

„Wenn Sie diese Zahnlücke nicht behandeln lassen, fallen Ihnen bald alle Zähne aus!“

Hamburger Zahnärzte: Wie gründlich untersuchen sie und wie gut beraten sie zum Thema Zahnersatz?

Im Herbst 2012 besuchte eine Patientin 30 Zahnärzte¹ – je zehn in den Hamburger Stadtteilen Poppenbüttel, Rotherbaum und Wilhelmsburg. Sie wollte sich zum Zustand ihrer Zähne und zum Umgang mit einer Zahnlücke beraten lassen. Gleichzeitig konnte sie beobachten, ob Zahnärzte in reichen und armen Stadtteilen unterschiedlich beraten.

Das Wichtigste in einem Satz: Von den 30 Zahnärzten erfüllte keiner alle Kriterien, die wir vorher zusammen mit drei Referenzzahnärzten aufgestellt hatten. 63% (19 Zahnärzte) bestanden (Schulnoten 1 bis 4), 37% (11 Zahnärzte) fielen aber durch.

Nur 40% prüften die Tiefe der Zahnfleischtaschen. Eine Zahnärztin warnte, beim Verzicht auf Zahnersatz würden in den nächsten 10 bis 20 Jahren alle Zähne ausfallen; erst würden die Nachbarzähne in die Lücke kippen, später würden alle anderen Zähne instabil. Doch sowohl unsere Referenzzahnärzte als auch mehr als die Hälfte der besuchten Zahnärzte beurteilten den Zustand der Zahnlücke als unbedenklich.

Nur 30% meinten, dass die Zahnlücke der Patientin regelmäßig kontrolliert werden sollte. Auf Risiken beim Einsatz eines Implantats gingen nur 7% ein – keiner wies darauf hin, dass das ein invasiver chirurgischer Eingriff ist; meist wurde gar nichts genauer erklärt oder sogar von einem „einfachen, schmerzlosen Eingriff“ gesprochen. Nur wenige (29%) klärten über die verschiedenen geeigneten Materialien für Zahnersatz auf. Zudem führten zwei Praxen gar keine Anamnese durch und zwei Zahnärzte trugen bei der Untersuchung keine Handschuhe.

Im Stadtteilvergleich erzielten die Zahnärzte in Rotherbaum die höchste Gesamtpunktzahl vor Wilhelmsburg und Schlusslicht Poppenbüttel, wo erwartungsgemäß die meisten teuren Vorschläge gemacht wurden.

Fazit: Die Beratungsqualität ist überwiegend mittelmäßig bis schlecht – etwas mehr als ein Drittel der besuchten Zahnärzte erreichte weniger als 50% der möglichen Punkte und fiel damit durch. Die Erstuntersuchung wurde oft lückenhaft durchgeführt, zu den Möglichkeiten und Kosten bei Zahnersatz wurde unvollständig beraten und in den Heil- und Kostenplänen finden sich große Preisunterschiede – von mehreren hundert bis fast tausend Euro für dieselbe Leistung.

1 In diesem Text sind mit „die Zahnärztin“ und „die Zahnärzte“ immer beide Geschlechter gemeint.

Hintergrund

Zur zahnärztlichen Behandlung gehört auch eine umfassende Beratung, von der richtigen Mundhygiene bis zu Alternativen beim Zahnersatz. Schon 2001 bemängelte ein Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit, im Rahmen zahnärztlicher Behandlung stünden häufig notwendige und nicht notwendige Maßnahmen nebeneinander.² Patienten wissen jedoch zu wenig, um die Notwendigkeit einer Behandlung beurteilen zu können, und müssen der Beratung ihrer Zahnärztin vertrauen.

2004 betonte die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, wie wichtig die Beteiligung der Patienten ist und dass ohne ihr Mitwirken langfristige Präventionsziele nicht erreicht werden können. Als Ziel nennt sie dabei auch die „Förderung der sozialen und berufsethischen Verantwortung des zahnärztlichen Berufsstandes“.³

Ähnliche Untersuchungen

1. Das Institut für angewandte Verbraucherforschung (**IFAV**) und das Wissenschaftliche Institut der AOK (**WIdO**) untersuchten 1999 „die Befunderhebung im Vorfeld der Zahnersatzplanung“ (Unterschiede, Qualität), wie Behandlungs- und Therapiepläne aussehen, inwieweit sie sich in Leistung und Kosten unterscheiden und ob es Patienten möglich ist, „sich Transparenz zu verschaffen“ und eine informierte Entscheidung für das beste Angebot zu treffen.⁴ Mit 20 Probanden wurden 199 Zahnärzte getestet. Die Ergebnisse zeigten, „dass die Grundannahmen – gemeinsame Befunderhebungsmethoden, gleicher Befund, gleiche Therapie, vergleichbare Heil- und Kostenpläne etc. – in einem hohen Maße nicht zutreffen.“ Vor allem die Qualität der Befunderhebung zeigte große Defizite und die Schätzungen der Material- und Laborkosten in den Heil- und Kostenplänen waren alles andere als transparent.⁵
2. Eine Untersuchung der Zeitschrift **Öko-Test** zur Beratungsqualität von Zahnärzten offenbarte 2004 erneut erschreckende Ergebnisse. So zeigten sich unnötige Behandlungen (z.B. immer wieder durchgeführte Zahnsteinbehandlungen), große Unterschiede in den Heil- und Kostenplänen (die Kostenvoranschläge für die Behandlung ein und desselben Gebisses reichten von 175 bis 9.130 Euro), eine starke Inkonsistenz bei Diagnose und Befunden sowie eine starke Abweichung vom Referenzbefund (er wurde im Lauf der Untersuchung kein einziges Mal wiederholt).⁶
3. Die Redaktion Marktcheck des Südwest-Rundfunks (**SWR**) wollte im Frühjahr 2012 wissen, wie gut die Zahnvorsorge-Untersuchung funktioniert. Ein Reporter besuchte verschiedene Zahnarztpraxen und war erstaunt über die unterschiedliche Qualität der Untersuchungen. Nur ein Drittel der Zahnärzte hatte das kariöse Gebiss richtig beurteilt.⁷

2 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=336> (29.11.2012)

3 <http://www.kzvb.de/mundgesundheits-der-deutschen-bevoelkerung.8.de.html> Seite 1 (29.11.2012)

4 IFAV/WIdO (Hrsg.) Bauer/Huber: Markttransparenz beim Zahnersatz – Befunde, Therapiepläne und Kostenschätzungen im Vergleich; Bonn 1999. Seite 11.

5 IFAV/WIdO (Hrsg.) Bauer/Huber: Markttransparenz beim Zahnersatz – Befunde, Therapiepläne und Kostenschätzungen im Vergleich; Bonn 1999. Seite 214.

6 <http://www.oekotest.de/cgi/index.cgi?artnr=32058;bernr=06;co=> (5.12.2012)

7 <http://www.swr.de/marktcheck/essen/zahnarzttest/-/id=2248976/mpdid=9272912/nid=2248976/did=9272912/rbfu5b/index.html> (9.1.2013)

4. Ein Bericht des **NDR** vom September 2012 enthielt unter anderem einen Test zahnärztlicher Beratung. Auch hier offenbarten sich gerade bei den Heil- und Kostenplänen große Unterschiede – beim Eigenanteil der Patientin von 0 bis 3.400 Euro. Die mit den Ergebnissen konfrontierte Bundeszahnärztekammer sah keinen Handlungsbedarf und verwies auf ein hohes Befundungsniveau.⁸

Methode

Die Auswahl: 30 Zahnärzte in 3 Hamburger Stadtteilen

Wir hatten die Wahl unter ca. 1.900 Zahnärzten in Hamburg.⁹ Erstens wollten wir ihre Beratung nach vorher festgelegten Kriterien bewerten. Zweitens interessierte uns, ob und wie sich die Beratung in „reichen“ und „armen“ Stadtteilen unterscheidet. Anhand der Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein, das für Hamburg einen Landesdurchschnitt von 6,1% für Arbeitslose¹⁰ und 13,61% für Ausländer¹¹ ausweist, wählten wir unter den mehr als 100 Hamburger Stadtteilen¹²

- **Wilhelmsburg** als „armen“ Stadtteil mit hohem Anteil an Arbeitslosen (11,1%) und Ausländern (33,5%),¹³
- **Poppenbüttel** als „reichen“ Stadtteil mit einem niedrigen Arbeitslosen- (2,4%) und Ausländeranteil (5%)¹⁴ sowie
- **Rotherbaum** irgendwo dazwischen mit eher niedrigem Arbeitslosen- (3,2%) und durchschnittlichem Ausländeranteil (14,1%).¹⁵

Die Auswahl von 10 Zahnärzten pro Stadtteil erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Zum Zeitpunkt unserer Untersuchung gab es

- in Wilhelmsburg 11 Zahnarztpraxen¹⁶ und 50.472 Einwohner¹⁷, das sind 4.588 Einwohner pro Zahnärztin,
- in Poppenbüttel 27 Zahnarztpraxen¹⁸ und 22.349 Einwohner¹⁹, also 828 Einwohner pro Zahnärztin,
- in Rotherbaum 30 Zahnarztpraxen²⁰ und 15.782 Einwohner²¹, was mit 526 Einwohnern pro Zahnärztin den geringsten Durchschnittswert ergibt.

8 <http://www.ndr.de/unternehmen/presse/pressemitteilungen/pressemeldungndr10965.html> (5.12.2012)

9 Statistikamt Nord, 2010 (http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_ib06_jahrtab52.asp) (19.12.2012)

10 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 14

11 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 9

12 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 7

13 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 52

14 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 158

15 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 92

16 <http://www.gelbeseiten.de/zahnarzt/hamburg,wilhelmsburg#> Stand: 17.9.2012

17 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 52

18 <http://www.gelbeseiten.de/zahnarzt/hamburg,poppenbuettel> Stand: 17.9.2012

19 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 158

20 <http://www.gelbeseiten.de/zahnarzt/hamburg,rotherbaum#> Stand: 17.9.2012

21 http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf, Seite 92

Wir wissen zwar nicht, wie viele Menschen beim Zahnarztbesuch zwischen den Stadtteilen pendeln. Dennoch hebt sich Wilhelmsburg mit fast zehnmal soviel Einwohnern pro Zahnärztin sehr deutlich von Rotherbaum und auch Poppenbüttel ab.

Die Patientin

Unsere Patientin hatte zum Zeitpunkt des Tests keine Schmerzen, nur leichte Verspannungen im Kieferbereich, und sie berichtete über nächtliches Knirschen, jedoch ohne Schmerzempfinden oder sonstige Einschränkungen. Vor einem Jahr war ihr der Zahn 16 gezogen worden. Die Zahnlücke bereitete ihr keine Probleme und sie wollte sie – sowohl aus finanziellen Gründen als auch aus Angst vor Zahnarztbesuchen – am liebsten so lang wie möglich ohne Zahnersatz lassen. Außerdem ist sie starke Raucherin (ca. 20 Zigaretten pro Tag).

Bewertungskriterien

„Der Patient bestimmt, was Qualität ist.“²²

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)²³ findet sich keine genaue Auflistung der einzelnen Elemente einer eingehenden Erstuntersuchung. Denn die einzelnen Schritte der Eingangsuntersuchung sind in hohem Maße von der individuellen Situation abhängig. Dementsprechend nennt die Fachliteratur verschiedene Bestandteile der zahnärztlichen Befunderhebung, die jedoch nicht in jedem Fall relevant sind.²⁴ „Das Ausmaß der zahnärztlichen Befunderhebung richtet sich ähnlich der Anamnese nach dem Hauptanliegen des Patienten“²⁵ und ist somit auch abhängig von seinem Mundgesundheitszustand. Bei der Befunderhebung findet eine „Abstufung“ der diagnostischen Schritte statt. Dies kann im Idealfall helfen, willkürliche Therapiemaßnahmen zu vermeiden. Auch weist ein bestimmter Befund nicht in jedem Fall auf eine Behandlungsbedürftigkeit hin. „Vielmehr müssen die einzelnen Daten hinsichtlich ihrer Bedeutung oftmals unterschiedlich gewichtet werden.“²⁶

Wir haben daher in Zusammenarbeit mit drei Referenzzahnärzten eine Liste der in diesem konkreten Fall notwendigen und sinnvollen Bewertungskriterien erstellt. Sie können unterteilt werden in Aspekte zur Anamnese-Erhebung, zur Untersuchung und Kariesdiagnostik sowie zur anschließenden Beratung, vor allem hinsichtlich der Zahnlücke und ihrer eventuellen Versorgung mit Zahnersatz. Dabei achteten wir neben medizinischen Aspekten – und hier vor allem der deutlichen Aufklärung über die Risiken jeder möglichen Behandlung – auch auf wirtschaftliche Aspekte, auf die Frage nach der Materialwahl beim Zahnersatz und auch auf den individuellen „Leidensfaktor“ (u.a. wie sehr leidet die Patientin unter der Zahnlücke, wie schmerzempfindlich ist sie, welche Folgen wären nach einem größeren Eingriff zu erwarten...).

22 Kolling, P.; Muhle, G. Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis, 2008. Schattauer Verlag. Stuttgart. Seite 20.

23 BEMA 2012, <http://www.kzbv.de/index.download.260b0e146c5d86c40fcc2c279a954509.pdf> (6.12.2012)

24 Der „Gesamtbefund“ kann unterteilt werden in den extraoralen Befund (Röntgenbefund, Funktionsbefund, Zustand der Haut oder Augen und allgemeine medizinische Befunde) und den intraoralen Befund (Mundhygienebefund, Parodontalbefund, endodontologischer Befund, Zahnbefund, Schleimhautbefund). Weber, T. Memorix Zahnmedizin. 2010 Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart. Seite 100.

25 Weber, T. Memorix Zahnmedizin. 2010. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart. Seite 100.

26 Heidemann, D. (Hrsg.). Praxis der Zahnheilkunde. Bd. 1. Check-up und Prävention. 2005. Elsevier GmbH. München. Seite 6.

Referenz Zahnärzte

Drei Zahnärzte sollten eine objektive Grundlage für unsere Beurteilung bereitstellen. Wir ließen drei Referenzbefunde erstellen, je einen bei einem Kassenzahnarzt, einem Privatzahnarzt und einem Zahnarzt im öffentlichen Dienst. Auf diese übereinstimmenden Befunde bauen die Kriterien auf, nach denen wir die Leistungen der 30 besuchten Zahnärzte bewerten.

Allgemeine Kriterien für alle Zahnärzte

Für die folgenden Kriterien konnten alle 30 getesteten Zahnärzte 1 bis 4 Punkte erlangen, für sehr wichtige Fragen 4, für normal wichtige 2 und für unter bestimmten Umständen entbehrliche einen Punkt (in Klammern hinter dem jeweiligen Kriterium). So konnten insgesamt 28 Punkte erreicht werden.

Eine gute Zahnärztin sollte in der **Anamnese** auf jeden Fall fragen nach

- Allergien, (2)
- Vorerkrankungen, (2)
- Medikamenten-Einnahme, (2)
- der letzten Röntgenaufnahme (1)
- und Gewohnheiten („Habits“) wie z.B. Knirschen (1).

Durch die ersten drei Fragen kann sichergestellt werden, dass bei Behandlungen keine Reaktionen auf Medikamente auftreten, Behandlungen nicht durch bestehende Vorerkrankungen oder eingenommene Medikamente beeinflusst werden und keine Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten auftreten. Die Frage nach der letzten Röntgenaufnahme ist zur Vermeidung übermäßiger Strahlenbelastung relevant, wenn die Zahnärztin im Rahmen ihrer Untersuchung weitere Aufnahmen für sinnvoll hält. Bei unserer Patientin wäre nur mit Röntgenbild eine vollständige Beurteilung des Zustands der Zahnücke möglich. Da dies jedoch nicht bei allen Patienten zutrifft, gab es hier nur einen Punkt. Gewohnheiten („Habits“) sind ebenfalls in bestimmten Fällen relevant: Bei starkem Knirschen können Abschleif-Spuren an den Zähnen festgestellt werden. Aber auch bei weniger starkem Knirschen kann die Frage wichtig sein, wie im Fall unserer Patientin: Obwohl das Knirschverhalten noch keine starken Schäden an den Zähnen verursacht hatte, könnte es bei Keramikronen zu Problemen führen.

Die eingehende **Untersuchung** sollte enthalten:

- Inspektion der Zähne mit Spiegel und Sonde, (2)
- Inspektion des Zungengrundes und der Schleimhäute, (1)
- Messen des Parodontalen Screening Indexes PSI (Testverfahren auf Parodontitis) (2)
- und eine Bisskontrolle (2).

Die Kriterien orientieren sich an den Vorgaben des BEMA (Nr. 01), demzufolge eine „eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ vorgesehen ist. Anhand der Inspektion von Zähnen, Zungengrund und Schleimhäuten können pathologische Veränderungen erkannt werden, bis hin zu Hinweisen auf systemische Erkrankungen wie Leukämie oder Geschlechtskrankheiten. Der Parodontale Screening Index kann in diesem Rahmen

alle zwei Jahre abgerechnet werden (BEMA Nr. 04).²⁷ Eine Bisskontrolle mit Okklusionsprüffolie ist nicht immer angezeigt, im Fall unserer Patientin hielten die Referenzzahnärzte jedoch zumindest eine einfache Kontrolle der Kontaktsituation der Zähne in der Schlussbisslage (ohne Okklusionsprüffolie) für sinnvoll, da sich so beispielsweise feststellen lässt, ob der gegenüberliegende Zahn im Unterkiefer noch von den Nachbarzähnen der Zahnücke im Oberkiefer abgestützt wird oder ob die Gefahr besteht, dass er „hoch wandert“.

In der **Beratung** zur Frage, ob und wie die vorhandene Zahnücke mit Zahnersatz versorgt werden könnte, sollten die Zahnärzte außerdem

- die Frage der Patientin, ob die Zahnücke zunächst unversorgt bleiben könne, bejahen, (2)
- alle Zahnersatz-Alternativen zunächst ohne Wertung beschreiben,²⁸ (4)
- die voraussichtlichen Kosten verschiedener Zahnersatz-Formen offenlegen, (1)
- über mögliche Probleme bei einer unbehandelten Zahnücke aufklären – die Nachbarzähne können in die Lücke kippen und sich schließlich lockern und ausfallen oder der gegenüberliegende Zahn kann aufgrund mangelnden Widerstands nach oben wandern, was u.a. Schwierigkeiten beim Kauen bewirken kann – (2)
- und auf regelmäßigen Kontrollbedarf der Zahnücke hinweisen (2).

„Vor der Umsetzung von Behandlungsplanungen jeglicher Art steht die objektive Information, Beratung und Aufklärung des Patienten.“²⁹

Auf die Wünsche und Vorstellungen der Patientin einzugehen, gehört unserer Meinung nach zu einer qualitativ hochwertigen Beratung, da *die Patientin* letztendlich mit der gewählten Option leben muss. Umso wichtiger ist daher eine Aufklärung über alle in Frage kommenden Zahnersatz-Alternativen als Grundlage für eine informierte Entscheidung. Dass eine vollständige Aufklärung durchgeführt wurde, muss ja sogar später von der Patientin per Unterschrift auf dem Heil- und Kostenplan bestätigt werden. Zu einer vollständigen Aufklärung gehören auch erste Informationen über mögliche Kosten, da dies in den meisten Fällen die Entscheidung beeinflusst – insbesondere, wenn nicht viel Geld für den Zahnersatz zur Verfügung steht, wie bei unserer Patientin, die zum Zeitpunkt der Untersuchung Studentin war. Sollte die Zahnücke noch nicht zwingend behandlungsbedürftig sein, ist es wichtig, über möglicherweise später auftretende Probleme aufzuklären und darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung gegen Zahnersatz zwingend eine regelmäßige Kontrolle des Zustands der Zahnücke erfordert. Es ist nicht festgelegt, ob die Aufklärung bereits im Anschluss an die eingehende Untersuchung (zumindest auf

27 Da unsere Patientin in jedem Fall als Neupatientin auftrat, hätten alle Zahnärzte den PSI erheben sollen – Schwierigkeiten im Bereich der Abrechnung gibt es dann i.d.R. nicht, da eine Zahnärztin bei Neupatienten nicht verpflichtet ist, sich nach der letzten PSI-Erhebung zu erkundigen.

28 Laut den Empfehlungen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg gehört zu einer vollständigen Patientenaufklärung eine „Darstellung und Erläuterung gleichwertiger Behandlungsalternativen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen“ (www.lzkbw.de/PHB/PHB-CD/QM/Aufklaerung-Dokumentation.doc, 19.12.2012). Die Referenzbefunde bestätigten, dass es bei der Patientin drei realistische Optionen gab: Die Zahnücke unbehandelt lassen, Einsatz einer Brücke, Einsatz eines Implantats.

29 Heidemann, D. (Hrsg.). Praxis der Zahnheilkunde. Bd. 1. Check-up und Prävention. 2005. Elsevier GmbH. München. Seite 7.

Nachfrage) vollständig durchzuführen ist. Aus Sicht der Patientin hielten wir dies jedoch für wichtig, da nur so eine informierte Entscheidung für oder gegen Zahnersatz möglich ist.

Anhand der Kriterien soll die für die Patientin optimale Lösung gefunden werden. Auf der Internetseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung heißt es dazu:

„Jeder Zahnarzt hat seinem Patienten gegenüber eine Aufklärungspflicht. Dazu gehören Informationen über Befund, Diagnose sowie den erwartbaren Verlauf der Erkrankung. Außerdem klärt er über mögliche Therapiealternativen auf, nennt die Risiken der jeweiligen Behandlung und informiert auch über die entstehenden Kosten.“³⁰

Außerdem gab es noch ein Kriterium der **Kariesdiagnose**:

→ An Zahn 26 sollte die von den drei Referenz Zahnärzten festgestellte Karies diagnostiziert werden (2).

Spezielle Kriterien für Zahnersatz

Für Zahnärzte, die sich für einen sofortigen oder baldigen Zahnersatz aussprachen, entwickelten wir zusätzliche Kriterien. Wer Zahnersatz empfahl, konnte **maximal 45 Punkte** erlangen. Hier sollte die Zahnärztin zusätzlich zu den bereits genannten Kriterien

- den Einsatz eines Implantats deutlich als chirurgischen, nicht als minimal-invasiven Eingriff beschreiben, (2)
- die Risiken beim Einsatz eines Implantats erklären (z.B. Verletzung der Kieferhöhle bei Implantat im Oberkiefer, Periimplantitis³¹), (2)
- Risikofaktoren in der Einheilungszeit benennen (z.B. Rauchen), (2)
- die Brücke als Regelversorgung beschreiben, (2)
- darauf hinweisen, dass beim Einsatz einer Brücke die Nachbarzähne beschliffen werden müssen, (2)
- eine Brücke als gute Alternative bei Angst vor Operationen benennen, (2)
- nach den Vorstellungen und Präferenzen der Patientin bezüglich der verwendbaren Materialien fragen, (2)
- über alle verwendbaren Materialien aufklären³² (2)
- und bei der Empfehlung oder Erwähnung von Keramikronen auf die Gefahr des Bruches oder Absplitters kleiner Teile durch Knirschen hinweisen (1).

Insbesondere wenn ein Implantat empfohlen wurde, sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass es sich um einen chirurgischen Eingriff handelt, der gewisse Risiken mit sich bringen kann. Die Implantologie ist ein sehr junges Teilgebiet der Chirurgie. Erfolgsraten von 75–90% beim Einsatz von Implantaten beziehen sich bisher nur auf die letzten 10–15 Jahre, Langzeitdaten

30 <http://www.kzbv.de/wer-leistet-welche-beratung.44.de.html> (7.12.2012)

31 Periimplantitis: „[...] geht einher mit der Entzündung und dem Rückgang von Schleimhaut [...] und Knochen [...] im Bereich eines oder mehrerer Implantate und führt unbehandelt unweigerlich zum Verlust des Implantates.“ <http://www.zahngesundheit-online.com/Zahnerkrankungen/Periimplantitis/>, 19.12.2012

32 In der Regelversorgung: Edelmetallfreie Legierungen, häufig eine Chrom-Kobalt-Molybdän-Legierung. Auf Wunsch ist auch eine Goldlegierung möglich. Kronen können auch eine keramische Verblendung bekommen, darüber hinaus gibt es Kronen aus Zirkonoxid (Keramik), die i.d.R. zusätzlich keramisch verblendet werden.

fehlen noch. Außerdem bedeuten diese Zahlen ja auch 10–25% Misserfolg. Risiken bestehen einerseits während der Operation, da am Oberkiefer die Gefahr besteht, die Kieferhöhle zu eröffnen oder am Unterkiefer Gefäße und Nerven zu verletzen. Bei einem Implantatverlust kann außerdem ein Kieferknochendefekt entstehen.³³ Hinzu kommen verhaltensbedingte Risiken, beispielsweise kann Rauchen zu Wundheilungsstörungen führen und eine Periimplantitis begünstigen.³⁴

Laut einer Umfrage der Techniker Krankenkasse ist die Angst vor dem Zahnarztbesuch weit verbreitet – 19% der Befragten gaben an, bei jedem Zahnarztbesuch Angst zu haben.³⁵ Daher sollten die Zahnärzte bei einer Empfehlung für Zahnersatz erwähnen, dass bei großer Angst eine Brücke eine gute Alternative zum Implantat sein könnte. Zwar müssen dafür die Nachbarzähne beschliffen werden, worauf die Patientin auch hingewiesen werden sollte, das wäre aber ein weniger invasiver Eingriff.

Zu den Materialien für Zahnersatz sollte die Patientin nach ihren Vorstellungen und Präferenzen gefragt werden, da sie schließlich das Material im Mund haben wird. Dennoch sollte die Zahnärztin, schon wegen der großen Kostenunterschiede, über alle verfügbaren Materialien aufklären. Vor allem bei der Empfehlung vollkeramischer Kronen sollte darauf hingewiesen werden, dass diese durch starkes Knirschen beschädigt werden könnten.

Referenzbefunde

Den Allgemeinzustand (Gebiss, Zahnfleisch, Schleimhäute, Mundhygiene) der Patientin befanden alle drei Referenz Zahnärzte als gut. Aus den Bewertungskriterien geht bereits hervor, dass sie eine behandlungsbedürftige Karies an Zahn 26 feststellten, die auch ohne Röntgenbild diagnostiziert werden konnte.

Alle Referenz Zahnärzte waren sich einig, dass bezüglich der **Zahnlücke** kein dringender Handlungsbedarf besteht bzw. dass der Verzicht auf Zahnersatz bei regelmäßiger Kontrolle eine realistische Option darstellt.

Ergebnisse (1): Die Zahnärzte

Wir bewerteten die Zahnärzte anhand des geläufigen Schulnotensystems.

- 6,6% (2 Zahnärzte), erhielten die Note 1. In beiden Fällen wurde kein Zahnersatz empfohlen, sie erreichten 26 von 28 möglichen Punkten.
- Ebenfalls 6,6% (2 Zahnärzte) erhielten die Note 2,
- 23,3% (7 Zahnärzte) die Note 3.
- 26,6% (8 Zahnärzte) erhielten die Note 4.
- 36,6% (11 Zahnärzte) fielen mit der Note 5 durch.

33 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, <http://www.kzbv.de/risiken-prognose.133.de.html> (9.12.2012)

34 <http://www.dimagazin-aktuell.de/implantologie/implantatprophylaxe/story/praeimplantologische-risikofaktoren-und-implantatprophylaxe.html> (9.12.2012)

35 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/36662/umfrage/angst-vor-dem-zahnarzt/> (9.12.2012)

Punktzahl ohne Zusatzpunkte (16 Zahnärzte)	Punktzahl (bei Empfehlung von Zahnersatz)	Prozent	Note	Anzahl der Zahnärzte
25– 28	40– 45	ab 87,5%	1	2 (=7%)
21– 24	34– 39	ab 75%	2	2 (=7%)
18–20	28– 33	ab 62,5%	3	7 (23%)
14– 17	23– 27	ab 50%	4	8 (27%)
1 – 13	1 – 22	unter 50%	5	11 (37%)

Abb. 1

Bewertung unserer Kriterien

16 Zahnärzte (**53%**) konnten, da sie keinen Zahnersatz empfahlen, maximal 28 Punkte erreichen, 14 Zahnärzte (**47%**) empfahlen Zahnersatz und konnten damit **45 Punkte** erhalten.

Bewertung der Kriterien, die alle 30 Zahnärzte erfüllen konnten

- Eine Anamnese führten 28 (**93%**) der getesteten Zahnärzte durch,
- davon fragten 28 (**93%**) nach Allergien und
- 28 (**93%**) nach Vorerkrankungen.
- Nach der Einnahme von Medikamenten fragten ebenfalls 28 Zahnärzte (**93%**),
- nach der letzten Röntgenaufnahme fragten jedoch nur 19 (**63%**)
- und nach „Habits“ (z.B. Knirschen) erkundigten sich lediglich 4 Zahnärzte (**13%**).
- Die Inspektion der Zähne mit Spiegel und Sonde wurde von allen 30 Zahnärzten (**100%**) durchgeführt,
- die Inspektion des Zungengrundes und der Schleimhäute nur von 6 Zahnärzten (**20%**).
- Der Parodontale Screening Index, der erhoben werden sollte, wenn dies nicht bereits im Laufe der letzten zwei Jahre geschehen war, wurde von 12 Zahnärzten (**40%**) ermittelt.
- Eine Bisskontrolle führten 21 Zahnärzte (**67%**) durch.
- 19 Zahnärzte (**63%**) bestätigten die Präferenz der Patientin, die Zahnlücke zunächst unverändert zu lassen (3 Zahnärzte empfahlen dennoch Zahnersatz in den nächsten Jahren).
- Ebenfalls 19 Zahnärzte (**63%**) beschrieben die Zahnersatz-Alternativen zunächst ohne Wertung.
- Lediglich 15 Zahnärzte (**50%**) klärten über die Kosten der Zahnersatz-Alternativen auf.
- 26 Zahnärzte (**87%**) beschrieben die möglichen Probleme, die bei einer unbehandelten Lücke auftreten können (siehe „Bewertungskriterien“), und
- 9 Zahnärzte (**30%**) wiesen auf einen regelmäßigen Kontrollbedarf der Lücke hin.
- 5 Zahnärzte (**17%**) fanden die Karies an Zahn 26 (davon rieten 4 zu einer sofortigen Behandlung, eine empfahl eine etwas vorsichtiger Vorgehensweise: Die Füllung an Zahn 26 sollte zunächst etwas zu reduziert und geglättet werden, so könne man besser feststellen, ob es sich bei dem schwarzen Punkt tatsächlich um Karies handelt).

Bewertung der Kriterien, die nur für die 14 Zahnärzte gelten, die Zahnersatz empfahlen

- Nur 6 Zahnärzte (**43%**) erklärten, dass die Regelversorgung der Krankenkassen lediglich den Einsatz einer Brücke vorsieht.
- Keine Zahnärztin (**0%**) wies auf den Umstand hin, dass es sich bei der Einsetzung eines Implantats um einen invasiven chirurgischen Eingriff handelt.
- Auf die Risiken eines solchen Eingriffs (siehe „Bewertungskriterien“) wies nur eine hin (**7%**).
- Auf Risikofaktoren im Heilungsprozess (z.B. Rauchen, starkes Knirschen) wurde von keiner hingewiesen (**0%**).
- Jedoch klärten 12 Zahnärzte (**86%**) darüber auf, dass beim Einsatz einer Brücke die Nachbarzähne beschliffen werden müssten.
- Nur 2 Zahnärzte (**14%**) nannten die Brücke als gute Alternative bei Angst vor Operationen.
- Nach den Präferenzen der Patientin bezüglich der verwendbaren Materialien erkundigten sich nur 2 Zahnärzte (**14%**).
- Nur 4 Zahnärzte (**29%**) klärten über alle verwendbaren Materialien auf.
- Auf die Gefahr des Bruches oder des Absplitters kleiner Teile durch Knirschen bei der Verwendung von Keramikkrone wurde in keiner der Untersuchungen hingewiesen (**0%**).

Zusammenfassung – Das sagten die Zahnärzte über den Zustand der Zahnlücke

16 Zahnärzte bestätigten die Präferenz der Patientin, die Zahnlücke könne vorläufig unbehandelt bleiben. 14 Zahnärzte meinten dagegen, sie müsse sehr bald geschlossen werden, weil sonst die Nachbarzähne hinein kippen oder der gegenüberliegende Zahn nach oben wandern werde – Brücke oder Implantat seien möglich. 2 Zahnärzte empfahlen sogar ausschließlich ein Implantat, ohne auf die Möglichkeit einer Brücke hinzuweisen. Ebenfalls 2 Zahnärzte bezeichneten die Setzung eines Implantats als harmlosen bzw. kurzen und schmerzlosen Eingriff. All das wurde durch die Referenzbefunde nicht bestätigt, sondern eher widerlegt – ein Implantat sei für unsere Patientin eher die ungünstigste Methode und durchaus ein chirurgischer Eingriff, der nicht als minimal-invasiv bezeichnet werden könne.

Was der Patientin noch auffiel

Zwei Zahnärzte trugen bei der Untersuchung keine Handschuhe und hielten sich somit nicht an den Hygieneleitfaden der Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ),³⁶ in dem es heißt:

„Handschuhe müssen getragen werden, wenn der Zahnarzt und seine Mitarbeiter mit Blut, anderen Körperflüssigkeiten oder infektiösen Substanzen in Kontakt kommen können oder ein Infektionsrisiko bekannt ist oder Verletzungen an den Händen vorliegen.“

Ebenfalls zwei Zahnärzte führten keine Anamnese durch, weder schriftlich noch mündlich. Bei einer Zahnärztin dauerte die Untersuchung lediglich ca. eine Minute und umfasste nur die Inspektion des Mundraums mit einem Spiegel.

³⁶ <http://www.dahz.org/resources/DAHZ-Leitfaden.pdf>, Seite 10

Kostenschätzungen

Auch ohne die Ausstellung eines Heil- und Kostenplanes informierten einige Zahnärzte die Patientin über die möglichen Kosten eines Zahnersatzes, wobei sie darauf hinwiesen, dass es sich lediglich um Schätzungen handele, eine genauere Aussage bzw. die Erstellung eines Heil- und Kostenplanes sei erst anhand eines Röntgenbildes möglich.

Brücken

Die Kostenschätzungen für die Eigenleistung bei einer Brücke lagen zwischen 0 und 2.000 Euro. Als Faktoren, die sich auf den Preis auswirken könnten, wurden genannt: Die Höhe des Zuschusses der Krankenkasse³⁷, woher die Materialien bezogen werden (günstigere Materialien aus dem Ausland) und die Auswahl der Materialien. Eine komplette Kostenübernahme durch die Krankenkasse käme nur in Frage, wenn die Regelversorgung gewählt wird (Brücke aus Metall ohne Verblendung) und die Kriterien für einen Härtefall zutreffen (Nettoeinkommen bis ca. 1.000 Euro im Monat). Die Kosten steigen mit der Erhöhung des Keramikanteils in der Brücke – eine teilkeramische Verblendung ist günstiger als eine vollkeramische, am teuersten ist eine Krone mit einem Kern aus Zirkonoxid (Keramik) und zusätzlicher vollkeramischer Verblendung.

Implantate

Die geschätzten Kosten für ein Implantat lagen zwischen 800 und 2.700 Euro, wobei nur in einigen wenigen Fällen auf den Festzuschuss der Krankenkasse hingewiesen wurde (der in derselben Höhe wie bei einer Brücke bewilligt wird – die genaue Höhe ergibt sich aus Befund, Einkommen und der Vollständigkeit des Bonusheftes). Ob die Kostenschätzung sich nur auf die Setzung des Implantats oder auch auf die Nachbehandlung und den Einsatz einer Krone auf dem Implantat bezog, wurde lediglich in einer Beratung genauer erklärt. Deutlicher wurde dies nur in einigen Heil- und Kostenplänen.

Die Heil- und Kostenpläne

Die Heil- und Kostenpläne und ihre diversen Anlagen (hier zusammengefasst als HKP bezeichnet) waren größtenteils für die Patientin nur schwer zu verstehen und enthielten oft zunächst unnötig scheinende Leistungen. Sie unterschieden sich nicht nur in der Gesamtsumme, sondern vor allem auch in der Zusammenstellung der einzelnen Kostenanteile (Honorar, Materialien und Laborkosten).

Schwer verständlich

- Aus mehreren HKP verschiedener Zahnärzte ging nicht hervor, ob die keramisch verblende Krone für das Implantat aus Metall oder Zirkonoxid bestehen soll. Die Patientin weiß nicht unbedingt, dass es da einen Unterschied gibt und eine Zirkonoxid-Krone teurer ist.

37 Eine Liste der Befunde und dazugehörigen Festzuschüsse finden sich unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-575/FZ-RL_2011-11-24.pdf (10.1.2013)

Unnötige Leistungen, Überversorgung

- Knochenaufbau (Augmentation) zur Verbreiterung des Knochens, in den das Implantat einzusetzen wäre, wurde in einigen HKP gleich mit berechnet, obwohl seine Notwendigkeit ohne Röntgenbild kaum zu beurteilen ist.
- In einem HKP für eine Implantation fand sich eine Position für die „Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, ggf. einschließlich Taschenspülung“, obwohl eine solche Erkrankung bei unserer Patientin gar nicht vorlag.
- Im HKP für ein Implantat findet sich eine Position „Stillung einer Blutung“, deren Notwendigkeit vor der Behandlung nicht feststehen kann.

Große Kostenunterschiede

- In einem HKP sollte die Augmentation mehr als 800 Euro kosten, in einem anderen ca. 300 Euro.
- Kostenunterschiede fanden wir auch bei den Implantaten: Die Beträge für die Titanschraube reichten von 130 bis 490 Euro.

Unklare Kosten-Bestandteile

- Die Berechnung für die Leistung „Vorbereitung der zerstörten Nachbarzähne“ (der Zahn-lücke) fand sich in einigen HKP im Privathonorarteil. Dies ist jedoch erstens eine Kassenleistung, für die die Zahnärztin nach der Abrechnung einen Betrag erstattet bekommt (in einem HKP wurde der von der Krankenkasse zu erstattende Betrag an späterer Stelle wieder abgezogen). Zweitens war eine solche Leistung bei unserer Patientin nicht notwendig (alle Zahnärzte bescheinigten gesunde Nachbarzähne).
- Ein HKP enthielt keine getrennten Auflistungen der Zusammenstellung von Honorar und Materialkosten, sondern nur eine Liste, an deren Ende der Gesamtbetrag unter „Honorar“ aufgeführt wurde. In dieser Form ist die Kostenzusammenstellung sehr schwer nachzuvollziehen.
- In einigen HKP waren die Materialkosten kaum bis gar nicht nachvollziehbar. So gab es mehrmals unterschiedliche Gesamtsummen für die Materialkosten in den verschiedenen Teildokumenten – in einem Fall betrug der Unterschied fast 350 Euro.
- Auch die Steigerungssätze unterschieden sich in den verschiedenen HKP, selbst bei gleichen Positionen. So wurden in den meisten Fällen Panorama-Röntgenaufnahmen mit dem 1,8-fachen Satz berechnet, in einem HKP jedoch mit dem 2,5-fachen Satz, was für uns nicht nachvollziehbar war.
- In einigen HKP findet sich auch ein erhöhter Steigerungssatz mit der Begründung: „ungünstige Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzende Bänder [...]“. Dies wurde bei der Patientin durch keinen der Referenzbefunde bestätigt.
- Teilweise fehlt in den Leistungsbeschreibungen der Steigerungssatz gänzlich, so dass die Beträge nicht nachvollziehbar sind.

Besonders bedenklich: In einem HKP wurde die Beratung zum Einsatz eines Implantats über die Position Nr. 34 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet; die in der GOÄ wie folgt definiert wird:

„Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken, einschließlich Beratung gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen.“

In Absatz 4 heißt es zudem:

„Die Leistung nach Nr. 34 schließt die Planung eines operativen Eingriffs sowie die Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken fakultativ ein. Die Nr. 34 ist daher auch berechnungsfähig für das ausführliche Aufklärungsgespräch vor größeren operativen Eingriffen [...].“

Zwar darf diese Zahnärztin prinzipiell nach dieser Position abrechnen, allerdings hatte sie der Patientin vor Ausstellung des HKP im Gespräch ausdrücklich versichert, dass es sich bei der Setzung eines Implantats um einen „schnellen und schmerzfreien“ Eingriff handele.

Für eine genaue Aussage über die Notwendigkeit vieler der in den HKP aufgelisteten Maßnahmen wäre ein Vergleich der Kostenvoranschläge mit den Endrechnungen sinnvoll, was im Rahmen unseres Tests nicht möglich war.

Ergebnisse (2): Die Stadtteile

Von den Zahnärzten, die nicht zu Zahnersatz rieten, wurden die besten Bewertungen in den Stadtteilen Rotherbaum und Wilhelmsburg erzielt, dort erreichte je eine Zahnärztin 26 von 28 Punkten (93%), beide erhielten somit die Note 1. Die schlechteste Bewertung mit 9 von 28 Punkten (32%) gab es in Wilhelmsburg, sie entsprach der Note 5. Von den Zahnärzten, die zu Zahnersatz rieten, wurde die beste Bewertung mit 32 von 45 Punkten (71%) ebenfalls in Rotherbaum erzielt, was jedoch nur der Note 3 entsprach. Die schlechteste Bewertung mit 14 von 45 Punkten (31%) gab es in Poppenbüttel (Note 5).

Die meisten Befunde mit angeblich akutem Handlungsbedarf bezüglich der Zahnlücke erhielten wir in Poppenbüttel. Dort empfahlen 8 der 10 Zahnärzte eindeutig, die Zahnlücke durch Brücke oder Implantat zu schließen, in Wilhelmsburg und Rotherbaum dagegen akzeptierten 7 von 10 Zahnärzten die Präferenz der Patientin, die Lücke zunächst so zu belassen, als realistische Option. Dass teure Behandlungsvorschläge hauptsächlich aus Poppenbüttel kamen und kaum aus Wilhelmsburg, stützt unsere Annahme, dass die Zahnärzte in „reichen“ Stadtteilen tendenziell teurer beraten (indem zu einer Behandlung geraten wird). Rotherbaum als ebenfalls eher „reicher“ Stadtteil durchbricht jedoch dieses Erkenntnis. Dort wurden unserer Patientin ebenso wenige Empfehlungen für Zahnersatz ausgesprochen wie in Wilhelmsburg. Die einzige Information darüber, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen für einen Härtefall eine Brücke (aus Metall ohne Verblendung) auch ohne Eigenleistung zu haben ist, kam aus Wilhelmsburg.

Insgesamt 5 Zahnärzte (17%) fanden oder vermuteten die durch unsere Referenzbefunde bestätigte behandlungsbedürftige Karies an Zahn 26 (zweiter Backenzahn oben links), davon 4 in Poppenbüttel und 1 in Rotherbaum. Die Poppenbütteler Zahnärzte schnitten dadurch bei der

Kariesdiagnostik am besten ab, obwohl sie im Vergleich zu den anderen beiden Stadtteilen etwas zu behandlungsfreudig zu sein scheinen.

Wir erhielten in Poppenbüttel von 5 Zahnärzten 8 Heil- und Kostenpläne, in Rotherbaum von 2 Zahnärzten 3 HKP und in Wilhelmsburg nur einen. Obwohl die besten Bewertungen von Zahnärzten in Rotherbaum erzielt wurden, erhielten wir dort für ein Implantat einen HKP, der mehr als 1.000 Euro teurer war als das günstigste vergleichbare Angebot – aus Poppenbüttel. Allerdings enthielt das Angebot aus Rotherbaum einen Knochenaufbau (Augmentation) vor Einsatz des Implantats und die Kosten für Implantation und Krone. Die Notwendigkeit einer Augmentation ließe sich erst nach einer genaueren Untersuchung feststellen. Das Angebot aus Poppenbüttel enthielt keinen Kostenvoranschlag für eine Augmentation, jedoch die Kosten für Implantation und Krone.

Ebenso verhielt es sich bei den HKP für Brücken: Den teuersten erhielten wir in Rotherbaum. Er lag knapp 650 Euro über dem günstigsten vergleichbaren Angebot (Metallkern mit keramischer Vollverblendung), das aus Poppenbüttel kam.

Abbildung 2 zeigt die in den einzelnen Stadtteilen erreichten Gesamtpunktzahlen.³⁸ Rotherbaum erhielt die Note 3 und schnitt somit insgesamt am besten ab, während Wilhelmsburg mit der Note 4 den Test noch bestand und Poppenbüttel mit der Note 5 eher durchfiel.

Stadtteil	Mögliche Gesamtpunktzahl	Erreichte Gesamtpunktzahl	Prozent	Note
Rotherbaum	331	217	65,5	3
Wilhelmsburg	331	172	51,9	4
Poppenbüttel	416	197	47,3	5

Abb. 2

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Noten auf die Stadtteile. In Poppenbüttel und Wilhelmsburg fiel jeweils die Hälfte der Zahnärzte mit der Note 5 durch, in Rotherbaum nur einer.

Poppenbüttel	Rotherbaum	Wilhelmsburg
3	1	1
3	2	3
4	2	3
4	3	4
4	3	4
5	3	5
5	4	5
5	4	5
5	4	5
5	5	5

Abb. 3

³⁸ Die mögliche Gesamtpunktzahl unterscheidet sich, je nachdem ob die Zahnärzte Zahnersatz empfohlen haben (45 Punkte) oder nicht (28 Punkte).

- Die Wilhelmsburger Zahnärzte schnitten in der Erstuntersuchung und allgemeinen Beratung zum Zahnersatz besser ab als die in Poppenbüttel.
- Die Poppenbütteler Zahnärzte waren sowohl bei der Kariesdiagnostik als auch in der spezifischen Beratung zu Zahnersatz besser als die in Rotherbaum und Wilhelmsburg.
- Die Zahnärzte in Rotherbaum sammelten vor allem durch eine gründliche Anamnese und Erstuntersuchung viele Punkte und erzielten dadurch das beste Gesamtergebnis.
- Zwei von drei Zahnärzten in Rotherbaum, die einen Zahnersatz empfahlen, stellten einen oder mehrere Heil- und Kostenpläne aus. In Poppenbüttel waren dies nur fünf von acht Zahnärzten, in Wilhelmsburg nur eine von dreien.

Fazit

Die Auswertung zeigt insbesondere beim Thema Zahnersatz deutliche Mängel in der Beratungsqualität. Dies ist auch an den Noten erkennbar: 7 von 11 durchgefallenen Zahnärzten empfahlen Zahnersatz und erreichten vor allem deshalb nur eine geringe Punktzahl, weil sie nur sehr lückenhaft darüber aufklärten; es fehlte u.a. die Aufklärung zu den Risiken beim Einsatz eines Implantats, was wir insbesondere im Hinblick auf das bereits erwähnte Fehlen von Langzeitdaten für bedenklich halten, und auch zu den verschiedenen verfügbaren (und unterschiedlich teuren) Materialien für Implantatkronen und Brücken.

Beratung und Behandlungsvorschläge unterschieden sich in hohem Maße. Unser Test erzielte somit ähnliche Ergebnisse wie die früheren Untersuchungen von IFAV, WIdO und Öko-Test, und wie bereits in der IFAV-WIdO-Untersuchung waren auch in vielen unserer Heil- und Kostenpläne die Material- und Laborkosten kaum bis gar nicht nachvollziehbar.

Da nur in wenigen Fällen bei der Anamnese nach dem Knirschverhalten gefragt wurde, konnte folglich in der Erstuntersuchung und anschließenden Beratung auch nicht auf die Gefahren des Knirschens bei einigen Zahnersatzoptionen eingegangen werden. Ebenso wenig konnten die Zahnärzte auf andere durch das Knirschen verursachte Probleme eingehen (Kiefergelenksprobleme, Zahnabsliff etc.). Unser Test zeigte ein insgesamt eher mittelmäßiges Ergebnis sowohl in der eingehenden Untersuchung – oft wurden wichtige Schritte ausgelassen – wie auch in der Kariesdiagnostik (83% übersahen die Karies).

Gemeinsam ist allen Zahnärzten, die die Note 5 erhielten, dass sie nicht auf den regelmäßigen Kontrollbedarf der Zahnlücke hinwiesen. Besonders bedenklich ist dies bei denen, die keinen Handlungsbedarf bezüglich der Zahnlücke sahen. Aber auch wer Zahnersatz empfahl, hätte alle drei möglichen Alternativen (Zahnlücke unbehandelt lassen, Brücke, Implantat) beschreiben und auf den regelmäßigen Kontrollbedarf der Zahnlücke eingehen müssen.

Vertragszahnärzte sind verpflichtet, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.³⁹ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu einen Unterausschuss zur zahnärztlichen Qualitätssicherung berufen, der für die Formulierung der Mindest-

³⁹ § 135a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

anforderungen zuständig ist.⁴⁰ Allerdings stehen zu deren Überprüfung noch keine Qualitätsindikatoren fest.

Am Ende einer Stellungnahme vom 16.12.2012 kommentierte der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, die aktuellen Qualitätssicherungsmaßnahmen des Gesetzgebers:⁴¹

„Es wäre also nicht das erste Mal, dass der Gesetzgeber in seiner Fürsorge dort schützende Decken auflegen will, wo es ohnehin schon warm genug war. Kein Wunder, dass große Teile der berufspolitischen Zahnärzteschaft diese Form gesetzgeberischer Regulierung für überflüssig halten. Gleichwohl kommen die Praxen, kommen KZVen und KZBV ihren Verpflichtungen nach. Tue Gutes und berichte darüber – auch über Qualität, auch über Selbstgänger.“

Unsere Testergebnisse stellen die Selbstgänger-Theorie jedoch massiv in Frage. Beispielsweise ist der PSI alle zwei Jahre bei der Krankenkasse abrechenbar. Bei Neupatienten sollte zumindest gefragt werden, ob sie wissen, wann er zuletzt erhoben wurde. Unsere Testergebnisse zeigen, dass es hier noch Defizite gibt. Der PSI (bzw. die Frage nach der letzten Erhebung) würde sich als Qualitätsindikator eignen.

Aufwendigere und teurere Behandlungsvorschläge sowie Heil- und Kostenpläne sollten grundsätzlich einer Zweitmeinungsstelle vorgelegt werden. Sowohl was die verwendbaren Materialien angeht (denn je nach verwendetem Material kann es große Kostenunterschiede geben) als auch bezüglich der Risiken bei Zahnersatz sollte ausführlich beraten werden. Unser Test zeigte, dass dies in der Zahnarztpraxis zu selten geschieht.

Die schlechten Gesamtergebnisse der drei **Stadtteile** sind bedenklich – selbst im besten Stadtteil, Rotherbaum, reichte es nur für die Note 3. Wie können Patienten ihrem Zahnarzt das nötige Vertrauen entgegenbringen, wenn Testergebnisse aus verschiedensten Quellen wieder und wieder zeigen, dass in der Beratung nicht immer das Interesse der Patientin an höchster Stelle steht? Sicherlich kann man als Patient in einen anderen Stadtteil pendeln, wo die Beratungsqualität vermeintlich besser ist oder mehr Rücksicht auf die individuellen Möglichkeiten genommen wird. So könnte eine Patientin, deren finanzielle Möglichkeiten begrenzt sind, statt in Poppenbüttel lieber in Wilhelmsburg zum Zahnarzt gehen. Ausweichmanöver dieser Art sollten jedoch nicht notwendig sein.

Ob sich die geringe Zahnärztdichte in Wilhelmsburg auf Beratungs- und Behandlungsqualität der Zahnärzte auswirkt, zeigen unsere Testergebnisse zwar nicht. Dennoch: Trotz eventueller Pendler zwischen den Stadtteilen bleibt ein großes Ungleichgewicht und es stellt sich die Frage, warum keine bessere Planung stattfindet.

Forderungen

- Erstellen von **Leitlinien zur Erstuntersuchung** für die wichtigsten zahnärztlichen Behandlungsschritte und Diagnosen. Dies würde Patienten die Einschätzung der Behandlungsqualität erleichtern und eine Grundlage für Nachfragen bieten.
- Leitlinien auch zur **Aufklärung** zu Zahnersatz und anderen Behandlungsvorschlägen wie z.B. dem Erneuern von Füllungen. Die Zahnärzte sollten verpflichtet sein, alle Möglichkeiten

40 § 136 Abs. 2 Satz 2 SGB V

41 Zahnärztliche Mitteilungen (www.zm-online.de). zm 102, Nr. 24 A, 16.12.2012 (3154).

gleichermaßen darzulegen, so dass Patienten eine informierte Entscheidung treffen können. Dies betrifft insbesondere die Aufklärung über die Regelversorgung bei Zahnersatz.

- Schaffung von **Qualitätsindikatoren** im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Anhand einzelner Indikatoren, z.B. dem PSI, könnte so die Qualität der zahnärztlichen Untersuchung besser bewertet werden.
- **Übersichtlichere** Heil- und Kostenpläne, deutlichere Erklärung zusätzlicher Kosten.
- **Verhaltensweisen** der Patienten sollten in der zahnärztlichen Beratung stärker berücksichtigt werden. Zum Beispiel Knirschen, Rauchen, ungesunde Ernährung etc. müssen offener thematisiert werden, damit sich Patienten besser an Präventionsmaßnahmen beteiligen können.
- Die Rahmenbedingungen sollten von der Politik dahingehend geändert werden, dass es zu einer gleichmäßigeren **Verteilung** von Zahnärzten im Hamburger Stadtgebiet kommt.