

A. Rainer Jordan

Bedarfsgerechte Versorgung: Illusion oder Wirklichkeit?*

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ist in einem Wandel begriffen: Die aktuelle Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt sich wandelnde orale Morbiditätslasten auf. Auf der „Patientenseite“ vollzieht sich ein nachhaltiger demografischer Wandel. Hinzu kommt ein Strukturwandel in der zahnärztlichen Versorgung. Zusammengekommen bedeutet dies sich verändernde Versorgungsbedarfe. Wie sie in Zukunft sichergestellt werden können, wird in diesem Beitrag diskutiert.

Zusammenfassung:

Die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ist in einem Wandel begriffen. Dieser umfasst eine veränderte epidemiologische Ausgangssituation und damit andere Versorgungsbedarfe auf der einen Seite; hinzu kommt eine Angebotsseite (Zahnärzte), die einem Strukturwandel unterliegt. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung unter diesen veränderten Bedingungen können Maßnahmen unterschiedlicher Strategien eingesetzt werden. In diesem Beitrag geht es vor allem um die Klärung der Frage, (a) welche Anhaltspunkte uns zur Beantwortung dieser Frage heute zur Verfügung stehen, (b) wie wir den zukünftigen Bedarf einschätzen und (c) welche wesentlichen Stell-schrauben zukünftiger Entwicklungen in den Blick zu nehmen sind, um die zahnmedizinische Gesundheitsversorgung so auszurichten, dass ein Optimum an Gesundheit auf Bevölkerungsebene erreicht werden kann. Eine Annäherung an die Fragestellung nach dem aktuellen Zustand einer bedarfsgerechten zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland soll anhand dreier Hauptaus-sagen erfolgen. These 1: In der restaurativen Versorgung kann man auf Bevöl-kerungsebene aktuell von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgehen; die parodontologische Versorgung erfolgt anscheinend nicht bedarfsgerecht. These 2: Trotz einer sinkenden Morbiditätslast ist aufgrund des demogra-fischen Wandels weiterhin mit hohen Behandlungsbedarfen zu rechnen. These 3: Als mögliche Steuerungselemente zur Sicherung einer bedarfsgerech-ten Versorgung in der Zukunft werden international Bildungsmaßnahmen, finanzielle Interventionen, regulatorische Strategien und/oder persönliche und professionelle Unterstützungsangebote diskutiert.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung; Zahnmedizin; Bedarf; Epidemiologie; Bedarfsplanung

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln: Prof. Dr. A. Rainer Jordan

*Deutsche Übersetzung der englischen Version von Jordan A.R.: Needs-based care: Illusion or reality? Dtsch Zahnärztl Z Int 2019; 1: 118–123

Zitierweise: Jordan AR: Bedarfsgerechte Versorgung: Illusion oder Wirklichkeit? Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 186–192

Peer-Review-Artikel: eingereicht: 05.03.2019, revidierte Fassung akzeptiert: 03.04.2019

DOI.org/10.3238/dzz.2019.0186–0192

Needs-based care: Illusion or reality?

Abstract: Dental care in Germany is in the midst of transitioning. This includes a changed epidemiological baseline situation and with that different treatment needs. Additionally, the supply side (dentists) is undergoing a structural change. To ensure appropriate care under these altered conditions, measures of different strategies can be applied. This article is aimed to clarify (a) what evidence is available today to answer this question, (b) how we are going to assess future demand and (c) what essential parameters of future development need to be taken into consideration in order to adjust dental health care so that optimal health can be achieved on a population level. An approach to answering this question in the current state of needs-based dental care in Germany should be made with three key statements. Thesis 1: Currently, it can be assumed that restorative care on a population level is needs-based. However, periodontal care does not seem to meet the needs. Thesis 2: Due to the demographic change, a high treatment demand can furthermore be expected, despite a declining burden of disease in dentistry. Thesis 3: International educational measures, financial intervention, regulatory strategies and/or personal and professional offers of support are discussed as possible control elements to ensure appropriate care in the future.

Keywords: care research; dentistry; demand; epidemiology; demand planning

Einleitung

In Deutschland wurden für den gesamten Mundgesundheitsbereich im Jahr 2010 annähernd 23 Milliarden Euro ausgegeben [12]. Davon entfielen zwei Drittel auf den zahnärztlichen Leistungsbereich, etwa ein Viertel auf den zahntechnischen Leistungsbereich; der Rest bezog sich auf Gesundheitsprodukte der Mundgesundheitswirtschaft im Einzelhandel. Für das Jahr 2030 wird angenommen, dass das gesamte Umsatzvolumen auf gut 27 Milliarden Euro ansteigt. Auch wenn der zahnärztliche Leistungsbereich unter den Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland mittlerweile lediglich 6,5 % der gesamten Leistungsausgaben ausmacht [10], steht für die zahnmedizinische Versorgung dennoch viel Geld zur Verfügung. Und auch, wenn das Versorgungssystem in Deutschland beispielsweise beim Zahnverlust durch einen niedrighwelligen Zugang zu Zahnersatz soziale Härten im internationalen Vergleich überdurchschnittlich zu kompensieren vermag, muss auch an-

erkannt werden, dass auf der Ebene der Erkrankungsprävalenzen doch ein erheblicher sozialer Gradient erkennbar ist [8], wie ihn fast alle chronischen und lebensstilabhängigen Erkrankungen aufweisen.

Diese sozialmedizinischen Aspekte der ungleichen Lebens- und Gesundheitsverhältnisse sind kein zahnmedizinisches Spezifikum, sondern grundsätzlicher Natur und bedürften eines breiter angelegten Ansatzes. In der präventiven Zahnmedizin werden diesbezüglich auf der einen Seite Public-Health-Ansätze diskutiert und angewendet wie die Gruppenprophylaxe, bei der sogenannte Upstream-Maßnahmen im Vordergrund stehen, die die Menschen in ihrem Lebensumfeld erreichen sollen. Dieser Aufsatz behandelt jedoch das zahnärztliche Versorgungsgeschehen und damit die Zahnarztpraxis, die in der Versorgungsforschung als letzte Meile des Gesundheitssystems bezeichnet wird. Ein Leitziel der Versorgungsforschung stellt die Gesundheitsversorgung als ein lernendes System dar zur kontinuierlichen Verbesserung der

Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Diese 3 Ziele könnte man auch als Trias der Versorgungsforschung bezeichnen. Das wesentliche Charakteristikum der Versorgungsforschung ist, die Wirksamkeit von gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen zu beschreiben. Sie wird als relative Wirksamkeit (engl.: effectiveness) bezeichnet. Demgegenüber steht beispielsweise die klinische Forschung, die die Wirksamkeit unter idealen Bedingungen ermittelt und deren Zielgröße absolute Wirksamkeit (engl.: efficacy) genannt wird. Die hieraus resultierende Lücke zwischen der unter Alltagsbedingungen erreichbaren (relativen) Wirksamkeit und der unter artifiziiellen Versuchsbedingungen erreichbaren (absoluten) Wirksamkeit wird in der Versorgungsforschung mit effectiveness gap, also Wirksamkeitslücke, beschrieben. Sie ist der Kern, wenn es darum geht zu erforschen, warum Therapien im Versorgungsalltag mitunter ganz andere Auswirkungen zeigen, als in der klinischen Forschung [9].

Es ist Teil der Analyse zu einer bedarfsgerechten Versorgung, die mit den Methoden der Versorgungsforschung identifizierte effectiveness gap-Lücke zu berücksichtigen. Hinzu kommen allerdings weitere Aspekte, die im weiteren Verlauf dieses Aufsatzes identifiziert werden sollen.

Was ist bedarfsgerecht?

Ein charakteristisches Merkmal demokratischer Gesellschaften stellt ein grundsätzlich egalitärer Ansatz dar. In Deutschland ist dieses Prinzip der gleichwertigen Lebensverhältnisse bereits im Grundgesetz (Art. 72, Absatz 2) verankert. In diesem Sinne erhält das Thema der (zahn-)medizinischen Bedarfsgerechtigkeit bzw. deren Abweichungen Unter-, Über- und Fehlversorgung nicht nur – gesundheitspolitische –, sondern auch gesellschaftspolitische Relevanz; beispielsweise dann, wenn die angestrebten gleichwertigen Lebensverhältnisse durch eine Unterversorgung im Gesundheitswesen (beispielsweise im ländlichen Raum) nicht gewährleistet werden können. Um dem entgegen zu wirken, werden Planungsrichtlini-

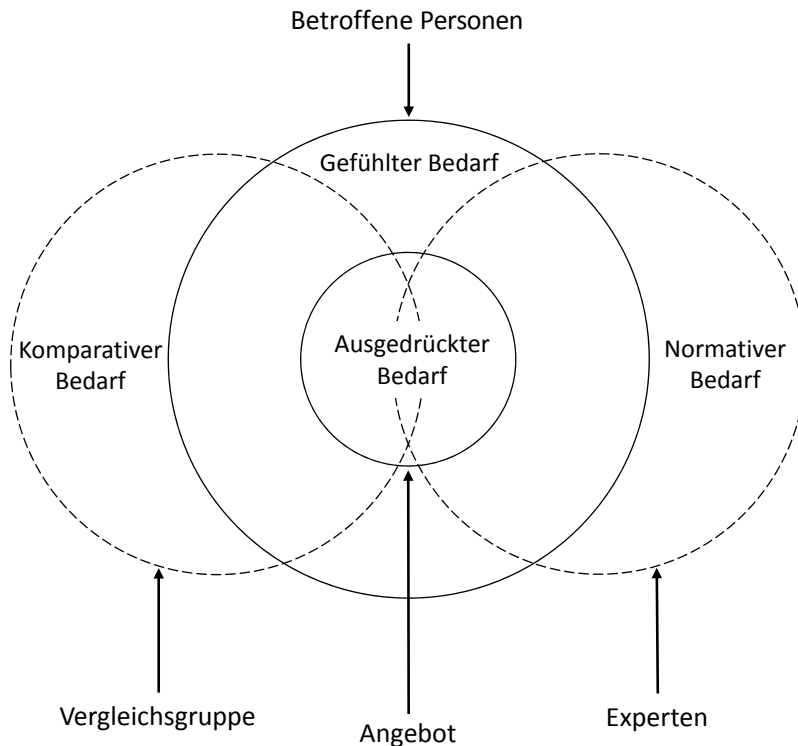


Abbildung 1 Taxonomie der sozialen Bedarfe (nach [2])

en zur (zahn-)ärztlichen Versorgung festgelegt.

Die Richtlinien zur Planung einer bedarfsgerechten zahnärztlichen Versorgung werden in Deutschland vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. In der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte aus dem Jahr 2016 wird der Begriff der bedarfsgerechten Versorgung operationalisiert als Verhältniszahl: Für die Metropolregionen der alten Bundesländer stellt das Verhältnis von einem Zahnarzt zu 1280 Bewohnern eine Normalversorgung dar (100 %), in den übrigen Gebieten in Deutschland ist das Verhältnis mit 1:1680 als Normalversorgung vorgesehen. Wie diese Verhältniszahlen festgelegt werden, ist in der Richtlinie nicht weiter spezifiziert. Kriterien für Unter- und Überversorgung werden aus einem entsprechenden Ist-Soll-Abgleich abgeleitet. Eine Unterversorgung im zahnärztlichen Bereich wird angenommen, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr

als 100 v. H. überschreitet, wohingegen eine Überversorgung bereits angenommen wird, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist.

Diese Regelung ist für die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland zwar verbindlich; allerdings sind diese Richtwerte nicht die einzige Möglichkeit, den Bedarf zu identifizieren, und man kann dieses Verfahren aus Sicht der Versorgungsepidemiologie kritisch hinterfragen. So erscheint es bedenkenswert, ob nicht in Regionen mit einer jungen Bevölkerungsstruktur (z.B. Freiburg i. Br. mit einem Durchschnittsalter von 39,8 Jahren) andere Anforderungen an die zahnärztliche Versorgung zu stellen sind, als in Regionen mit einer älteren Bevölkerungsstruktur (z.B. Dessau mit einem Durchschnittsalter von 49,5 Jahren).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern der reine Verhältnisabgleich der verfügbaren Zahnärzte pro Bevölkerung ohne Berücksichtigung der (regionalen) Morbidität(en) zukünftig hinreichend ist. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen definierte Bedarfsgerech-

tigkeit in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ folgendermaßen: „Bedarfsgerechtigkeit bildet ein normatives Konzept, demzufolge jeder Versicherte bzw. Bürger in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten soll, die seinem Bedarf entspricht, d.h. die er nach möglichst objektiven Kriterien benötigt“ [16]. Bedarfsgerechtigkeit in diesem Sinne schließt also eine medizinische Indikationsstellung ein, geht aber darüber hinaus. In der Versorgungsforschung wird darüber hinaus zwischen den Begriffen einer bedarfsinduzierten (need-dentistry) und einer wunscherfüllenden Zahnmedizin (want-dentistry) unterschieden. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage der bedarfsgerechten Gerechtigkeit im Zusammenhang mit dem soziologischen Diskurs. Nach Bradshaw [2] werden 4 Arten des sozialen Bedarfs unterschieden (Abb. 1):

- Normativer Bedarf: Dieser wird von Experten definiert und ist daher abhängig von diesen und ihren jeweiligen Standpunkten.
- Gefühlter Bedarf: Er ist durch den Einzelnen geprägt und basiert auf einer Willensbekundung.
- Ausgedrückter Bedarf: Er ist der realisierte gefühlte Bedarf und abhängig vom tatsächlichen Angebot.
- Komparativer Bedarf: Mit ihm lassen sich Vergleiche zwischen unterschiedlichen Populationen darstellen. Die Versorgung unterschiedlicher regionaler Morbiditäten lässt sich also anhand des komparativen Bedarfs feststellen.

Ziel des Beitrags

Bedarfsgerechtigkeit kann also unter ganz unterschiedlichen Prämissen betrachtet werden. In diesem Beitrag soll es vor allem um die Klärung der Frage gehen, (1) welche Anhaltspunkte (Daten) uns zur Beantwortung dieser Frage heute zur Verfügung stehen, (2) wie wir den zukünftigen Bedarf einschätzen und (3) welche wesentlichen Stellschrauben zukünftiger Entwicklungen in den Blick zu nehmen sind, um die zahnmedizinische Gesundheitsversorgung so auszurichten, dass ein Optimum an Gesund-

heit auf Bevölkerungsebene erreicht werden kann. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass in diesem Beitrag auf Metaebene argumentiert wird und dafür aggregierte Gesundheitsdaten verwendet werden, die keine Rückschlüsse auf die Mikroebene, also die individuelle Gesundheitsversorgung, zulassen.

Hauptthesen

Eine Annäherung an die Fragestellung nach dem aktuellen Zustand einer bedarfsgerechten zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland soll im Folgenden anhand dreier Hauptthesen erfolgen. Einbezogen in die Analyse werden dabei vor allem die beiden Haupterkrankungen Karies und Parodontitis.

- These 1: In der restaurativen Versorgung kann man auf Bevölkerungsebene aktuell von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgehen. Die parodontale Versorgung erfolgt anscheinend nicht bedarfsgerecht.

Kariesbezogene Behandlungsbedarfe werden epidemiologisch regelmäßig im Rahmen der Deutschen Mundgesundheitsstudien ermittelt. Der aktuelle Behandlungsbedarf ergibt sich aus der decayed-Komponente des DMF-Index, umfasst also Zähne mit etablierten Kariesläsionen. Diese stellen sich epidemiologisch vor allem als Primärläsion oder als Karies an Restaurationen dar. Daneben lassen sich aus den Daten Aussagen zum sogenannten Sanierungsgrad ermitteln, indem das Verhältnis der gefüllten zu den kariösen plus gefüllten Zähnen $(FT/[DT+FT] \times 100)$ ermittelt wird. Da der Sanierungsgrad maximal 100 % annehmen kann, ist er geeignet, Unterversorgung zu detektieren. Es muss einschränkend jedoch gesagt werden, dass er Überversorgung (i.e. Sanierungsgrad > 100 %) nicht sicher abbilden kann, wengleich man argumentieren mag, dass ein Sanierungsgrad < 100 % per se keine Überversorgung auf Makroebene indizieren dürfte. In der permanenten Dentition stellt sich über alle Altersgruppen hinweg ein aktueller durchschnittlicher Behandlungsbedarf von $DT = 0,5$ Zähnen dar. Unterschiedlich hingegen fällt der Sanierungsgrad in den jeweiligen Altersgruppen aus: Er

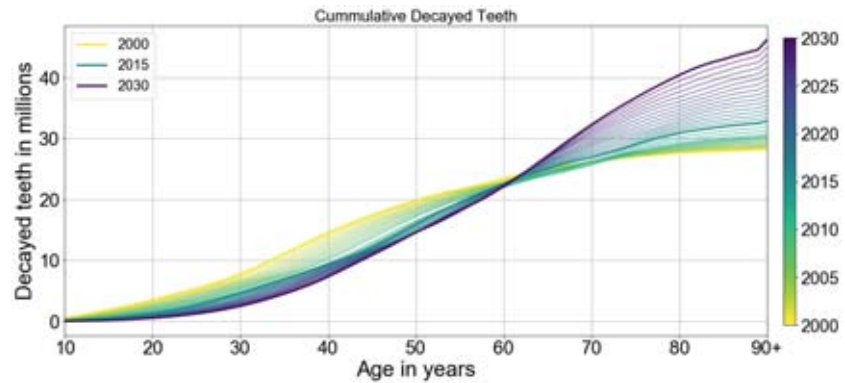


Abbildung 2 Prognose der kariologisch behandlungsbedürftigen Zähne in Deutschland bis zum Jahr 2030. Die Darstellung zeigt einen Prävalenzumschlag bei etwa 60 Jahren; davor werden bis 2030 weniger kariöse Zähne erwartet, danach ist eine Zunahme zu erwarten, die im Jahr 2030 über alle Altersgruppen kumuliert etwa 64 Millionen kariöse Zähne in Deutschland betragen wird (nach [7]).

liegt bei den Kindern (12-Jährige) bei 74,6 %. Dies ist im Vergleich zu den anderen Altersgruppen ein niedriger Wert, der insofern überrascht, als bei Kindern regelmäßige Zahnuntersuchungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Schulen stattfinden und somit auch Kinder mit einem nicht regelmäßigen und eher beschwerdenorientierten Inanspruchnahmeverhalten unter zahnärztlicher Beobachtung stehen und so eine Therapieleitung grundsätzlich angestoßen werden dürfte. Bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige), das ist im Wesentlichen die Alterskohorte der Eltern dieser Kinder, beträgt er 93,7 % und bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) 90,6 %. Bei älteren Senioren (75- bis 100-Jährige) liegt er mit 83,0 % wieder etwas darunter; allerdings gehören zu dieser Altersgruppe auch Menschen mit Pflegebedarf, deren (Mund-)Gesundheitszustand generell schlechter ist als bei gleichaltrigen Menschen, die sich selbst versorgen können. Bei den älteren Senioren mit Pflegebedarf liegt der Sanierungsgrad bei 69,2 % [8].

Für die Parodontitis fällt die Beurteilung schwieriger aus. Dies liegt auch daran, dass mit der Klassifikation von Parodontalerkrankungen von 1999 [1] weder diagnostische Kriterien parodontaler Gesundheit noch Kriterien zur Beurteilung des Erfolgs einer behandelten Parodontitis vorliegen. Dies hat sich zwar mit der aktuellen Klassifikation von 2018 geän-

dert [6]; nach dieser Klassifikation wurden jedoch noch keine epidemiologischen Studien durchgeführt. Auf der Grundlage der DMS-Daten wurden für Deutschland etwa 11 Millionen Menschen mit einer schweren Parodontitis hochgerechnet [4]. In toto wurden 2017 über die gesetzlichen Krankenversicherungen etwa 1,1 Millionen Parodontitis-Behandlungsfälle abgerechnet [10]. Da allerdings nicht ganz klar ist, wie hoch der Anteil der Personen mit schwerer Parodontitis ist, die bereits erfolgreich eine systematische Parodontistherapie durchlaufen haben, lässt sich eine genaue Aussage zur bedarfsgerechten Versorgung der Parodontitis nicht eindeutig treffen. Von einer Überversorgung kann man jedenfalls wohl nicht ausgehen. Vielmehr liefert der Barmer Zahnreport aus dem Jahr 2017 weitere Hinweise [13]: Im Durchschnitt nimmt ein Viertel der Versicherten parodontaldiagnostische Leistungen in Anspruch. Zu therapeutischen Leistungen kommt es jedoch nur bei 1,8 % der Versicherten. Hier stellt sich die Frage, ob Epidemiologie und Versorgung aktuell gut aufeinander abgestimmt sind. Da in der restaurativen und auch in der prothetischen zahnmedizinischen Versorgung (Daten nicht gezeigt) auf Systemebene derzeit eine weitgehend dem epidemiologischen Befund entsprechende Versorgung vorgefunden wird, überrascht dieses Missverhältnis in der parodontologischen Versor-

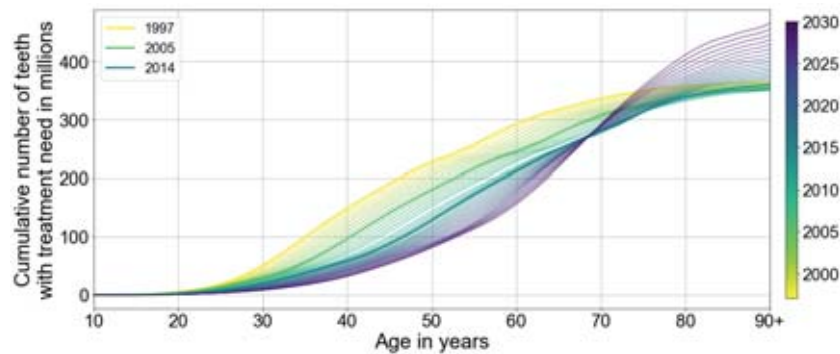


Abbildung 3 Prognose der parodontal behandlungsbedürftigen Zähne in Deutschland bis zum Jahr 2030. Die Darstellung zeigt einen Prävalenzumschlag bei etwa 70 Jahren; davor werden bis 2030 weniger parodontal erkrankte Zähne erwartet, danach ist eine Zunahme zu erwarten, die im Jahr 2030 über alle Altersgruppen kumuliert etwa 464 Millionen kariöse Zähne in Deutschland betragen wird (nach [15]).

gung. Aus Sicht der Versorgungsforschung ist diesbezüglich festzustellen, dass die parodontologische Behandlungstrecke wissenschaftlich definiert ist, im Leistungskatalog zumindest der gesetzlichen Krankenversicherungen jedoch lediglich der zentrale Behandlungsabschnitt abgebildet ist. Vor allem die lebenslang notwendige, unterstützende Parodontistherapie ist nur privatärztlich in Anspruch zu nehmen. Es ist anzunehmen, dass diese therapeutische Inkongruenz zu dem Missverhältnis zwischen parodontologischer Epidemiologie und Versorgung beiträgt.

- These 2: Trotz einer sinkenden Morbiditätslast in der Zahnmedizin ist aufgrund des demografischen Wandels weiterhin mit hohen Behandlungsbedarfen zu rechnen.

Aus der epidemiologischen Trendbeobachtung der DMS-Studien der vergangenen 2 Dekaden lässt sich die weitere Morbiditätsdynamik prognostizieren. Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung kann so abgeschätzt werden, welche Behandlungsbedarfe beispielsweise im Jahr 2030 erwartet werden [7]: Bei der Zahnkaries ist in allen Altersgruppen ein weiterer Rückgang der Morbiditätslast zu erwarten, der bis zu 50 % erreichen kann. Dies wird grundsätzlich zu einem weiteren Rückgang des restaurativen Behandlungsbedarfs führen. Der Effekt fällt jedoch nicht so ausgeprägt aus, wie die epidemiologische Morbiditätsdynamik dies nahe-

legen würde, weil Karies als chronische Erkrankung im Alter kumuliert und sich für die zahnmedizinischen Haupterkrankungen zusätzlich der Effekt der sogenannten Morbiditätskompression ausmachen lässt. So wird vermutlich die Anzahl der DMFT-Zähne in Deutschland von 870 Millionen im Jahr 2014 auf 740 Millionen im Jahr 2030 sinken (Abb. 2). Hinzu kommen bevölkerungsweit etwa 100 Millionen Wurzeloberflächen mit einer Karieserfahrung, deren Morbiditätsdynamik wir als relativ stabil einschätzen [14]. Anders verläuft der Trend bei der Parodontitis: Generell erwarten wir auch hierbei einen weiteren Rückgang der Parodontitis. Durch den demografischen Wandel und den zunehmenden Zahnerhalt wird es aber zu einem Anstieg behandlungsbedürftiger Parodontien kommen. Wir gehen davon aus, dass dieser im Vergleich zu 2014 (etwa 365 Millionen „Parodontitis-Zähne“ in Deutschland) bis 2030 um etwa 100 Millionen Zähne zunehmen wird [15] (Abb. 3).

- These 3: Als mögliche Steuerungselemente zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung in der Zukunft werden internationale Bildungsmaßnahmen, finanzielle Interventionen, regulatorische Strategien und/oder persönliche und professionelle Unterstützungsangebote diskutiert.

Wie wir gezeigt haben, bedeutet die eingetretene Morbiditätsdynamik in

Kombination mit der doppelten Altersdynamisierung (die Menschen werden immer älter und der Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt kontinuierlich zu) nicht automatisch, dass die zahnärztlichen Versorgungsbedarfe erheblich abnehmen werden. Daher ist weiterhin auch für diesen Sektor eine nachhaltige Finanzierung erforderlich, um das Versorgungsniveau auch in Zukunft zu sichern. Daneben erscheint es sinnvoll, über Steuerungsmechanismen nachzudenken. Die Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes zeigt für 2030 regionale Unterschiede in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Die oralen Erkrankungen weisen außerdem altersspezifische Spezifika auf. Daher könnte die Versorgungsplanung langfristig allein auf der Grundlage von Verhältniszahlen (Zahnarzt pro Bevölkerung) nicht optimal geeignet sein, eine bedarfsgerechte regionale Versorgung zu planen. So erscheint es diskutabel, neben einem morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich, der durch die Patienten bestimmt wird, auch die Angebotsseite zu bedenken und hier auch das Alter der Zahnärzte in den Blick zu nehmen. So liegt das Durchschnittsalter zahnärztlich tätiger Zahnärzte in Deutschland bei 48,6 Jahren, in einigen Bundesländern wie Brandenburg, Sachsen-Anhalt oder Thüringen bei über 50 Jahren, sodass innerhalb der kommenden Jahre ein Generationenwechsel auf der Angebotsseite zu erwarten ist [11]. Dieser wird besonders in den neuen Bundesländern zum Tragen kommen, da dort im Zuge der Herstellung der Einheit Deutschlands vor 30 Jahren eine einmalige zahnärztliche Niederlassungswelle stattgefunden hat und viele der dort in freier Praxis tätigen Zahnärzte zu einem ähnlichen Zeitpunkt ihre berufliche Tätigkeit aufgeben werden. Daher könnte sich die Planung einer zukünftig bedarfsgerechten Versorgung nicht nur an der Kopfzahl der Zahnärzte, sondern auch an deren tatsächlichem Angebot bzw. deren Arbeitsstunden orientieren. Dies würde auch die zunehmende Anzahl in Teilzeit tätiger Zahnärztinnen und Zahnärzte berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass in

der Zahnmedizin der ländliche Raum bei Existenzgründungen zwar bedient wird, die Attraktivität von Ballungsgebieten bei der zahnärztlichen Niederlassung aber hoch ist. Gemessen an der Wohnbevölkerung sind daher Landgemeinden sowie kleinere und größere Kleinstädte heute hinsichtlich der Existenzgründungen etwas benachteiligt [11]. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hier allerdings eingeschränkt, seitdem mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 die Bedarfszulassung für Zahnärzte aufgehoben und die Niederlassungsfreiheit eingeführt worden ist. Dennoch kommt das Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ zu dem Schluss, dass zur Sicherung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung auf hohem Niveau die Niederlassung von Vertrags-(zahn-)ärzten in Gebieten, in denen sich durch das anstehende Ausscheiden vieler Vertrags-(zahn-)ärzte eine Unterversorgung abzeichnet, zu vereinfachen sei und Übergangsmöglichkeiten zu schaffen seien [16]. Weiterhin wird diskutiert, ob nicht auch finanzielle Anreize, wie „Landarztzuschläge“ weiter zur Verbesserung der Situation beitragen könnten. Schließlich werden morbiditätsorientierte Vergütungen diskutiert, um in der Versorgung Anreize für eine hohe Behandlungsqualität zu setzen [5]. Neben Regulierungsstrategien sind auch andere Maßnahmen denkbar bzw. teilweise bereits in Erprobung. Sie können in drei weitere Kategorien eingeteilt werden [5]: Bildungsmaßnahmen, finanzielle Interventionen sowie persönliche und professionelle Unterstützungsstrategien. Eine Übersicht bisher eingesetzter Strategien ist in Tabelle 1 dargestellt. Aufgrund der individuellen gesellschaftlichen Bedingungen oder der Organisation des Gesundheitssystems sind all diese Maßnahmen sicher nicht ohne weiteres auf jedes Land übertragbar. Sie zeigen jedoch Möglichkeiten auf, deren Wirksamkeit mitunter alio loco bereits überprüft wurde oder wo zumindest erste Erfahrungen im Hinblick auf die gewünschte Wirksamkeit vorliegen.

Strategie	Maßnahmen
Bildungsmaßnahmen	Bevorzugte Zulassung von Studierenden aus ländlichen Regionen
	Unterrichtspakete in den ländlichen Raum verlegen
	Ausbildungsstätten in den ländlichen Raum verlegen
Finanzielle Interventionen	Vergünstigte Studienkredite bei späterer Verpflichtung, im ländlichen Raum tätig zu sein
	Spezifische Honorierung und Budgets
Regulatorische Strategien	Quotenlizenzierungen (Bedarfszulassung)
	Erhöhte Zulassungen und/oder ausländische Rekrutierungen von Zahnärzten zur Bedarfsdeckung
	Mobile Versorgung
Persönliche und professionelle Unterstützung	Finanzielle und infrastrukturelle Anreize bei Praxisverlegung in den ländlichen Raum
	Unterstützung bei der Personalsuche und bei der Karriereplanung
	Familiäre Dienste, Involvierung der lokalen Gemeinschaften, Offerierung von geeigneten Praxisräumlichkeiten

Tabelle 1 Globale Strategien und Beispiele von Maßnahmen zur Motivierung von Zahnärzten, auch in ländlichen Regionen tätig zu werden (aus: [5])

Schlussfolgerungen

Die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ist in einem Wandel begriffen. Dieser speist sich einerseits aus einer Morbiditätsdynamik, die für chronische Erkrankungen ungewöhnlich ist und die dafür spricht, dass in der Vergangenheit erhebliche Präventionspotenziale in der Zahnmedizin behoben wurden. Infolge des chronisch-kumulativen Charakters verschieben sich in der Folge die Morbiditätslasten ins höhere Lebensalter. Das wird die Versorgungsbedarfe zukünftig weiter verändern. Auf der Angebotsseite ist durch verschiedene Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitswesen ebenfalls ein Wandel in den Praxisstrukturen zu erkennen; zudem werden regionale Generationswechsel bei den Zahnärzten erwartet. Schließlich wird genau zu beobachten sein, ob sich in der zahnmedizinischen Versorgung ein ähnlicher Trend wie in der All-

gemeinmedizin entwickeln wird, der die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum tangiert. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung unter diesen veränderten Bedingungen können Maßnahmen unterschiedlicher Strategien eingesetzt werden. Diese reichen von Bildungsmaßnahmen, über finanzielle und regulatorische, bis hin zu persönlichen und professionellen Unterstützungsmaßnahmen.

Interessenkonflikte:

Der Autor, A. Rainer Jordan, gibt an, dass er bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung angestellt ist. Er ist in der Bearbeitung von Forschungsprojekten sowie im wissenschaftlichen Reporting frei und gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Armitage GC: Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1–6
2. Bradshaw J: A taxonomy of social need. In: McLachlan G (ed.): *Problems and progress in medical care: essays on current research*. 7th ed., Oxford University Press, London 1972
3. Bundeszahnärztekammer. Statistisches Jahrbuch 2017/2018. Berlin 2018
4. Eickholz P: Wie häufig sind schwere Parodontalerkrankungen in Deutschland? *Parodontol* 2016; 27: 111–112
5. Jäger R, Berg v. d. N, Schwendicke F: Interventions for enhancing the distribution of dental professionals: a concise systematic review. *Int Dent J* 2017; 67: 263–274
6. Jepsen S: Neue Klassifikation vorgestellt. Parodontale und peri-implantäre Erkrankungen. *Zahnarztl Mitt* 2018; 108: 76–82
7. Jordan RA, Krois J, Schiffner U, Micheelis W, Schwendicke F: Trends in caries experience in the permanent dentition in Germany 1997–2030, and projection to 2030: Morbidity shifts in an aging society. *Sci Rep* 2019: in press. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). *prophylaxe impuls* 2018; 22: 72–75
8. Jordan AR, Micheelis W: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016
9. Jordan AR: Zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland – eine Standortbestimmung. *Forum für Zahnheilkunde* 2014; 33: 12–14
10. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. *Jahrbuch 2017. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*. KZBV, Köln 2017
11. Klingenberg D: Die zahnärztliche Niederlassung. *Stand der Forschung zur Praxisgründung*. Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2018
12. Klingenberg D, Ostwald DA, Daume P, Petri M, Micheelis W: Wachstum- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030. Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2012
13. Rädcl M, Walter M, Bohm S, Priess H-W: *Zahnreport 2017*. Asgard Verlag, Siegburg 2017
14. Schwendicke F, Krois J, Schiffner U, Micheelis W, Jordan AR: Root caries experience in Germany 1997 to 2014: Analysis of trends and identification of risk factors. *J Dent* 2018; 78: 100–105
15. Schwendicke F, Krois J, Kocher T, Hoffmann T, Micheelis W, Jordan AR: More teeth in more elderly: Periodontal treatment needs in Germany 1997–2030. *J Clin Periodontol* 2018; 45: 1400–1407
16. SVR (Sachverständigenrat im Gesundheitswesen). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Bonn/Berlin 2014



(Foto: privat)

**PROF. DR. MED. DENT.
A. RAINER JORDAN, MSc.**
Wissenschaftlicher Direktor
Institut der Deutschen Zahnärzte
Universitätsstraße 73, 50931 Köln
r.jordan@idz.institute

Interesse am internationalen Publizieren?

- Beschäftigen Sie sich mit einem zahnärztlichen Thema besonders intensiv?
- Möchten Sie andere an Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen – insbesondere auch international – teilhaben lassen?
- Dann schreiben Sie eine Originalarbeit, einen Übersichtsartikel oder einen Fallbericht für die DZZ International – gerne in deutscher und/oder englischer Sprache.

Nähere Informationen zu einer Einreichung finden Sie auf der neuen Website unter **www.online-dzz.com**