

Grundsatzprogramm des
Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK)
zur Abstimmung auf der BDK-Mitgliederversammlung
am 19. September 1998 in Hannover

A. Gesundheits- und sozial- politische Rahmenbedingungen

I. Die Grenzen des Sozialstaates und seiner Finanzierbarkeit sind erreicht

Die künftige Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme erfordern eine durchgreifende Reform des Sozialstaates. Die Sozial-, Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik der vergangenen Jahre hat zunehmend dem Sozialstaat als einer tragenden Säule unseres Verfassungs- und Gesellschafts-systems die Züge eines Bevormundungs- und Versorgungsstaates verliehen. Die wohlfahrtsstaatlichen Strukturen gefährden die Funktionsfähigkeit des Sozialstaates. Die von Teilen des Parteienspektrums immer noch verteidigten Verteilungs- und Bevormundungssysteme erweisen sich immer evidenter als untauglich zur Lösung sozialer Probleme, als ökonomisch und ökologisch unzulänglich. Dieser schleichende Sozialstaatswandel hat die Gesellschaft trotz vieler Bemühungen und Gegensteuerungen der Politik unsozialer gemacht. Anspruchs- und Leistungshypertrophie haben Eigeninitiative und Eigenverantwortung verdrängt, der Wettlauf um die Segnungen des Versorgungsstaates wirkt entsolidarisierend. Die Freiheit der Bürger wird durch wohlfahrtsstaatliche Bevormundung immer weiter beschränkt. Eine übermäßige Steuer- und Abgabenbelastung des einzelnen schränkt die Verfügbarkeit des persönlichen Einkommens und die Bildung von Eigentum stark ein und vernichtet damit Freiheitsspielräume. Die Möglichkeiten der nachkommenden Generation, die Regeln ihres Zusammenlebens selbst zu bestimmen, wird durch Staatsverschuldung und Finanzierungslasten des Systems der sozialen Sicherheit wesentlich begrenzt.

II. Die Notwendigkeit des Umbaus des Sozialstaats ist evident

Nach wie vor gilt:
„Sozialpolitik ist nur möglich,
wenn die Wirtschaft gedeiht!“
(Konrad Adenauer)

Die Zukunft der sozialen Marktwirtschaft und der sozialen Sicherungssysteme hängt von den Produktivkräften der Volkswirtschaft, ihrer Anpassungsfähigkeit an den Wettbewerb auf den nationalen und internationalen Märkten ab. Der Umbau des Sozialstaates und die sozialverantwortete Revision der Gesamtausgaben sind eine entscheidende Voraussetzung, um die Wettbewerbsfähigkeit unserer Volkswirtschaft und die künftige Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme zu bewältigen.

Die wachsenden Ausgaben der sozialen Sicherungssysteme sind allein in Westdeutschland von 1960 mit 69,1 Milliarden DM auf über 1 Billion DM im Jahre 1997, d. h. um das 13fache gestiegen und signalisieren - beim gleichzeitigen Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Leistung um nur das 10fache - den Anpassungsbedarf. Entsprechend hat sich die Sozialleistungsquote, also das Verhältnis der Sozialleistungen zum Bruttosozialprodukt von 22,8% im Jahre 1960 auf etwa 35% im Jahre 1997 erhöht. Während die Sozialabgaben 1960 noch bei 20% lagen, haben sie 1996 erstmals die Schallmauer von 40% des Bruttoarbeitsentgeltes durchbrochen. Vor dem Hintergrund dieser Belastungen sind durchgreifende Reformen im System der sozialen Sicherung unumgänglich, gerade auch um denjenigen zu

helfen, die sich nicht selbst aus eigener Leistungskraft, Verantwortung und mit eigenem Einkommen und Vermögen helfen können.

Solidarische Verantwortung der Gesellschaft auf der einen Seite und die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstvorsorge auf der anderen müssen unter den Zwängen knapper Finanzmittel in ein neues Gleichgewicht gebracht werden. Der Sozialstaat ist eine Ordnung zur Sicherung des Bürgers vor den elementaren Lebensrisiken wie Krankheiten, Alter und Arbeitslosigkeit und muss wieder auf diese Aufgaben zurückgeführt werden. Durch das erreichte Wohlstandsniveau in der Bundesrepublik sind breite Bevölkerungskreise in die Lage versetzt worden, sich stärker als bisher in eigener Verantwortung gegen die wichtigsten Lebensrisiken abzusichern. Der Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstvorsorge kommt vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wachsende Bedeutung zu.

Der Sozialstaat muss so den realen gesellschaftlichen Gegebenheiten und wirtschaftlichen Möglichkeiten angepasst werden.

III. Das Gesundheitswesen auf dem Prüfstand

Sozialpolitik beruht auf normativen Entscheidungen und Wertorientierungen; sie kann nur vor dem Hintergrund klarer ordnungspolitischer Leitvorstellungen verwirklicht werden. Sozialpolitik als soziale Sicherungspolitik muss sich am Leitbild der sozialen Marktwirtschaft orientieren und die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen und Möglichkeiten in sich aufnehmen. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der sozialen Sicherungssysteme ist das Vertrauen in deren Funktionstauglichkeit. Sicherheitsbewusstsein kann sich nur dann einstellen, wenn die realen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Möglichkeiten dieses Vertrauen rechtfertigen. Klare und in sich konsistente sozialrechtliche Regelungen, die auf Beständigkeit angelegt sind, tragen zu dieser Vertrauensbildung bei. Neben der Aufgabe, einen Rahmen des erwünschten und machbaren Sicherheitsniveaus abzustecken, hat Sozialpolitik die Aufgabe, aus der Vielzahl in einer Gesellschaft virulenter Risikosituationen diejenigen auszuwählen, für die öffentlich-rechtliche Schutzeinrichtungen getroffen werden sollen. Dabei gerät soziale Sicherungspolitik als gesellschaftlich organisierte Risikokompensation in einen Zielkonflikt zu einem anderen zentralen gesellschaftlichen Organisationsprinzip, nämlich dem der Eigenverantwortung und den generell knappen Finanzressourcen.

Im Gesundheitswesen ist die Entwicklung gekennzeichnet durch eine kontinuierliche Ausweitung des Leistungskatalogs mit entsprechenden Auswirkungen auf die Finanzierungsgrundlagen. Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit Jahren trotz massiver gesetzlicher Interventionen defizitär geblieben. Die Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmensteigerung klappt weiterhin auseinander. Die Krankenhausausgaben sind in den letzten drei Jahren mehr als doppelt so stark gestiegen wie die Löhne und Gehälter der Versicherten. Aber auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens ist die Kostendynamik ungebremst. Dies zwingt dazu, die Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesundheitsausgaben grundsätzlich zu überdenken. Generell kann die gesetzliche Krankenversicherung wie alle sozialen Sicherungssysteme schon aus finanziellen Gründen nur ein begrenztes Versorgungsniveau anbieten.

Die Ausgabenstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung wird aber vor allem durch

- die demographische Entwicklung,
- den Wandel des Morbiditätspanoramas,
- medizinische Innovationen und
- gesellschaftliche und ökonomische Entwicklungen

bestimmt.

Dem stehen auf der anderen Seite die

- Ausweitung des medizinischen Angebotes durch Medizintechnik und wachsende Ärztezahl,
- gestiegenes Gesundheitsbewusstsein und verändertes „Nachfrageverhalten“ der Bevölkerung und
- Ressourcenknappheit, nicht zuletzt im Hinblick auf die Sicherung des Wirtschaftsstandorts Deutschland im Zeitalter der Globalisierung durch Beherrschung der Lohnnebenkosten,

gegenüber.

Das Prozessgleichgewicht zwischen diesen Faktoren muss durch eine ordnungspolitische Neuorientierung wiederhergestellt werden, die die Grundprinzipien der Systemsteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung verändert:

Dazu gehört

- eine Beschränkung des Leistungskataloges auf den medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf,
- die Ausgliederung von Leistungen, die nicht den Kriterien medizinischer Notwendigkeit entsprechen,
- die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen (Umfang rund 4 Milliarden DM) und ihre Überführung in systemkonforme Steuerfinanzierung,
- Ausbau von Formen der Selbstbeteiligung,
- neue Leistungsrechtsformen, die eine marktgerechte Steuerung des Nachfrageverhaltens ermöglichen (z. B. Festzuschüsse, Wahltarife),
- Vorfahrt für Selbstverwaltung auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenbedingungen, die eigenverantwortliche und fachkompetente Lösungen ermöglichen sowie
- verhaltenssteuernde Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten und sparsamem Inanspruchnahmeverhalten (Bonusregelungen, Beitragsrückerstattungen, Wahltarife, etc.).

B. Struktur- und Steuerungsprobleme in der GKV

I. Marktmechanismen statt sachleistungsorientierter Mittelzuweisung

Die Irrationalität und die Selbstzerstörungstendenz des Wohlfahrtsstaates bestehen vor allem darin, dass in der wohlfahrtsstaatlichen Sozialpolitik nicht die Hilfe für die Bedürftigen das Wesentliche ist, sondern Hilfe für alle zu Lasten fast aller. Eine Umverteilungspolitik, die ihre Segnungen über eine Bevölkerungsmehrheit, unabhängig von ihrem realen Bedarf ausschüttet, führt sich selbst ad absurdum. Das Instrument dieser Umverteilungspolitik in der Krankenversicherung ist das anonyme Sachleistungsprinzip, in dem sich Arzt und Patient nicht mehr in einer dualen privatvertraglichen Vertrauensbeziehung gegenüberstehen, sondern der Arzt als „Amtswalter“ des Sozialversicherungssystems und „Leistungsmittler“ der gesetzlichen Krankenversicherung, der Patient als ein von der Bevormundungsbürokratie Krankenkasse gegängelter „Benutzer“ der „Versorgungsanstalt“ Krankenkasse. Statt individueller Entscheidungsfreiheit für die allgemeine Lebensführung und Eigenverantwortung für die Gesundheit wurde ein engmaschiges System von Gesetzen, Regelungen und Vorschriften entwickelt, das zudem unterfüttert wurde durch ein nicht minder dichtes Netz von sozialen Verhaltensregeln, die alle nach demselben Modell funktionieren: Freikauf von Eigenverantwortung und Solidarität durch Leistung eines Versicherungsbeitrags

in einen anonymen Topf, gegen den Ansprüche geltend gemacht werden können, weil die im Individualrechtsverkehr geltenden Regeln und Hemmschwellen außer Kraft gesetzt sind. Die Rechnung, durch Freiheitsverzicht Sicherheit zu erkaufen, geht nicht auf, weil Geber und Nehmer in diesem System zu 90% identisch sind und wechselseitige Kostgängerbeziehungen schafften, bei denen jeder die Hand in der Tasche des anderen hat. Die zahllosen Interventionen, Übernormierungen und Umverteilungen strangulieren jegliche Initiative und Eigenverantwortung und die von ihr getragenen Marktkräfte. Weil materielle Sicherheit nur durch Wirtschaftswachstum und dieses nur durch Marktfreiheit möglich ist, führt der Freiheitsverzicht in Gestalt von anonymen Großbürokratien und Ausschaltung privat-autonomer Gestaltungsformen nicht zu mehr, sondern mit logischer Zwangsläufigkeit zu weniger Sicherheit. Das wahre Sicherheitsrisiko liegt in einem denaturierten Wohlfahrtsstaat: legitime Sicherheit ist nicht durch weniger, sondern nur durch mehr Freiheit möglich.

Auch der Verfall von Bürgertugenden und sozialer Verantwortung ist die Folge von zunehmender Abhängigkeit von immer mehr Bürgern von immer mehr anonymen Bürokratien und weiter wuchernder bürokratischer Regulierungssucht.

Die Antwort der Gesundheitsplaner auf die zunehmend deutlicher werdenden Widersprüche des Sachleistungssystems ist die verschärfte planwirtschaftliche Steuerung über Budgets, die die Qualität der Versorgung, die wirtschaftliche Existenzgrundlage freiberuflicher Praxen ruinieren. Die Budgetierung - gleich in welchem Gewande sie in Erscheinung tritt, ob als „Globalbudget“, als „sektorales Budget“ oder „strukturiertes Budget“ - verlagert das Morbiditätsrisiko auf die Leistungsträger im Gesundheitswesen und führt zu typisch planwirtschaftlichen Verwerfungen: Fehlallokation von Mitteln, Qualitätsdefizite, Investitionsstops und letztlich Schattenwirtschaft bzw. graue Märkte im Gesundheitswesen. Es ist ein Irrglaube, diese Defizite durch Gegensteuerung mit planwirtschaftlichen Instrumenten, wie Qualitätskontrollen, Tagesprofilen, u. ä. entgegenwirken zu können. Die Folgen eines planwirtschaftlichen Gesundheitswesens lassen sich nicht nur in den untergegangenen sozialistischen Systemen, sondern auch im Scheitern wohlfahrtsstaatlicher Versorgungssysteme in England, Schweden und Dänemark nachweisen. Die freiberufliche Praxis ist auf eine leistungs- und kostengerechte Honorierung angewiesen, um leistungs-, innovations- und investitionsfähig zu bleiben. Risiken, die aus der Morbiditätsentwicklung, der demographischen Entwicklung oder exogenen Entwicklungsprozessen wie aus dem medizinischen Fortschritt resultieren, können nicht auf die freiberufliche Praxis abgewälzt werden. Wenn eine qualitativen Ansprüchen genügende und für den medizinischen Fortschritt offene Versorgung aufrechterhalten werden soll, müssen die gesetzlich verbürgten Honorarkriterien leistungs- und kostengerechter Honorierung die Grundlage sein.

II. Begrenzung des Leistungskatalogs ist unausweichlich

Um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, ist es unausweichlich, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf medizinisch-notwendige Leistungen zu begrenzen, um auch in Zukunft über ausreichende Mittel für gravierende Krankheitsbilder und lebensbedrohliche Risiken verfügen zu können. Ein Sozialstaat, der nicht mehr im Stande wäre, elementare Krankheitsrisiken abzudecken und gravierende Krankheitsbilder einem Kosten-Nutzen-Kalkül nach Maßgabe des Alters, der Lebenserwartung, o.ä. unterwerfen zu müssen, würde zur Inhumanität pervertieren. Die aus anderen Ländern bekannte offene oder verdeckte „Triage“ des Medizinbetriebs, in dem Dialysen, Herztransplantationen, u. ä. für bestimmte Altersgruppen nicht mehr zur Verfügung stehen, darf in der Bundesrepublik nicht Versorgungswirklichkeit werden. Dies setzt klare politische Prioritätensetzungen und Einschnitte im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung voraus, mit der Folge, dass deren Leistungsrecht sich auf die medizinisch notwen-

digen Leistungen konzentrieren, andere Leistungsbereiche, die lediglich dem Wohlbefinden, dem Komfort oder ähnlichem dienen, aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgrenzen muss. Das Notwendige überschreitende Leistungen müssen dem sozialversicherten Patienten als außervertragliche Leistungen zur Verfügung stehen. Der omnipotente Leistungs- und Betreuungsanspruch der Krankenkassen in Gestalt der Sachleistung und des Alles-oder-Nichts-Prinzips muss durch ein differenziertes Leistungsrecht, das den individuellen Bedürfnissen des Versicherten und seinen Wahloptionen Raum gibt, abgelöst werden. Dies setzt voraus, dass das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung in Form von Kostenerstattungsregelungen und Selbstbeteiligungsformen diversifiziert werden muss. Die Eigenverantwortung des Patienten muss weitmöglichst stimuliert werden durch Anreize zum gesundheitsbewussten Verhalten (Bonusregelungen, Beitragsrückerstattungen, etc.) und seine Einbindung in das Leistungs- und Kostengeschehen durch sozial ausgewogene Selbstbeteiligungsformen.

Im Gesundheitswesen wird über eine nicht ausreichend abgestimmte Angebotsstruktur, schwerfälligen Entscheidungsprozeduren, hohe Intransparenz des Leistungsgeschehens bezogen auf Kosten und Qualität, ein Nebeneinander von Über- und Unterkapazitäten in unterschiedlichen Teilbereichen bei insgesamt mangelhaftem Kostenbewusstsein und unterentwickelter Patientenorientierung geklagt. Der administrative Zuteilungscharakter von Gesundheitsleistungen habe zudem kaum Anreize für Bemühungen zur Konsumentenmitwirkung oder Konsumentenschutz gesetzt.

In der Tat tragen die bisher im Gesundheitswesen vorherrschenden Rechtsformen und Leistungsbeziehungen dem Umstand wenig Rechnung, dass es sich im Gesundheitswesen um die Erbringung personenbezogener Dienstleistungen handelt, die nicht ohne den Patienten erfolgreich abgewickelt werden können. Anders als die Produktionsfaktoren und die Produktivität im industriellen Prozess, geht es bei der Erbringung personenbezogener Dienstleistung im Gesundheitswesen um eine Intervention in die körperliche Integrität, aber auch in Kognition, Emotion, Motivation und Verhalten des Patienten. Die Erbringung personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheitswesen hat daher nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine psychologische, soziale und ethische Dimension, auch und gerade wenn es um den Einsatz von Technik zur Kontrolle körperlicher Vorgänge geht. Der Prozess der Dienstleistungserbringung im Gesundheitswesen, der ein hohes Maß an sozialer Kompetenz voraussetzt, ist bestimmt von Ungewissheit über die Angemessenheit der Problemdefinition (Diagnose), von hoher Varianz der eingeleiteten Maßnahmen (Therapie) und von Unsicherheit mit Blick auf deren längerfristige Wirkungen (Prognose). Anders als das industrielle Produkt entzieht es sich eindeutigen Bemessungskriterien der Ergebniskontrolle, weil alles von der Mitarbeit des Patienten abhängt, seiner Motivation bzw. Compliance. Daher muss die Organisation des Behandlungsablaufs dem Umstand Rechnung tragen, dass der Patient als „Konsument“ von Gesundheitsleistungen zugleich „Koproduzent“ der Gesundheitsdienstleistung ist. Folglich müssen privatautonomen Gestaltungselementen in der Zweierbeziehung von Arzt und Patient Vorrang eingeräumt werden gegenüber einer Fremdbestimmung durch die Kassenbürokratie.

Der Zweierbeziehung von Arzt und Patient, der Mitgestaltung und Mitsteuerung des Dienstleistungsprozesses durch den Patienten muss leistungsrechtlich dadurch Rechnung getragen werden, dass die privatvertragliche unmittelbare Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient wieder hergestellt und abgelöst wird vom „Überbau“ des sozialversicherungsrechtlichen Mitgliedschaftsverhältnisses. Arzt und Patient müssen sich in freier Selbstbestimmung auf der Grundlage der professionell vom Arzt zu verantwortenden Diagnose und seinem Therapieversuch für die Behandlung ihrer Wahl entscheiden können, unabhängig vom Leistungsanspruch, den der sozialversicherte Patient gegenüber seiner Krankenkasse hat. Der Patient muss dabei die freie Wahl unter den freiberuflichen Ärzten haben, die in einem freiberuflichen Leistungs- und Qualitätswettbewerb stehen. Kassenseitigen Eingriffen in den freiberuflichen Wettbewerb der Leistungsträger ist entgegenzuwirken, weil die oligopolistische Struktur des Gesundheitsmarktes dazu führen würde, dass sowohl der sozialversicherte Patient als auch der Arzt

als Leistungserbringer in Abhängigkeit vom Kartell der Krankenkassen geriete. Dies wäre das Ende sowohl von Patientensouveränität als auch von Freiheit der Arztwahl und Therapiefreiheit.

III. Vorrang für Prävention und Früherkennung

Prävention und Früherkennung muss gegenüber der Spätversorgung in allen Bereichen des Gesundheitswesens Vorrang eingeräumt werden. Dies gilt insbesondere im Bereich der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, deren Ätiologie und Pathogenese wie kaum andere Krankheitsbilder in ihren Ursachenzusammenhängen erforscht und überwiegend als vermeidbar erkannt sind. Gezielte Prophylaxemaßnahmen schon im frühkindlichen Alter und Früherkennungsmaßnahmen bezüglich Kiefer- und Gebissanomalien können dazu beitragen, teure Spätversorgungen zu vermeiden und zugleich Lebensqualität durch Verhinderung von Spätschäden zu verbessern. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren Maßnahmen der Prävention gerade auch im Bereich der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ausgebaut. Prävention und Früherkennung im Bereich der Kieferorthopädie müssen in Zukunft verstärkt gefördert werden, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Pädiatern und Logopäden. Die Bedeutung von Prävention und Früherkennung muss sich sowohl im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in den Gebührenordnungen niederschlagen. Prävention und Früherkennung dürfen nicht die gebührenordnungsmäßigen Stiefkinder der Krankenversicherung bleiben. Wem es mit Prävention und Früherkennung ernst ist, der muss auch die erforderlichen Mittel bereitstellen, um diese in die Versorgungswirklichkeit implementieren zu können.

- C. Die Bedeutung der Kieferorthopädie in einem sich wandelnden Morbiditätsparanorama und gesellschaftlichen Umfeld

I. Epidemiologische Bedeutung der Gebissanomalien

Die Bedeutung von Gebissanomalien hat zivilisationsbedingt zugenommen. Falsche Ernährung, schädliche Gewohnheiten bei Säuglingen und Kleinkindern, unphysiologische Flaschen- und Beruhigungssauger sowie Milchzahnkaries und frühzeitiger Milchzahnverlust, verursacht insbesondere durch zuckerhaltige Nahrung und sonstige Fehlernährung, tragen ebenso wie genetisch bedingte Zahn- und Kieferfehlstellungen dazu bei, dass nach einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung des Instituts der Deutschen Zahnärzte zum Mundgesundheitszustand der Bevölkerung in der Bundesrepublik lediglich zwischen 5 % und 8 % der 5 - 14jährigen Kinder eine ideale Gebissstruktur aufweisen. Bei dem Rest der Kinder liegen Abweichungen und Fehlstellungen des Kauorgans mit unterschiedlichem Schweregrad vor, ohne dass immer Behandlungsnotwendigkeit bestünde. Je nach den verwendeten Befundungskriterien, der Schweregradeinteilungen, der Untersuchungsarten und der Altersgrenzen schwankten die Angaben zur Verbreitung behandlungsbedürftiger Gebissanomalien. Eine kieferorthopädische Behandlung kann aus medizinischen Gründen geboten oder aus ästhetischen Gründen sinnvoll sein. Aus medizinischen Gründen angezeigt ist eine Behandlung, wenn Schäden vorhanden sind oder spätere Behandlungen vermieden werden können. Die medizinische Indikation umfasst insbesondere die unkontrollierte Zahnbewegung im Lückengebiss, Behinderung der Zahnhygiene durch Zahnfehlstellungen, Störung der Okklusion, fehlender Zahnkontakt („offener Biss“), Sprachbehinderung („Lispeln“), Störung der Beißfunktion und des Lippenschlusses.

Neben dieser medizinischen Indikation kann eine Behandlung sinnvoll und wünschenswert sein, wenn sich der Patient durch das Aussehen seines Gebisses oder

seines Kiefers in ästhetischer Hinsicht gestört fühlt. Dysgnathien können schon zu einem frühen Zeitpunkt erkannt werden. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Entwicklungsstörungen durch Früherkennung und präventive Maßnahmen zu verhindern. Hier sind Erstuntersuchungen im frühen Kindesalter und die regelmäßigen Kontrolltermine beim Kieferorthopäden notwendig.

Die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. In den kommenden Jahren wird sich der Bedarf an kieferorthopädischer Behandlung tendenziell vermindern. Die demographische Entwicklung spielt in der Kieferorthopädie insofern eine spezifische Rolle, als hier die Entwicklung bestimmter Altersgruppen im Mittelpunkt steht, die im wesentlichen als potentielle Patienten in Frage kommen. Es zeichnen sich demographische Veränderungen in dem Sinne ab, dass der Anteil der unter 18jährigen kontinuierlich abnimmt, während der Anteil der Bevölkerung, die 60 Jahre und älter ist, ansteigt. Ursachen hierfür sind im wesentlichen der Rückgang der Geburtenrate seit Mitte der 70er Jahre und die steigende Lebenserwartung. Neben den zu erwartenden strukturellen demographischen Änderungen zeigen aktuelle Prognosen zur Entwicklung der Mundgesundheit, dass sich diese für die Gruppe der Jugendlichen etwa um 20 % verbessern wird. Der aus medizinischen Gründen indizierte Bedarf an kieferorthopädischer Behandlung wird deshalb längerfristig abnehmen. Dem steht auf der anderen Seite eine zu erwartende deutliche Zunahme der Kieferorthopäden von 20 % und mehr bis zum Jahr 2010 gegenüber, wie neueste Untersuchungen belegen. Die Verhältniszahl von behandelnden Kieferorthopäden und potentiellen Patienten wird sich dadurch deutlich verändern. Unabhängig davon steht die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen aus ästhetischen Gründen, die nicht zum Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.

Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung muss der Art und Häufigkeit der Kieferanomalien und Zahnfehlstellungen im Hinblick auf ihre medizinische Behandlungsbedürftigkeit Rechnung tragen. Dabei müssen medizinisch-funktionale Versorgungsformen und Indikationen von den jenseits der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung liegenden, das Notwendige überschreitenden aufwendigen Versorgungsformen und den nur ästhetisch motivierten Behandlungswünschen abgegrenzt werden.

Je mehr die moderne Kieferorthopädie mit wissenschaftlich fortschrittlichen Behandlungsmethoden Behandlungsalternativen zur Verfügung stellt, umso mehr ist der Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung gefordert, strenge Anforderungen an die medizinische Indikation der Behandlungsbedürftigkeit in der Kieferorthopädie zu stellen.

II. Hoher sozialmedizinischer Stellenwert der Kieferorthopädie als Prophylaxe

Der Kieferorthopädie kommt als Prophylaxe in einem frühen Lebensabschnitt ein hoher sozialmedizinischer Stellenwert zu. Insbesondere zur Vermeidung kosten-trächtiger prothetischer Spätversorgungen sollte den jugendlichen Altersgruppen von der gesetzlichen Krankenversicherung eine ausreichende kieferorthopädische Versorgung zur Verfügung gestellt werden, wobei auch hier der Frühbehandlung Vorrang einzuräumen ist. In der Kieferorthopädie kann wie auf kaum einem anderen medizinischen Sektor die Wirksamkeit der Prävention nachgewiesen werden, sowohl im Sinne einer Vermeidung teurer Spätversorgung als auch der Hebung von Gesundheitsniveau und Lebensqualität. Die Instrumente zur Früherkennung und Frühbehandlung sind vom Gesetzgeber und von den Krankenkassen verstärkt zu nutzen, um bei medizinischer Indikationsstellung das präventive Potential kieferorthopädischer Frühbehandlung auszuschöpfen.

III. Kieferorthopädie: Ästhetik und psycho-soziales Wohlbefinden

Auch der ästhetischen Komponente der kieferorthopädischen Behandlung kommt große Bedeutung für das individuelle psycho-soziale Wohlbefinden und die Lebensqualität zu. Zahnfehlstellungen oder Kieferanomalien können auch dann, wenn sie nicht den Schweregrad medizinischer Behandlungsbedürftigkeit erreichen, das persönliche Selbstwertgefühl, insbesondere junger Menschen, und die Beziehung des einzelnen zu seinem sozialen Umfeld erheblich beeinträchtigen. Außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bietet hier die Kieferorthopädie ein fachlich breites und qualifiziertes Spektrum therapeutischer Möglichkeiten an, um ästhetischen Gesichtspunkten und den Bedürfnissen individuellen psycho-sozialen Wohlbefindens Rechnung zu tragen. Die Kieferorthopädie leistet somit nicht nur einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung, sondern auch zur Hebung der Lebensqualität.

D. Die fachliche Entwicklung der Kieferorthopädie in Wissenschaft und Praxis

I. Hoher Standard von Fort- und Weiterbildung

Die Qualität kieferorthopädischer Versorgung kann nur so gut sein wie ihr wissenschaftlicher Standard, die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und die ständige, fachlich qualifizierte und umfassende Fortbildung der Kieferorthopäden. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden erarbeitet Richtlinien für eine umfassende Qualifizierung und Fortbildung der niedergelassenen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie. Auf dem Gebiet der Wissenschaft, Fortbildung und Qualifizierung arbeitet der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden eng mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie und dem Initiativkreis Umfassende Kieferorthopädie zusammen. Durch diese enge Vernetzung von Wissenschaft und Praxis wird der zeitnahe Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungswirklichkeit sichergestellt.

Neben den sich immer weiterentwickelnden neuen Behandlungstechniken muss der Funktionskieferorthopädie der ihr gebührende Stellenwert im Therapiespektrum eingeräumt werden. Gleichzeitig gilt es, weiterführende umfassende Diagnose- und Therapieverfahren allen Kieferorthopäden zugänglich zu machen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit ärztlichen (Frauen- und Kinderärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden) und zahnärztlichen Fachverbänden muss gefördert und ausgebaut werden. Fortschritt in der Kieferorthopädie bedeutet ebenso wie in der medizinischen Wissenschaft, dass sich das Denken anpassen muss an sich ständig erweiternde wissenschaftliche und praktische Erfahrungshorizonte. Wissenschaftlicher Fortschritt bleibt stets auf dem Prüfstand, hat naturgemäß vorläufigen Charakter und bleibt prinzipiell falsifizierbar.

II. Umfassende Kieferorthopädie: Der Mensch im Mittelpunkt

Der Kieferorthopäde greift in ein komplexes System, den menschlichen Organismus ein. Charakteristisch für ein solches System ist der innere funktionale Zusammenhang, der sich einer einseitigen physikalisch-mechanistischen Betrachtungsweise entzieht. Wissenschaft und Praxis der Kieferorthopädie haben daher über eine rein orthodontische Behandlungsweise hinausgehend eine mehr ganzheitliche Orientierung im Sinne umfassender Kieferorthopädie gewonnen. Dies setzt die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Kieferorthopädie voraus.

Darüber hinaus wird eine stärkere Einbeziehung des Patienten in das Behandlungsgeschehen und die Stimulation seiner eigenverantwortlichen Mitwirkung angestrebt. Die Interdependenz von Therapeut, Behandlungsprozess und Patient bedingt, dass beide, Patient und Arzt, aktive Teilnehmer in der Diagnose und in der Therapie sind. In Überwindung eines positivistisch-mechanistischen Ansatzes muss der kieferorthopädischen Wissenschaft, der Praxis und der Weiterentwicklung des Berufsstandes im Kontext des medizinischen Fortschritts bewusst sein, dass Heilbehandlung immer auch abhängig vom Standpunkt des Untersuchers, von seiner Struktur, von seiner Denkweise, seinem Menschenbild, seiner Kultur und seinem Wissen ist und dass der Behandlungserfolg eingebunden ist in die Persönlichkeitsstruktur des Patienten, seine Bereitschaft und Fähigkeit zur Compliance und sein soziales Umfeld.

E. Die Stellung der Kieferorthopädie in der GKV

I. Leistungsumfang am medizinisch Notwendigen orientieren

Leistungsumfang und Altersgrenzen müssen sich in der gesetzlichen Krankenversicherung auch bezüglich der Kieferorthopädie am medizinisch Notwendigen und ökonomisch Ausreichenden bzw. Zweckmäßigen orientieren. Leistungssektoren, die nicht den Kriterien des medizinisch-funktional Erforderlichen genügen, müssen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegrenzt werden. Solche außervertraglichen Leistungen können medizinisch sinnvoll und/oder ästhetisch wünschenswert sein und dürfen deswegen nicht diskriminiert werden, weil sie nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Der Irrglaube der gesetzlichen Krankenversicherung, alles medizinisch Sinnvolle finanzieren zu können, hat vor der Wirklichkeit längst keinen Bestand mehr. Es muss daher das Bewusstsein aller Beteiligten, der Patienten, der Heilberufe, der Krankenkassen und der Politik dafür geschärft werden, dass die GKV als Solidargemeinschaft nur die medizinisch notwendigen Leistungen zu finanzieren hat, dass darüber hinausgehende Leistungen den jeweiligen Wahloptionen des Patienten und seiner individuellen Vereinbarung mit dem Behandler unterliegen.

Die Ausgrenzung des Zahnersatzes aus der gesetzlichen Krankenversicherung und die politisch intendierte Stärkung der Prophylaxe weisen der Kieferorthopädie in Zukunft eine zentrale Rolle in der zahnmedizinischen Prävention zu. Wenn es erklärter Wille der Politik ist, teure Spätversorgungen zu vermeiden, und der Gesetzgeber deshalb altersgruppenspezifisch prothetische Versorgungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert hat, kann vornehmlich die Kieferorthopädie dazu beitragen, durch eine möglichst rechtzeitige Behandlung Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien zu vermeiden und dadurch aufwendige prothetische Spätversorgungen nicht notwendig werden zu lassen. Neben der zahnmedizinischen Prophylaxe zur Vermeidung von Karies und Parodontopathien ist die rechtzeitige kieferorthopädische Behandlung von Dysgnathien der effiziente Weg Kosten zu sparen und durch Prävention gesundheitspolitischen Nutzen zu stiften.

II. Kostenerstattung als adäquate Rechtsform

Alles was der Stärkung der unmittelbaren Zweierbeziehung Arzt-Patient dient, findet die Unterstützung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden.

Das anonyme Sachleistungsprinzip entfaltet in der gesetzlichen Krankenversicherung keine anspruchs- und leistungsbegrenzende Steuerungswirkung und reglemen-

tiert immer stärker die Arzt-Patienten-Beziehung. Das Sachleistungsprinzip anonymisiert die Leistungsbeziehungen und verschleiern die Kostenverantwortlichkeiten. Das Kostenerstattungssystem ist demgegenüber die einzige angemessene, dem Leitbild des „mündigen Bürgers“ entsprechende Leistungsform der gesetzlichen Krankenversicherung. Es erzeugt Transparenz des Leistungsgeschehens unter aktivem Einbezug des Patienten und stimuliert seine Kostenmitverantwortung. Für die kieferorthopädische Behandlung ist die Kostenerstattung im Hinblick auf Leistungs- und Kostentransparenz, Eigenverantwortung und Stärkung der Zweierbeziehung zwischen Kieferorthopäden und Patient die adäquate Rechtsform.

Dabei fordert der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden die uneingeschränkte Kostenerstattung aller Leistungssektoren, d.h. die unmittelbare Vertragsbeziehung und den direkten Zahlungsweg zwischen Kieferorthopäden und Patient ohne Einschaltung von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen oder Körperschaftsgestützten Zahlungsmittlern. Kostenerstattung setzt die unmittelbare Vertragsbeziehung zwischen dem Arzt, der eine Dienstleistung erbringt, und dem Patienten, der die Leistung bezahlt, voraus. Künstliche Abtretungskonstruktionen oder Einzugsermächtigungen über Körperschaften oder körperschaftsnahe Organisationen denaturieren den gesetzlichen Zweck der Kostenerstattung, die Stärkung der Zweierbeziehung Arzt-Patient und des Kostenbewusstseins. Die Eliminierung privat-autonomer Gestaltungsformen aus der Arzt-Patienten-Beziehung hat sich als ordnungspolitisch verfehlt erwiesen.

Darüber hinaus ist in der Kieferorthopädie eine sozial-verträgliche Selbstbeteiligung zur Stärkung der „Compliance“ unerlässlich, weil der Behandlungserfolg in der Kieferorthopädie von der Mitarbeit und Motivation der jugendlichen Patienten und ihrer Eltern abhängt. Die Selbstbeteiligung kann auch mit Anreizen kombiniert werden, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Entscheidend bleibt, dass die Höhe der Selbstbeteiligung bzw. des Erstattungsanreizes ausreichend sein muss, um ein Eigeninteresse der Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten am Behandlungserfolg zu stimulieren.

III. Einzelleistungsvergütung - die sachgerechte Honorierungsform

Die kieferorthopädische Behandlung besteht aus konkret abgrenzbaren individuellen ärztlichen Leistungen, für die die Einzelleistungsvergütung die einzige adäquate, d.h. leistungs- und kostengerechte Honorierung dargestellt. Fall- oder Kopfpauschalen, Komplexvergütungen, degressive Punktwerte oder Budgets sind leistungsfeindlich und qualitätszerstörend und werden vom Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden abgelehnt, weil sie die Existenzgrundlagen freiberuflicher Praxen und damit ein freiheitliches Gesundheitswesen zerstören. Die ausschließlich am Grundlohn orientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen und ihre leistungs- und qualitätsfeindlichen Varianten verschiedener Form der Budgetierung haben zu unvermeidbaren Realwertverlusten der Vergütung geführt. Nur eine den gesetzlichen Angemessenheitskriterien genügende Einzelleistungsvergütung kann Grundlage für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung sein. Mit Nachdruck muss vor einer Politik gewarnt werden, die vertragszahnärztliche Vergütungen in ein Korsett wie auch immer gearteter Budgets zwingt und einem planwirtschaftlichen Zuteilungs- und Zwangsbewirtschaftungssystem unterwirft. Ein unbegrenztes Leistungsangebot und eine ungesteuerte, vom Kieferorthopäden kraft gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtung zu erbringende Leistungsmenge können nicht aus staatlich reglementierten Budgets zu Lasten einer leistungsgerechten Vergütung finanziert werden, wenn nicht die Qualität der Leistung, die wirtschaftliche Existenz der Leistungsträger und medizinische Innovationen zum Nachteil des Patienten auf der Strecke bleiben sollen. Das gleiche gilt für Vergütungsformen wie Komplexgebühren oder Fall- bzw. Kopfpauschalen, die das Risiko der Leistungsmenge und damit der Morbidität auf die Leistungs-

erbringer abwälzen. Wer die Einzelvergütung beseitigt, unterminiert die Grundlagen eines qualitätsorientierten Versorgungssystems.

IV. Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung: Garanten eines freiheitlichen Versorgungssystems

Die wirtschaftliche Existenzfähigkeit der freiberuflichen Praxis muss langfristig gesichert bleiben. Dies setzt eine von staatlicher oder kassenbürokratischer Bevormundung freie Beziehung zwischen dem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und seinem Patienten voraus. Die freie Arztwahl des Versicherten, die Therapiefreiheit des Kieferorthopäden und die Wahlrechte des versicherten Patienten dürfen ebenso wenig zur Disposition des Kostenträgers stehen wie die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Berufsangehörigen. Voraussetzung hierfür ist, dass die freiberuflichen Grundlagen des Versorgungssystems gesichert bleiben. Die zunehmende öffentlich-rechtliche Präformierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Rechtsstellung des Kassenarztes, die dem Vertragsarzt einen amtsähnlichen Status als „Organwalter“ der Krankenversicherung zuweisen und ihn zunehmend in fremdbestimmte Systemzwänge einbinden, bezeichnen Syndrome eines schleichenden Systemwandels, der zur Auszehrung der freiberuflichen Grundlagen des Versorgungssystems führt. In engem Zusammenhang damit steht die Frage, ob das Berufsbild des den sozialversicherten Patienten versorgenden Arztes weiter in die Richtung seiner Instrumentalisierung für das System der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt wird oder ob die politische Bereitschaft und politische Durchsetzungsmöglichkeit besteht, die freiberuflichen Elemente ärztlicher Berufsausübung zu reaktivieren. Diese Fragen sind bereits durch die Forderung nach Zulassungsbeschränkungen neu aufgeworfen worden. Sie liegen jedoch im Grunde weit vor solchen massiven Eingriffen in die Berufsfreiheit: Die zunehmende Regelungsichte der Einzelpflichten, die man dem Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt in den vergangenen Jahren auferlegt hat, von Altersgrenzen seiner Zulassung bzw. Berufstätigkeit bis hin zu einem überbordenden Kontrollinstrumentarium, zeigt dringend Deregulierungsbedarf auf und erfordert eine umfassende Bestandsaufnahme, inwieweit diese Regelungsmuster zu den notwendigen Erfordernissen zählen, um die vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen oder ob nicht der Hintergrund dieser Reglementierungssucht in den ideologischen Positionen politischer Gruppierungen und Machtansprüchen der Sozialbürokratie zu sehen ist.

Die freiberufliche Praxis braucht Rahmenbedingungen, die es den Berufsangehörigen erlauben, längerfristig disponieren zu können und nicht einer Flut ständig sich ändernder bürokratischer Regelungen ausgesetzt zu sein. Der rechtsstaatlich und grundrechtlich verbürgte Vertrauensschutz darf auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und im Kassenarztrecht nicht zu Lasten der Berufsfreiheit und der wirtschaftlichen Existenzgefährdung freiberuflicher Praxen relativiert werden.

Dies setzt voraus, dass die Forderung nach „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ Realität wird und die Selbstverwaltung die Kompetenzen erhält, eigenverantwortlich und frei von staatlicher Gängelung fachkompetente, innovative Lösungen für die Probleme des Gesundheitswesens zu entwickeln. Selbstverwaltete Strukturen im Gesundheitswesen und insbesondere die Selbstverwaltung der freien Heilberufe sind ein Garant für ein freiheitliches Versorgungssystem, das durch Bürger- und Problemmähe, durch Gestaltungskompetenz der Betroffenen und fachlich qualifizierten den Bedürfnissen der Bevölkerung am besten gerecht wird und sich - auch im internationalen Vergleich und historischer Betrachtung - allen anderen Systemen als weitaus überlegen erwiesen hat.

V. Einkaufsmodelle und Kassenallmacht sind wettbewerbs- und qualitätsfeindlich

Gefahren für ein freiheitliches Versorgungssystem der Freiberuflichkeit der Praxen drohen nicht nur durch staatlich Überreglementierung, sondern auch durch Omnipotenzansprüche der Krankenkassen. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden lehnt daher Einkaufsmodelle oder Managed-Care-Systeme der Krankenkassen nachdrücklich ab, weil sie den Kieferorthopäden in Abhängigkeit vom Oligopol der Krankenkassen bringen und die Machtbalance zwischen Leistungs- und Kostenträgern einseitig zu Gunsten der Krankenkassen verschieben würden. Es darf nicht im Belieben der Krankenkassen stehen, welchen Kieferorthopäden sie zur Behandlung sozialversicherter Patienten zulassen bzw. zu welchen Konditionen der einzelne Behandler seine Leistungen erbringt. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden beobachtet mit Sorge, dass die Krankenkassen zunehmend die Forderung erheben, mit einzelnen Heilberufsangehörigen oder Gruppen von Heilberufen in vertragliche Beziehungen zu treten mit dem Ziel, durch Lockangebote einzelne Berufsgruppen der Heilberufe zu entsolidarisieren. Freiberuflicher Wettbewerb muß ein Leistungs- und Qualitätswettbewerb im Bemühen um den Patienten sein und darf nicht zum ruinösen Preiswettbewerb um Zulassungs- oder Behandlungskonditionen der Krankenkassen denaturieren. Wettbewerb setzt ordnungspolitische Rahmenbedingungen voraus, die gleiche Wettbewerbschancen ermöglichen und den einzelnen nicht der Nachfrageübermacht des Krankenkassenkartells ausliefern. Die Krankenkassen dürfen ihre Nachfragemacht nicht dazu einsetzen, einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Heilberufen in Abhängigkeitsverhältnisse zu drängen und durch Intervention in das Arzt-Patienten-Verhältnis den Patienten aus vordergründigen Interessen eines „Krankenkassenstaates“ bevormunden zu wollen.

F. Berufsrecht und fachliche Qualifikationen der Kieferorthopäden

I. Wissenschaftliche und fachpraktische Qualifikationen unerlässlich

Kieferorthopädie setzt wissenschaftliche und fachpraktische Qualifikation in gleicher Weise voraus. Die fachärztliche Qualifikation des weitergebildeten und qualifizierten Fachzahnarztes für Kieferorthopädie muss berufsrechtlich geschützt bleiben. Der Patient darf nicht durch unspezifische Zusatzbezeichnungen über nachgewiesene fachliche Qualifikationen getäuscht werden. Ein bloße Fortbildung in der Kieferorthopädie ohne abgeschlossene Weiterbildung wird dem Anspruch auf eine dem ärztlichen Berufsrecht und internationalen Standards entsprechende Qualifizierung nicht gerecht.

Die universitäre Ausbildung ist unverzichtbarer Bestandteil der Weiterbildung des Kieferorthopäden. Eine rein praxisbezogene Weiterbildung würde den wissenschaftlichen Anforderungen nicht genügen und das Weiterbildungsniveau unzulässig absenken. Auch im Hinblick auf die europäische Entwicklung, die europaweite Niederlassungsfreiheit und zunehmend auch Freizügigkeit der Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen mit sich bringt, ist es unerlässlich, dass die fachärztliche Kompetenz des Kieferorthopäden nicht verwässert wird. Gerade im Interesse des Konsumenten- bzw. Patientenschutzes muss derjenige, der kieferorthopädische Behandlung in Anspruch nimmt, auf die nachgewiesene Kompetenz des weitergebildeten qualifizierten Fachzahnarztes vertrauen können. Der internationale hohe Standard der deutschen Kieferorthopädie lässt sich nur aufrechterhalten, wenn sich, wie bisher, wissenschaftliche und fachpraktische Qualifikation ergänzen.

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden strebt eine enge Verzahnung zwischen Wissenschaft und Praxis an, um den hohen fachlichen Standard durch ständige Fortbildung zu erhalten und den zeitnahen Transfer wissenschaftlicher Innovationen in den Versorgungsalltag der Praxis sicherzustellen.

Zu diesem Zweck arbeitet der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden eng mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fortbildungsinstitutionen, insbesondere der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie und dem Initiativkreis Umfassende Kieferorthopädie zusammen.

II. Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden fördert Qualitätsverbesserungen

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden unterstützt alle Bemühungen um eine Qualitätsverbesserung der kieferorthopädischen Versorgung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufsangehörigen. Insbesondere fördert der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden die Prozess- und Strukturqualität der kieferorthopädischen Behandlung durch interkollegiale Zusammenarbeit und Qualitätszirkel. Eine fremdbestimmte Qualitätskontrolle mit dem Ziel werkvertragsähnlicher Erfolgsgarantie wird nachdrücklich abgelehnt, weil diese mit medizinischer Heilbehandlung unvereinbar ist. Ärztliches Handeln unterliegt Dienstvertragsrecht und bleibt der Lege-Artis-Behandlung verpflichtet. Der Patient als Vertragspartner und nicht eine anonyme Kontrollbürokratie ist Bezugssubjekt und Maßstab der Behandlungsqualität. Als Mitträger und Mitgestalter des Behandlungsprozesses darf der Patient nicht zum Objekt mechanistischer Qualitätsmessung degradiert werden, sondern muss in seiner Rolle als aktiv am Behandlungsprozess Mitwirkender, als „Koproduzent“ der Dienstleistung ernst genommen werden. Dies gilt im besonderen Maße für die Kieferorthopädie, die wie kaum ein anderer medizinischer Leistungssektor auf ständige Patientenmitarbeit angewiesen ist.

Kontinuierliche und fachspezifisch nachweisbare Fortbildung wird als ein Instrument der Qualitätssicherung begrüßt, um den hohen Leistungsstandard der kieferorthopädischen Praxen und ihr ständiges Bemühen um Qualitätsverbesserung unter Beweis zu stellen.

Das Praxislabor ist integraler Bestandteil kieferorthopädischer Berufsausübung. Der Kieferorthopäde ist aufgrund seiner universitären Ausbildung, die ihn zur labortechnischen Fertigung kieferorthopädischer Geräte befähigt, zur Führung eines Praxislabors qualifiziert. Das kieferorthopädische Praxislabor muss erhalten bleiben, weil es Kieferorthopädie „aus einer Hand“ im Sinne qualitätsorientierter, patienten- und praxisnaher Versorgung bedeutet. Die Einheit von Diagnose, Behandlungsplanung, Therapie und technischer Umsetzung erleichtert die Integration zahntechnischer Leistung in den Behandlungsablauf, bedeutet Zeit- und Qualitätsgewinn für den Patienten. Nicht zuletzt werden durch die enge Verzahnung von Behandlungsabläufen und apparativ-technischen Prozessen Qualitätsvorteile erzielt.

G. Kieferorthopädie und Privatversicherung

I. Zeitnahe Anpassung der Gebührensätze unerlässlich

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch in der Privatversicherung eine zeitnahe Anpassung der Gebührensätze an die allgemeine wirtschaftliche

Entwicklung und die Kostenentwicklung der Praxen unerlässliche Voraussetzung für eine qualitativ hochstehende Versorgung, für leistungsfähige Praxen und die wirtschaftlichen Grundlagen freiberuflicher Praxisführung. Die Anpassungsblockade des letzten Jahrzehnts bezüglich der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist eine versorgungspolitisch und verfassungsrechtlich unverträgliche Beeinträchtigung freiberuflicher Praxen. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden fordert die Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, mit einer kostengerechten Anpassung der Gebührenordnung den verfassungsgemäßen Zustand herzustellen, der den freiberuflichen Praxen der Heilberufe ebenso wie allen anderen Freiberuflern, Gewerbetreibenden oder Arbeitnehmern eine leistungs- und kostenadäquate Vergütung garantiert. Das Berufsethos des Freiberufes darf nicht in dem Sinne überstrapaziert werden, dass Leistungen zu nicht kostendeckenden Gebühren abverlangt werden. Auch die freiberufliche Praxis muss mit der allgemeinen Kosten- und Einkommensentwicklung Schritt halten, um leistungs- und investitionsfähig zu bleiben.

Dies gilt gerade auch für die Praxen in den neuen Bundesländern, für die eine rasche Angleichung der GOZ-Gebührensätze an das Niveau der alten Bundesländer unerlässlich ist.

II. Vertragsgebührenordnung ist systemfremd und widerspricht Privatautonomie

Eine Vertragsgebührenordnung mit schiedsamtlicher Schlichtung wird abgelehnt, weil sie verkrustete und bürokratische Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung in sachwidriger Weise auf die Privatversicherungen übertragen würde. Im Mittelpunkt der Privatbehandlung steht die duale Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient. Die Konditionen des ärztlichen Behandlungsvertrages müssen der Eigenverantwortung und privatautonomen Gestaltung von Arzt und Patient überantwortet bleiben und dürfen nicht durch Kollektivverträge mit Zwangsschlichtungen überlagert werden. Die Kollektivierung der Vertragsbeziehungen hat in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer unerträglichen Regelungshypertrophie, kaum noch überschaubaren bürokratischen Instanzenzügen und einer Ent-Persönlichung der Arzt-Patienten-Beziehung geführt. Es wäre ein verhängnisvoller Irrweg, diese gescheiterten Strukturen auf die private Krankenversicherung übertragen zu wollen. Der genau gegenteilige Weg ist richtig: Stärkung der Privatautonomie, der Selbstbestimmung, der Mündigkeit und der Eigenverantwortung. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden wendet sich gegen die schleichende Vergesellschaftung der Privatbehandlung durch Prädominanz der Kostenträger, die letztlich über die Höhe ihres Erstattungssatzes die Behandlungskonditionen und die Honorarhöhe diktieren wollen. Dies wäre das Ende der Vertragsfreiheit in der Privatbehandlung und würde die Privatversicherung völlig der gesetzlichen Krankenversicherung angleichen.

In der privaten Krankenversicherung muss die Leistungserbringung gegenüber den Patienten von der Erstattung durch Privatversicherer oder Beihilfe getrennt werden. Der Patient und nicht die Versicherung oder der Staat ist Bezugsperson und Vertragspartner des Arztes. Die Überlagerung der völlig unabhängig voneinander bestehenden Rechtskreise Arzt-Patient und Patient-Versicherer bzw. Beihilfestelle unterhöhlt die privatvertragliche Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Die Gebührenordnung darf nicht zum Bestimmungsfaktor dieser privaten Vertragsbeziehung gemacht werden. Insbesondere die freie Vertragsgestaltung unabhängig von dieser Gebührenordnung muss als Ausfluss der grundgesetzlich garantierten Vertragsfreiheit erhalten bleiben. Die Gebührenverordnung muss von Beihilferegelungen, die der jeweiligen Liquidität des Staatshaushaltes und fiskalischen Erwägungen unterliegen, entkoppelt werden. Es ist nicht einsichtig, dass die Vergütung ärztlicher Dienstleistungen, die der Privatpatient als Auftraggeber

des Arztes schuldet, in Abhängigkeit stehen soll von Liquiditätserwägungen der Beihilfestellen, die völlig außerhalb der Rechtsbeziehung angesiedelt sind.

III. Vertragsfreiheit muss gewährleistet bleiben

Die private Gebührenordnung muss den Grundsätzen der Privatautonomie entsprechen, das heißt, Vertragsfreiheit zwischen Arzt und Patient sicherstellen und darf nicht zunehmend sozialversicherungsrechtlichen Strukturmustern angeglichen werden. Die private Gebührenordnung für Zahnärzte darf nicht zum siamesischen Zwilling des Bewertungsmaßstabs der gesetzlichen Krankenversicherung denaturieren. Dies setzt voraus, dass nicht Gewinnmaximierungsinteressen der Versicherungswirtschaft und beihilferechtliche Sparaspekte die Vertragsbeziehung Arzt-Patient Fremdbestimmen. Die Systemzwänge der Sozialversicherung, die die Zweierbeziehung Arzt-Patient in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ersticken drohen, dürfen nicht im neuen Gewande finanzwirtschaftlicher Belange von Versicherern und Beihilfestellen die Privatbehandlung überwuchern.

H. Kieferorthopädie in Europa

I. Chancen des Einigungsprozesses nutzen!

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden begrüßt die mit dem europäischen Einigungsprozess einhergehende Zusammenarbeit mit allen europäischen Kollegen. Er fördert daher aktiv die Ziele der kieferorthopädischen Berufsverbände auf europäischer und internationaler Ebene und arbeitet insbesondere in europäischen und internationalen kieferorthopädischen Verbänden mit.

Die Freizügigkeit in Europa erleichtert die interkollegiale Zusammenarbeit, den wissenschaftlichen Austausch und eröffnet neue Chancen einer wettbewerbsoffenen, qualitätsorientierten, internationalen Standards entsprechenden Versorgung in einer freiheitlichen europäischen Gesellschaftsordnung. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden bejaht daher die Niederlassungsfreiheit der Kieferorthopäden in der Europäischen Union unter der Voraussetzung, dass die Gleichwertigkeit der Weiterbildungsvoraussetzungen gesichert ist. Die Weiterbildung muss auf fachlich hohem Niveau europaweit gewährleistet sein. Der europäische Bürger muss auch auf dem kieferorthopädischen Versorgungssektor die Gewissheit haben, dass mit der Fachzahnarztqualifikation des Kieferorthopäden europaweit ein hoher weiter Bildungsstandard verbunden ist.

Die Kieferorthopädie entspricht in besonderem Maße den auf Prävention abgestellten europäischen Gesundheitszielen des Europäischen Rates und der EU-Kommission und muss ihrer Bedeutung entsprechend im medizinischen Versorgungsspektrum positioniert werden. Wenn der Gedanke der Prävention in der Mundgesundheit ernst genommen werden will, muss gerade der Kieferorthopädie als der präventiven Versorgungsform schlechthin ein angemessener Platz auch in der künftigen Entwicklung des europäischen Gesundheitswesens eingeräumt werden.

II. Freizügigkeit soll zu Patientensouveränität und nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen

Die Freizügigkeit von Personen, Kapital, Waren und Dienstleistungen darf in der Sozialversicherung nicht zu Wettbewerbsverzerrungen der Inanspruchnahme durch Gesundheitstourismus in unterschiedlich strukturierten sozialen Sicherungssystemen führen. Die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist zu begrüßen, weil sie den Menschen in Europa größere Freizügigkeit und Mobilität verschafft und nationale, bürokratische, leistungsrechtliche Hemmnisse sprengt. Zahlreiche planwirtschaftliche Regulative des Kassenarztrechts wie Altersgrenzen, Praxisübergaberegeln, Bedarfs- und Honorarrestriktionen, Wirtschaftlichkeitskontrollen o. ä. werden dadurch obsolet. Der mündige europäische Bürger wird durch eine Liberalisierung des Leistungsrechts auch als „Nachfrager“ von Gesundheitsleistungen autonom im Sinne der Patientensouveränität, die sich von Kassenbevormundung und bürokratischen Genehmigungsvorbehalten löst. Damit darf jedoch keine sachwidrige Harmonisierung der auf unterschiedlicher wirtschaftlicher Leistungskraft, sozialen und kulturellen Traditionen beruhenden sozialen Sicherungssysteme oder ein wettbewerbsverzerrendes Gegeneinanderausspielen der Leistungsträger verbunden sein. Versuche der Krankenkassen, Freizügigkeitsregelungen für Dumping-Preisregelungen in der zahnmedizinischen bzw. kieferorthopädischen Versorgung zu missbrauchen, ist entgegenzuwirken. Gerade weil die deutschen Kieferorthopäden den europäischen Vergleich nicht zu scheuen brauchen und der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen positiv gegenüberstehen, wenden sie sich entschieden dagegen, dass Krankenkassen auf die freie Arztwahl der Bürger in Europa Einfluss nehmen und Freizügigkeitsregelungen für ihre Machtinteressen missbrauchen wollen. Im übrigen gilt auch für die europaweite Inanspruchnahme medizinischer Leistungen das, was im Inland in gleicher Weise gilt, dass nämlich nicht vordergründige Preisaspekte allein das Maß der Dinge sind, sondern dass beim hochsensiblen Gut Gesundheit, Qualitäts- und Vertrauensaspekte im Vordergrund stehen. Dies gilt auch für den europaweiten Bezug zahntechnischer Leistungen, der auch beim kieferorthopädischen Labor nach wie vor Qualitätsaspekte hervorheben muss.

I. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden - die kompetente Interessenvertretung aller deutschen Kieferorthopäden

I. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden vertritt alle deutschen Kieferorthopäden

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden ist die durch ihren satzungsmäßigen Auftrag umfassende, durch Mitgliederzahl und Organisationsgrad legitimierte, kompetente Interessenvertretung aller deutschen Kieferorthopäden, unabhängig davon, ob sie ihren Beruf in freier Praxis, im Angestelltenverhältnis oder in Forschung und Lehre ausüben.

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden vertritt die kieferorthopädischen Belange gegenüber der Politik, den Krankenkassen und sonstigen Versicherungsträgern und innerhalb der verfassten Zahnärzteschaft.

Ein starker und kompetenter Berufsverband aller Kieferorthopäden ist heute wichtiger denn je, weil auf die Kieferorthopädie eine Fülle neuer Herausforderungen zukommt:

- Bei der unausweichlichen Umgestaltung der sozialen Versicherungssysteme gilt es, den Stellenwert der Kieferorthopädie im medizinischen Versorgungssystem, insbesondere auch im Hinblick auf präventive Relevanz und sozialmedizinische Bedeutung, neu zu definieren und abzugrenzen gegenüber dem Spektrum ästhetischer Versorgungsformen.

- Die fachzahnärztliche Kompetenz des Kieferorthopäden muss durch Qualität der Weiterbildung gefestigt und in ihrer Identität rechtlich geschützt bleiben.
- Die Leistungs- und Vergütungsstruktur kieferorthopädischer Behandlung muss sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung wie in der privatärztlichen Versorgung adäquat weiterentwickelt und gegenüber Pauschalierungs- und Budgetierungsformen zugunsten einer leistungs- und kostengerechten Einzelleistungsvergütung weiterentwickelt werden.
- Die Förderung der Frühbehandlung muss weiter verfolgt und wissenschaftlich begleitet werden.
- Die europäischen Herausforderungen müssen sowohl hinsichtlich der europaweiten Weiterbildungsvoraussetzungen entsprechend internationalem Standard als auch bezüglich grenzüberschreitender Formen der Inanspruchnahme bewältigt werden.

II. Angemessene Repräsentanz in den zahnärztlichen Körperschaften unerlässlich

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden fordert eine angemessene Repräsentanz in den zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, die für das Berufsrecht, die vertragsrechtlichen sowie vergütungs- und versorgungspolitischen Belange der Kieferorthopäden zuständig sind. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden bejaht die Einheit mit dem zahnärztlichen Berufsstand, muss in den Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften jedoch die spezifisch fachlichen Belange der Kieferorthopädie und die berufspolitischen Interessen der Kieferorthopäden als Fachzahnarztgruppe zur Geltung bringen können. In den Vorständen von Kammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen muss daher satzungsgemäß ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie repräsentiert sein, um die fachlichen und beruflichen Belange der Kieferorthopäden kompetent vertreten zu können. In Fragen der Kieferorthopädie kann nicht an den fachlich-wissenschaftlichen Erfahrungen und berufspolitischen Interessen der mit Abstand größten zahnärztlichen Fachzahnarztgruppe vorbei Berufspolitik gestaltet werden. In berufsrechtlicher Hinsicht ist dies durch den Fachzahnarztstatus vorgezeichnet. In vertragsrechtlicher Beziehung hat der Gesetzgeber die kieferorthopädische Versorgung leistungsrechtlich eigenständig ausgestaltet, so dass auch unter diesem Aspekt eine spezifische kieferorthopädische Interessenrepräsentanz unerlässlich ist.

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden ist sich bewusst, dass nur in enger berufspolitischer Zusammenarbeit mit den zahnärztlichen Berufskollegen und in ständiger Abstimmung mit den Vertretern der kieferorthopädischen Wissenschaft eine erfolgreiche Berufspolitik zu verwirklichen ist. Nur die Geschlossenheit unserer Fachzahnarztgruppe im Berufsverband ermöglicht es uns, nach außen mit einer Stimme zu sprechen, und unsere Belange gegenüber der Politik, den Krankenkassen und der sonstigen gesundheits- und sozialpolitischen Öffentlichkeit zu artikulieren. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden bietet mit seinem Grundsatzprogramm allen an der gesundheitlichen Versorgung interessierten gesellschaftlichen Gruppierungen, insbesondere den Vertragspartnern und politischen Parteien, den Dialog über die notwendige Weiterentwicklung des Versorgungssystems an. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden erklärt seine Bereitschaft, aus seiner Mitverantwortung für einen medizinischen Versorgungsbereich auf der Grundlage dieses Grundsatzprogramms zur notwendigen gesundheits- und sozialpolitischen Neuorientierung in einer sich unter veränderten wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen wandelnden Gesellschaft beizutragen. Er appelliert an alle politisch Verantwortlichen, die in den vergangenen Jahren eingeleiteten Reformbemühungen fortzusetzen und dem sozialen Gesundheitssystem neue Impulse in Richtung auf freiheitlichere Strukturen und größere Eigenverantwortung aller Beteiligten zu geben. Nur so kann die tiefgreifende

Systemkrise unserer gesundheitlichen Versorgungsstrukturen überwunden werden. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden wird alle Bemühungen unterstützen, die auf den weiteren Abbau verkrusteter bürokratischer Strukturen und Regelungsapparaturen hinauslaufen, die der Qualitätsverbesserung der Versorgung dienen, die Leistungs- und Kostentransparenz erhöhen und die unmittelbare Zweierbeziehung zwischen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und Patienten stärken. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden fühlt sich einem, die Eigenverantwortung von Arzt und Patient respektierenden, auf freiberuflicher Praxisführung beruhenden selbstverwalteten Gesundheitswesen verpflichtet. Diese Werteorientierung ist Prüfstein künftiger Reformen und Maßstab der Verbandsaktivitäten an der Schwelle zum Übergang in ein neues Jahrhundert.