es soll dort, wo es sachlich möglich ist, eine solide dritte Säule schaffen, damit Versorgungsstrukturen und Qualität nicht unter einer immer enger werdenden GKV-Finanzierung leiden.

Was die Zahlen zeigen

Das KZBV Jahrbuch 2025 (S. 43) zeigt GKV-Ausgaben für konservierend-chirurgische Behandlung, Individualprophylaxe, Kieferorthopädie, Parodontalbehandlung, Kiefergelenk/Kieferbruch und Zahnersatz für 2024 von 18,2 Milliarden Euro (5,8 Prozent der GKV-Leistungsausgaben, Wachstumsrate gegenüber 2023 +3,4 Prozent). Zahnersatz macht knapp ein Viertel der Ausgaben aus: Dieser Bereich ist planbar, materialabhängig, qualitätsdifferenziert und seit Langem mit Eigenanteilen sowie Zusatzversicherung verbunden und passt deshalb strukturell in die dritte Säule.

Die PKV-Zahlen verstärken diesen Befund: 2024 gab es rund 20,16 Millionen Zahnzusatzversicherungen – ein Massenmarkt. Noch deutlicher wird die bestehende Struktur durch die Einnahmenüberschussrechnung 2023 (KZBV Jahrbuch 2025, S. 118): 52,1 Prozent entfielen auf die GKV, 47,9 Prozent auf die Privatabrechnung (dritte Säule und PKV). Das heißt, die ambulante Zahnmedizin ist nahezu hälftig privat finanziert und die zahnärztliche Versorgung von GKV-Versicherten funktioniert sehr gut mit Eigenanteilen, Mehrkostenvereinbarungen, GOZ-Leistungen und Zusatzversicherungen.

Eine noch stärkere Überführung planbarer Zahnmedizin für Erwachsene in die dritte Säule könnte für die Zahnarztpraxen eine höhere Einnahmendynamik ermöglichen und verhindern, dass zukünftige GKV-Begrenzungen auf die Praxen durchschlagen: für freiberufliche Zahnarztpraxen eine Frage der wirtschaftlichen Resilienz.

Diese Zahlen und Argumente sprechen nicht für eine weitere Verengung der Zahnmedizin durch Budgetlogik. Sie sprechen für eine Finanzierungsordnung, die ehrlich benennt, welcher Teil solidarisch geschützt werden muss und welcher Teil besser über Wahlfreiheit, Zusatzversicherung und private Finanzierung organisiert wird.

Zahnmedizin im Drei-Säulen-Modell: Ein Zukunftsbild

Für die Zahnmedizin ergibt sich daraus ein klares, aber bewusst diskussionsoffenes Zielbild.

In Säule 2 gehört nur der eng definierte zahnmedizinische Schutzkern. Dazu zählen Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (bzw. solange Kindergeldbezug besteht), Individualprophylaxe und Früherkennung, medizinisch indizierte Kieferorthopädie bei Minderjährigen, Schmerzbehandlung, Notfälle, akute Infektionen, Trauma und Kieferbruch. Säule 2 wäre damit nicht Zahnmedizin für alle in allen Ausprägungen, sondern zahnmedizinische Schutzversorgung.

Auf Grundlage der vorliegenden KZBV-Zahlen lässt sich dieser Säule-2-Kern plausibel simulieren. Nimmt man Individualprophylaxe vollständig in Säule 2, Kieferorthopädie weit überwiegend für Kinder und Jugendliche, Kieferbruch/Kiefergelenk überwiegend als Akut- und Schutzleistung, konservierend-chirurgische Leistungen nur anteilig für Kinder, Schmerz und Notfall sowie Parodontalbehandlung nur in eng definierten Sonderfällen, ergibt sich ein Säule-2-Volumen von etwa 5 bis 6 Milliarden Euro.

In Säule 3 gehören Zahnersatz, Routinezahnmedizin bei Erwachsenen, planbare Parodontalversorgung, Erwachsenen-Kieferorthopädie, höherwertige Füllungen, Implantologie, besondere Materialwahl, Ästhetik, Komfort und zusätzliche Präventionspakete für Erwachsene. Dieser Bereich wäre nicht ungeregelt, sondern transparent über Zusatzversicherungen, private Dentalpauschalen, GOZ, Eigenbeteiligungen sowie vertraglich definierte und vergütete Leistungsangebote organisiert. Die schon heute verbreitete Zahnzusatzversicherung wäre damit nicht mehr bloß Ergänzung eines unübersichtlichen Systems, sondern institutioneller Bestandteil.

Der zentrale Vorteil liegt in der Absicherung der Zahnarztpraxen. Wenn demografiebedingt die GKV in den kommenden Jahren aufwachsend ambulante Kosten begrenzt, könnten Zahnarztpraxen durch eine starke dritte Säule ihre Einnahmen sichern, Investitionen finanzieren, Personal halten, moderne Verfahren anbieten und Qualität weiterentwickeln, ohne die GKV-Absenkungen spürbar mittragen zu müssen.

Entscheidend ist aber: Ein solches Modell darf soziale Zugangshürden nicht aus dem Blick verlieren. Die Aufgabe der ersten Säule ist der soziale Ausgleich für klar definierte Gruppen, die eine Säule-3-Absicherung nicht selbst tragen können, wie etwa Menschen in Grundsicherung, einkommensschwache Rentnerinnen und Rentner oder Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf. Praktisch könnte über die erste Säule ein Zuschuss auf Antrag zu einer einfachen Dental-Zusatzabsicherung geleistet oder besondere Versorgungszuschläge für aufsuchende Versorgung in Pflegeeinrichtungen finanziert werden.

Diskussionspunkte für die Gesundheitspolitik

Die Autoren sind sich bewusst, dass der hier vorgestellte Vorschlag kontrovers diskutiert werden kann. Insbesondere die Abgrenzung der einzelnen Säulen, die Rolle ergänzender Versicherungsmodelle sowie die Vermeidung sozialer Härten werfen berechtigte Fragen auf. Gerade deshalb soll dieser Beitrag keine abschließende Lösung präsentieren, sondern einen Impuls für eine notwendige gesundheits- und ordnungspolitische Debatte geben.