

## Die Ursachen für qualitative Defizite in der Zahnheilkunde – Bestandsaufnahme und Analyse

- 1.) **Kontrollfreier Raum:** Die Zahnärzte werden sowohl nach bestandenen Examen, als auch nach Beendigung ihrer Assistenzzeit nie wieder auf ihre tatsächliche Behandlungsqualität überprüft. Sie sind nur sich selbst verantwortlich und können (fast) machen, was sie wollen. Im Gegensatz dazu existieren in der Industrie und der freien Wirtschaft, wo einem Verbraucher eventuell unmittelbar Gefahr an Leib und Leben drohen könnte, strenge Kontrollen und Auflagen. (Airline, Automobilbranche, Schlachtereien usw.)
- 2.) An den Universitäten wird praktisch fast jeder – unabhängig von seiner persönlichen Motivation, Eignung oder Qualifikation durchgewinkt. Eine Siebung bzw. Selektion in Form eines nicht bestandenen Examins findet nur in den seltensten Fällen statt.
- 3.) Und selbst, wenn ein Zahnarzt später bei einem Behandlungsfehler erwischt wird, zahlt i.d.R. seine Haftpflichtversicherung, oder der Zahnarzt muss nur das Honorar zurückzahlen.
- 4.) Es existieren praktisch keine Entzugsverfahren der Zulassung oder Approbation aufgrund schlechter Qualität.
- 5.) Es existiert (leider) **kein Zentralregister** – wie z.B. das Flensburger System, das alle gesammelten Mängelrügen registriert und ab einer gewissen Anzahl eine genauere und unangemeldete Überprüfung der Behandlungsqualität vornimmt, und gegebenenfalls die Approbation entzieht.
- 6.) Dentallabore berichten überwiegend, dass ihre Kunden verlangen, dass sie auf jeden noch so schlechten Unterlagen (beschliffener Zahn und Abformungen) arbeiten. Der Wunsch des Dentallabors nach einer präziseren Präparation und einer exakteren Abformung bleibt vielfach unerfüllt. So nutzen viele Zahnärzte das wirtschaftliche Abhängigkeitsverhältnis aus, denn sie liefern den Laboren ein hohes monatliches Auftragsvolumen, auf das die Laborinhaber zur Erfüllung ihrer sozialen Verantwortung für das Personal nicht verzichten können. Auch hat bei vielen Laboren eine gewisse Kapitulation und Resignation eingesetzt, die sie damit begründen, dass der Zahnarzt/in es einfach nicht besser kann.
- 7.) Sehr viele Zahnärzte/innen liefern den Zahntechnikern nicht nur schlechte Unterlagen, sie setzen den Patienten die zwangsweise daraus entstehende mangelhafte Arbeit auch noch ein, denn sie müssen für eine prothetische Arbeit nur zwei Jahre Gewährleistung übernehmen. Die gesundheitlichen Folgeschäden werden jedoch fast ausschließlich **erst nach Ablauf der Gewährleistungsfrist entdeckt**.
- 8.) Praxislabore: Manche Praxen führen ein Praxislabor, das die Kronen und Brücken herstellt. Da der Praxisinhaber die Laborkosten selbst zu tragen hat, ist er bestrebt, dass eine Arbeit immer beim ersten Mal passt und nicht auf seine Kosten erneuert werden muss, da eine Erneuerung auf Kosten des Praxisinhabers geht. Daher werden in solchen Praxen auch mittelmäßige oder mangelhafte Arbeiten eingesetzt, um eine Neuanfertigung zu Lasten des Praxisinhabers zu vermeiden. Die Zahnärzte wissen, dass solch eine Arbeit in der Regel die gesetzliche Gewährleistungsfrist von zwei Jahren überdauert, sodass eine Neuanfertigung dann wieder zu Lasten der Krankenversicherung (und des Patienten) abgerechnet werden kann. So kann man systemisch prinzipiell davon sprechen, dass eine mangelhafte Arbeit in absehbarer Zeit wieder zu einem Folgeauftrag führt. Das System ernährt sich also selbst.
- 9.) Die Gutachter werden von den Landesvertretungen (KZV) benannt, kommen also aus den eigenen kollegialen Reihen. Durch diese Konstellation entsteht in meinen Augen ein klarer Interessenskonflikt.
- 10.) Auch setzen manche Gutachter nicht die notwendigen strengen Qualitätskriterien an den zu überprüfenden Zahnersatz an, wie sie beispielsweise an den Universitäten gefordert und überprüft werden. Sonst würden wahrscheinlich über 90% allen Zahnersatzes moniert werden. Es gilt das Prinzip des Ausreichenden, Wirtschaftlichen und Zweckmäßigen. Es reicht tatsächlich, wenn der Zahnersatz nur zwei Jahre und ein Tag hält.

Häufig arbeiten die Gutachter selbst nicht mit einem so hohen Qualitätsanspruch, oder sie sind selbst nicht (mehr) in der Lage, die extrem hohen Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

- 11.) Die zahntechnischen Labore wurden in der Vergangenheit durch Kürzungen ihrer Vergütungsliste BEL II in den 90er Jahren finanziell so gebeutelt und an die Wand gedrückt, dass sie fast auf jeden Zahnarzt als Kunden angewiesen sind. Es besteht eine direkte wirtschaftliche Abhängigkeit. Daher schweigen die Zahntechniker i.d.R. zu jeder schlechten Präparation und Abformung, um den Kunden nicht zu verärgern. Denn der Wettbewerb ist hart und der Mitbewerber um die Ecke wartet nur darauf, dass der andere einen Fehler macht und er in die Geschäftsbeziehung einsteigen kann.
- 12.) Die i.d.R. hochmotivierten und idealistischen jungen Zahnärzte und Zahnärztinnen konnten (und mussten) sich in den Universitätskliniken für jeden Patienten ausreichend Zeit nehmen und jeden Arbeitsschritt *lege artis* ausführen. Es herrschte kein wirtschaftlicher Druck. Alle Behandlungen wurden vor Beendigung noch einmal durch einen Assistenten und danach durch einen Oberarzt streng überprüft. Im Gegensatz zu den Zahnärzten aus dem europäischen Ausland, die sich sogar ohne jegliche Überprüfung ihrer Eignung und Behandlungsqualität theoretisch sofort in Deutschland niederlassen dürfen, müssen alle deutschen Zahnärzte vor Beantragung der Kassenzulassung zur Gründung einer eigenen Praxis erst einmal zwei Jahre Assistenzzeit in einer anderen Kassenpraxis absolvieren. Dort sollte die postgraduelle Fort- und Weiterbildung eigentlich weitergehen. Stattdessen kommen die Zahnärztinnen und Zahnärzte nach bestandenen Examen i.d.R. in Praxen herein, die aufgrund der geringen Vergütungssituation eine völlig andere Ausrichtung haben, und zwar weg von der Qualität hin zum schnellen und - für die Praxis - wirtschaftlichen Arbeiten. Offiziell werden sie als Ausbildungsassistenten eingestellt, de facto sind sie Entlastungsassistenten, die sich in kürzester Zeit in den hektischen Praxisalltag einfinden sollen und möglichst schnell arbeiten müssen. Ab dem Zeitpunkt ist eine gründliche und gewissenhafte Arbeitsweise weder möglich noch überhaupt erwünscht. Dort machen die Jungzahnärzte die Erfahrung, dass die Qualität weder überprüft, noch in irgendeiner Weise sanktioniert wird. Sie sind praktisch frei von jeder (störenden) Kontrolle. In manchen Praxen existiert ein Praxismanagement oder ein – für den Patienten unsichtbar - ablaufendes Zeitkontingent auf dem PC-Monitor, das pro Patient und unabhängig von der notwendigen Leistung nicht überschritten werden darf. Die pro Patient und Behandlung benötigte Zeit wird teilweise gemessen und dokumentiert, um die finanzielle Wirtschaftlichkeit von Mitarbeitern zu überprüfen. Die eventuell vom Praxisinhaber verursachten Behandlungsfehler dürfen vom Assistenten nicht kommentiert oder kritisiert werden. Er ist - teilweise sogar per Arbeitsvertrag - dazu verpflichtet, zu allen Situationen, Umständen und Vorkommnissen zu schweigen. Eine abschließende Überprüfung der tatsächlichen Behandlungsqualität nach Abschluss der Assistenzzeit findet ebenfalls nicht statt.
- 13.) **Wirtschaftlicher Druck** : Das zur Deckung der fixen und variablen Praxiskosten zuzüglich Gewinn notwendige und erzielbare Honorar ist nicht im Ansatz zu erwirtschaften, wenn ein Behandler gründlich und gewissenhaft arbeitet, alle notwendigen Arbeitsschritte einhält und persönlich erbringt. Daher werden häufig manche notwendige Arbeitsschritte weggelassen oder an das dazu nicht befähigte Personal delegiert. In der gesparten Zeit kann der Zahnarzt im Nebenzimmer einen anderen Patienten behandeln. Die Folge ist „Masse statt Klasse“ und Fließbandarbeit, worunter die Qualität nachweisbar leidet.
- 14.) Der Mangel an persönliche Voraussetzungen: Um die teilweise extrem schwierigen und aufwendigen Behandlungen am Patienten durchführen zu können, benötigt der Behandler nicht nur eine hervorragende und teure technische Ausrüstung, sondern er

muss auch einige charakterliche und körperliche Voraussetzungen erfüllen. Er muss hervorragend ausgebildet sein und über ein enormes Fachwissen verfügen, das er über sein ganzes Berufsleben bereit ist, zu erweitern.

Er muss sehr gut sehen können (oder mit Lupenoptiken arbeiten), und er muss ein sehr hohes Maß an technischem Verständnis und räumlichem Vorstellungsvermögen haben.

Er muss über eine sehr hohe manuelle Geschicklichkeit, Fingerfertigkeit und taktile Feinmotorik verfügen. Darüber hinaus müssen seine Sinne – vor allem der Tastsinn und eine Art „sensibles feedback“ sehr gut ausgebildet sein, die ihm feinste Antworten über Bewegungen, Krafrichtungen und Kraftgrößen, die Beschaffenheit von Oberflächen und andere physikalische Faktoren geben.

Er muss ständig bereit sein, mit äußerster Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit bis an die Grenzen zu gehen und nicht vor plötzlich auftretenden Schwierigkeiten zu kapitulieren.

Und er muss über sehr viel Erfahrung, Ideenreichtum und Kreativität verfügen, die ihm in jeder Situation genügend Handlungsreserven bieten, um auch unvorhergesehene klinische Situationen zu beherrschen.

Kurz gesagt, er muss ein routinierter, souveräner und leidenschaftlicher „Meister“ seines Faches sein.

Allein mathematisch gesehen ist sehr unwahrscheinlich, dass alle 72.000 Zahnärzte in Deutschland diese Voraussetzungen erfüllen und auf sich vereinen.

Hinzu kommt, dass man für viele der oben genannten persönlichen Fähigkeiten eine gewisse Begabung haben muss, die man nicht erlernen oder studieren kann.