



Jan Hendrik Halben (Foto: Steven Haberland)

## Brauchen wir jetzt Qualitätskriterien?

Bereits Ende der 80er Jahre fand sich nach einer zahnärztlichen Fortbildung in Hamburg eine Gruppe von Kollegen zusammen, die primär das schlechte Ansehen unseres Berufsstandes beklagte. Mit der fachlichen Hilfe eines Kommunikationstrainers analysierten wir das Erscheinungsbild der Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit. Es wurde schnell deutlich, dass die Sicherung der Qualität zahnärztlicher Leistungen die entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit war.

Die Überzeugung, dass die Höhe der Honorare für eine zahnmedizinische Leistung nicht nur durch mündliche Qualitätsversprechen zu rechtfertigen sei, sondern diese Versprechen auch, wo möglich, belegbar sein sollten, wurde dann später von der Privatzahnärztlichen Vereinigung Hamburgs (P.Z.H.) aufgegriffen. Fünf Mitgliedspraxen initiierten 2003 mehrere Workshops, um ein an der DIN EN ISO 9001 orientiertes Qualitätsmanagement-System (QMS) in ihren Praxen zu installieren. Zusätzlich sollten fachliche Standards im Sinne von Qualitätskriterien die Umsetzung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse innerhalb des QMS gewährleisten.

Gleich zu Beginn der Beschäftigung mit der Übertragung der Industrienorm ISO 9000 auf die ambulante Zahnarztpraxis zeigte sich ihr wesentlicher und auch demotivierender Mangel: Deren alleinige Beschäftigung mit der Prozessqualität beeinflusst die Behandlungs-(Ergebnis-)Qualität nur in begrenztem Maße. Bei der Übersetzung der ISO 9000 auf eine Arztpraxis reicht das Austauschen des Begriffs „Kunde“ durch „Patient“ nicht aus, um der Besonderheit des Arztberufes an dieser Stelle Rechnung zu tragen. Die Umsetzung der mittlerweile vorhandenen gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung durch professionelle externe Trainer und Zertifizierer wird aber leider kaum mehr leisten können.

Die Diskussion hierüber in der Gruppe der Hamburger Privatzahnärzte machte aber auch deutlich, wie unterschiedlich die Kollegen ihre eigenen Schlüsse aus Fachliteratur und Fortbildungen ziehen und in den eigenen Behandlungskonzepten umsetzen. Mit dem Versuch, sich auf einheitliche, für alle verbindliche Behandlungsrichtlinien zu einigen, war die Gruppe überfordert.

Es ist meine Überzeugung, dass eine hohe Prozessqualität oder ein hoher Organisationsgrad einer Zahnarztpraxis die Vo-

raussetzung für ein gutes Behandlungsergebnis darstellen. Darüber hinaus wird die Bedeutung der manuellen Geschicklichkeit des Arztes vielfach überschätzt. Die fachliche Kompetenz und ihr Erhalt auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft scheinen da wichtiger zu sein. Die überragende Bedeutung für die Qualität der Behandlung von Patienten liegt jedoch in der ethisch-moralischen Integrität des Arztes. Insofern unterscheidet sich die Arztpraxis von jedem anderen Dienstleistungsunternehmen, das nur durch das Streben nach Überschüssen oder Anerkennung allein definiert sein könnte.

Integrität ist nicht messbar. Ohne fachliche Zielvorgaben bleibt Integrität aber orientierungslos.

Der von deutschen Hochschullehrern häufig bemühte Hinweis auf die „Regeln der Kunst“ ist sehr vage und lässt viele Interpretationsmöglichkeiten zu. Eine für die klinischen Behandlungen sehr wünschenswerte Orientierung an greifbaren, einheitlichen Normen, Standards oder Leitlinien, die von der Bundeszahnärztekammer oder der Hochschullehrerkonferenz in Übereinstimmung erarbeitet sein könnte, gibt es in Deutschland nicht. Nachdem man sich bereits in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in Großbritannien auf fachliche Standards einigte, initiierte die Schweizerische Zahnärztesellschaft (SSO) im Jahr 2000 in Basel eine Konsensus-Konferenz, um fachliche Qualitätskriterien in der Zahnmedizin zu definieren. Das resultierende Handbuch wurde 2005 überarbeitet und ist hierzu z. Zt. das aktuellste in Europa. Und da auf Deutsch veröffentlicht, wäre es geeignet, die Grundlage einer fachlichen Orientierung für Zahnärzte auch in Deutschland zu bilden. Die Verpflichtung, sich an diese Kriterien zu halten, ist beispielsweise ein Aufnahmekriterium der *Neuen Gruppe*.

Die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre machen es aus meiner Sicht zunehmend erforderlich, auch in Deutschland fachliche Standards oder Leitlinien zu definieren, um festzustellen, dass es erstens unterschiedliche Qualitäten gibt und zweitens, dass die Entscheidung für ein bestimmtes Niveau auch einen damit im Zusammenhang stehenden Aufwand nach sich zieht. Wir können für angeblich hohe Qualität nicht entsprechend hohe Honorare erwarten, wenn wir nicht in der Lage sind, diese primär überhaupt zu definieren. Es könnte sich daraus ein kleines Korrektiv ergeben in einer Dis-

kussion, die doch sehr von Kosten und Budgets bzw. von Honorarforderungen geprägt ist.

Leider ist die aktuelle Dynamik, unterschiedliche Qualitäten zu definieren, aus verschiedenen Gründen gering.

1. Die Zahnärztekammern:

Unseren Ständesvertretern ist durchaus der Wunsch nach angemessener Honorierung überdurchschnittlicher Leistungen bekannt. Trotzdem scheint die Politik der Kammern in erster Linie auf den Erhalt der Anzahl der Praxen zu zielen. Der resultierende Trend zur Mittelmäßigkeit lässt aber nur wenig Freiheit für die aufwändigere (bessere?) Therapie. Unsere Repräsentanten sind in dieser Frage zweifellos auch für die ganze Zahnärzteschaft repräsentativ, und dies ist zu respektieren: für eine derartig veränderte, qualitätsabhängige Honorierung gibt es keine Mehrheit.

2. Die Krankenkassen und -versicherungen:

Auch die Kosten erstattenden Stellen werden kein Interesse an höheren Kosten für bessere Leistungen haben: Einerseits wirbt es sich gut mit dem Slogan: „Wir zahlen das Beste“. Andererseits bedeutet die höhere Qualität auch nicht unbedingt langfristig geringere Kosten. Die heutige Konvergenz von GKV und PKV ist nur verständlich: Weshalb sollte eine private Krankenversicherung für eine Leistung höhere Honorare akzeptieren als in der GKV, wenn sie nicht sicher sein kann, dass der Patient dafür eine bessere Qualität erhält.

3. Das Gesundheitsministerium:

Der Minister hat vielleicht, wie auch seine VorgängerInnen in eigener Erfahrung keine überdurchschnittliche Zahnmedizin kennen gelernt. Die aus finanziellen Gründen notwendige Einschränkung der Qualität auf ein ausreichendes Maß wird er besonders in Zeiten des Wahlkampfes überdies nur ungern öffentlich bekennen. Die Deutschen haben (erfreulicherweise) traditionell einen hohen Anspruch an die Zahnmedizin. Es gibt kein anderes Sozialversicherungssystem, das Zahnersatz in dem Maße bezuschusst wie unseres –

wahrscheinlich nirgendwo sonst hat ein Regierungschef in seiner Regierungserklärung die Zahnmedizin erwähnt (*Gerhard Schröder*: „Ich möchte nicht, dass man den Status der Bürger an den Zähnen erkennen kann“).

Die Erfahrungen aus der Schweiz sind aber trotzdem verlockend: durch die im Internet verfügbaren Qualitätskriterien haben die Patienten die bei ihnen selbst durchgeführten Maßnahmen besser beurteilen gelernt, mit dem Ergebnis, dass fachlich schwächeren oder weniger integeren Kollegen in Zugzwang geraten sind. Darüber hinaus stieg durch die öffentliche Wahrnehmung der Leistungsfähigkeit moderner Zahnmedizin das Ansehen der Zahnärzte allgemein. In der Folge verliefen die Verhandlungen über die neuen Taxpunktswerte leichter.

Heute werden Honorarhöhen nicht mehr nur nach dem Aufwand bewertet. Wenn die Kosten für Kompositfüllungen, Sinuslift oder endodontische Behandlungen nach gerichtlichen Klärungen ausufern, werden diese bei neuen Honorarfestsetzungen reduziert oder eingefroren. Wenn wir weiter in noch lukrative Bereiche der Zahnmedizin flüchten, ist die Reaktion vorhersehbar.

Die Definition fachlicher Qualitätskriterien könnte uns in diesem Umfeld wieder „in Ballbesitz“ bringen und stellt sich für mich als unsere große Chance dar, Entwicklungen im zahnmedizinischen Bereich des Gesundheitswesens wieder mit beeinflussen zu können. Wenn die Schweizer das können, dann können wir das auch!

Hätten wir das nicht schon längst tun sollen? 



Jan Hendrik Halben  
Präsident der *Neuen Gruppe*