

Die Zukunft der zahnärztlichen Freiberuflichkeit

Editorial:

Der Wert der Freiheit 3

Prof. Dr. Giovanni Maio:

Vom Verlust der Freiheit unter dem Diktat
der Ökonomie 4

Dr./RO Eric Banthien:

Freiberuflichkeit contra Fürsorgediktatur -
Können „Kassenknechte“ Freiberufler sein?8

Dr. Ralf Großbölting:

Beauftragter der Krankenkassen oder Frei-
berufler - Stehen wir vor einer Neubestimmung
des (zahn)ärztlichen Berufsstandes ? 10

Dr. Brita Petersen:

Ist die „Feminisierung der Zahnmedizin“ eine
Gefahr für die Freiberuflichkeit ? 12

Dr. Michael Sonntag:

Zwischen Freiheit und Kontrolle - Chancen
und Risiken des zahnärztlichen QM 14

Dr. Ellen Madeker:

Zur Zukunft der zahnärztlichen Freiberuflichkeit
in Europa 16

Bernd Wurpts:

Selten angeklickt.
Die Rolle des Internets bei der Zahnarztsuche. .. 18

Cercon ht – Vollanatomische Sicherheit neu definiert.

Okklusale Mindestwandstärke 0,5 mm,
inklusive 0,1 mm Einschleif-Reserve



Substanzschonende
zirkuläre Präparation
0,4 mm

Randbereich
Mindestwandstärke
0,2 mm

Anwendersicherheit

Klinische Sicherheit

Zukunftssicherheit

cercon®

Cercon ht ist die neue Zirkonoxid-Generation mit herausragender Transluzenz für hochästhetische Restaurationen.

Cercon ht ist nachweislich sicher für den Antagonisten – selbst wenn eingeschliffen wird¹ – und ermöglicht substanzschonende, vollanatomische Kronen und Brücken auch im Seitenzahnbereich.

Cercon ht – das gute Gefühl 3facher Cercon-Sicherheit.

¹ Quelle: Universität Regensburg, 2011

www.degudent.de

DeguDent
A Dentsply Company

Benn Roolf

Der Wert der Freiheit.

Liebe Leserinnen und Leser,

der Arzt muss allein im Interesse seiner Patienten handeln und unabhängig von äußeren Zwängen diagnostizieren und therapieren dürfen. Diese Freiheit gehört zu den genuinen Merkmalen der ärztlichen Freiberuflichkeit und macht diesen Beruf zu etwas Besonderem.

In erster Linie nützt diese Freiheit uns allen, wenn wir uns hilfeschend an einen Arzt wenden. Wir wollen darauf vertrauen können, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um unsere Krankheiten zu heilen oder unsere Leiden zu lindern. Wir können ein solches Vertrauen aber nur aufbringen, wenn wir wissen, dass uns der Arzt ausschließlich auf Grund medizinischer Indikationen behandeln wird. Ärztliche Therapiefreiheit und der Patientenwunsch nach optimaler medizinischer Versorgung sind zwei Seiten ein und derselben Medaille.

Obwohl diese Dinge zu einem übergreifenden gesellschaftlichen Konsens aller Partner im Gesundheitswesen gehören, werden sie in der Praxis immer weiter ausgehöhlt. Der Medizinethiker Giovanni Maio beschreibt in seinem Beitrag anschaulich, wie die „exzessive Ökonomisierung“ der Medizin zu einer Abwertung der Qualität des Arztberufes führt: „Wir haben es im Zuge der Ökonomisierung hier mit einer politisch gewollten Deprofessionalisierung der Ärzteschaft zu tun, an deren Ende der Verlust der Vertrauenswürdigkeit des Arztberufes steht.“ Mit dieser Feststellung geht es aber nicht darum, die natürliche Grenze der Finanzierbarkeit eines solidarischen Gesundheitssystems in Frage zu stellen. Dass ein solches System naturgemäß begrenzte Mittel zur Verfügung hat und demzufolge auch nur begrenzte Leistungen bezahlen kann, wird wohl niemand ernsthaft bestreiten. Die Crux liegt darin, dass Politik und Kassen weiterhin wacker behaupten, das System würde die optimale medizinische Vollversorgung gewährleisten, genau diese Versprechen aber in der Praxis nicht einlösen können, weil sie nicht bezahlbar sind.

Der Widerspruch wird im Geiste altbackener „Fürsorgediktatur“, wie sie Eric Banthien in seinem Beitrag nennt, aufgelöst. Man erklärt diejenige Versorgung für optimal, die die Kasse bezahlt: „Die Kasse bestimmt, welche Versorgung der Patient zu bekom-

men hat, der Arzt ist nur ausführendes Organ.“ Alle darüber hinausgehenden Versorgungsleistungen werden unter den Generalverdacht der Wirkungslosigkeit (Kassen finanzieren nur „bewährte“ Therapien) oder gar der Übervorteilung des Patienten gestellt. Der Wunsch der Krankenkassen, die Privatanteilsrechnungen gesetzlich Versicherter zu prüfen, ist einer dieser Versuche, die Patienten zu verunsichern und die eigenen Leistungsdefizite zu verschleiern. Gerade in der Zahnmedizin werden aber die Grenzen der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kassen besonders deutlich: billige Füllungstechniken, Zahnersatz nur mit Eigenanteil, keine Funktionsdiagnostik - optimale Vollversorgung sieht anders aus. Niemand würde das den Kassen zum Vorwurf machen, wenn sie nicht selbst so hartnäckig am Vollversorgungsdogma festhalten würden.

Die Abwertung des Ärztlichen droht nicht nur seitens der Ökonomisierung. Auch die Normierung von Behandlungsabläufen im Rahmen des Qualitätsmanagements rückt den Zahnarzt in die Rolle des „ausführenden Dienstleisters“, wie Michael Sonntag in seinem Beitrag schreibt. Er plädiert daher für die Entwicklung eines eigenen zahnärztlichen Qualitätsmanagements losgelöst von ISO-Normen, in dem Behandlungsziele stärker betont werden sollten.

Die ärztliche Freiberuflichkeit wird auch auf rechtlichem Gebiet zunehmend in Frage gestellt. Der Medizinrechtler Ralf Großbölting berichtet über die juristischen Diskussionen, ob Ärzte künftig möglicherweise als „Beauftragte der Krankenkassen“ oder gar als „Amtsträger“ anzusehen seien. Wenngleich diese Definitionen nur für einzelne Teilbereiche ärztlichen Handelns, wie z.B. die Verschreibung von Heilmitteln, gelten sollen, würde diese Entwicklung die Freiberuflichkeit und damit das Vertrauen in den Arzt schwächen. Welcher Patient ließe sich schon gern von „Beauftragten der Krankenkassen“ behandeln?

Die Auseinandersetzung um die (zahn)ärztliche Freiberuflichkeit wird weitergehen. Zu hoffen bleibt, dass wir den Wert der Freiheit im Gesundheitswesen deutlich machen können. Einen natürlichen Verbündeten dafür haben wir auf unserer Seite: den Patienten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre
Benn Roolf



Benn Roolf
Redakteur
IGZ Die Alternative

Giovanni Maio

Vom Verlust der Freiheit unter dem Diktat der Ökonomie



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. (phil.)
Lehrstuhl für Medizinethik am
Institut für Ethik und Geschichte
der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Das ökonomische Denken wird in der modernen Zahnmedizin immer beherrschender, am Ende gar so beherrschend, dass darunter die Zahnmedizin nicht mehr Medizin sein kann. Denn aus einer genuin sozialen Praxis soll die Zahnmedizin zu einem gegen Geld getauschten Gesundheitsmarkt verwandelt werden. Dieser Wandel ist ein Symptom unserer Zeit, die ganz auf die Kategorien des Marktes setzt und die Konzepte, die eigentlich nur für die Industrie gedacht waren, zunehmend über alle Bereiche der Gesellschaft stülpt. Was bedeutet es aber für die Freiberuflichkeit des Zahnarztberufes, wenn die Zahnmedizin eine marktkonforme Dienstleistungsanbieterin sein soll? Wie verändern die ökonomischen Leitkategorien das Denken in der Zahnmedizin?

1. Tendenz zur Standardisierung

Wenn die Abläufe in der Zahnmedizin unter rein betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet werden, so werden diese implizit als Produktionsprozesse begriffen, als industrielle Prozesse, die dann folgerichtig nach Effizienzgesichtspunkten optimiert werden müssen. Und so soll im Zuge der Industrialisierung der Zahnmedizin auch das Handeln des Zahnarztes zu einem austauschbaren, ausschließlich objektiv beurteilbaren und abprüfaren Herstellungsprozess werden, hinter dem nicht die einzelne persönliche Bezugsperson Arzt steht, sondern ein Prozessmanagement, das sich an festgelegten Regeln orientiert. Das Resultat ist, analog zur Industrie, die Standardisierung. Diese Standardisierungsbestrebungen laufen aber genau dem entgegen, was integraler Bestandteil einer Profession zu sein hat. Das eigentlich Ärztliche besteht ja gerade darin, dass der Arzt sich der unverwechselbaren Person des Patienten zuwendet und eine Therapieentscheidung fällt, die eben nur und gerade für diese Person die je eigene ist und die nicht eine Therapie von der Stange sein kann. Diese Ausrichtung auf den Einzelfall stört heute, weil sie aus Sicht der Politik und der Krankenkassen die Gefahr der Ineffizienz in sich birgt. In einem System, in dem es vor allem um Effizienz gehen soll, kann die Beachtung der Individualität eines Menschen eine Bedrohung sein, weil diese Beachtung den schnellen Fluss des standardisierenden Machens unterbricht und sozusagen den ganzen Betrieb aufhält. Hier sehen wir ein Spannungsfeld, das sich auftut zwischen der Realisierung des genuin Ärztlich-Professionellen und dem Diktat der Ökonomie.

2. Entwertung des Ärztlichen

Im Grunde möchte man im modernen System keine wirklichen Ärzte mehr, sondern eher Manager, die eben gekonnt die vorgegebenen Behandlungspakete zusammenbauen können. Man möchte ein System, in dem alle Tätigkeiten organisatorisch zerlegt werden. Alles, alle Untersuchungs- und Behandlungsabläufe werden zerstückelt, weil man nur so überall effizienter werden kann. Auf diese Weise aber kann die ureigene ärztliche Qualifikation kaum noch richtig zur Geltung kommen. Das Proprium des Ärztlichen, dass der Arzt ganzheitlich denkt und den ganzen Menschen sieht und nicht nur ein Organ, den ganzen Menschen und nicht nur eine Diagnose, dieses eigentlich Ärztliche, das ist nicht mehr gefragt. Die Ökonomisierung führt sukzessive zu einer Art Schlüssellochmedizin, weil die Ärzte unter dem Diktat der Ökonomie und ihrer Geschäftsführer verlernen (sollen), ganzheitlich zu denken und stattdessen dafür belohnt werden, wenn sie sich auf ein Teilsegment beschränken, ohne je zu beanspruchen, den Menschen als Ganzes zu sehen.

Wir erleben im Zuge der exzessiven Ökonomisierung nicht weniger als einen Trend zur Abwertung der Qualität des Arztberufs. Diese Herabsetzung gerade des Ärztlichen zeigt sich auch daran, dass mit der Ökonomie eine immense Dokumentationswut ausgebrochen ist. Alles muss gemessen werden, alles belegt werden, und vor allen Dingen: Alles wird kontrolliert. Nichts mehr wird als selbstverständlich vorausgesetzt, sondern für alles muss man Rechenschaft ablegen; jeder Arzt erfährt sich auf diese Weise jederzeit einem ständigen Generalverdacht ausgesetzt. Diese durch Geschäftsführung und Qualitätsmanagement verhängte Kontrolle wächst und sie kränkt die Ärzte zuweilen, weil die Kontrolle natürlich impliziert, dass man der Meinung ist, Ärzte müssten kontrolliert werden, damit sie gut handeln. Das heißt, man traut Ärzten nicht zu, dass sie von sich aus gut handeln, sondern man muss sie kontrollieren und sie mit finanziellen Anreizen unterfüttern, damit sie das Richtige tun. Das ist der homo oeconomicus, der einfach dem Bild des Arztes als einem Helfer, der bedingungslos und vollkommen selbstverständlich hilft, diametral gegenübersteht.

3. Deprofessionalisierung der Ärzteschaft

Dem Arzt werden auch kaum mehr fachliche Ermessensspielräume gelassen; es wird immer weniger seiner genuin ärztlichen Erfahrung überlassen, sondern

es wird einfach bis ins Kleinste alles diktiert, was der Arzt zu machen hat. Auf diese Weise aber ist das, was der Arzt dann tut, eigentlich nichts professionell Ärztliches mehr, sondern es ist doch nichts Anderes als ein Handeln nach Vorgaben, fast schon nach Gebrauchsanweisungen. Wir haben es im Zuge der Ökonomisierung hier mit einer politisch gewollten Deprofessionalisierung der Ärzteschaft zu tun, an deren Ende der Verlust der Vertrauenswürdigkeit des Arztberufs steht. Das Vertrauenswürdige an der Profession lag gerade in der Unerschütterlichkeit, mit der der Arzt sich für das Wohl des Patienten einsetzen konnte, weil er als Vertreter einer Profession eben Anhänger eines freien Berufs war. Je mehr nun aber die Ärzte ökonomische Anreize erhalten, desto mehr verlieren sie ihre zentrale Grundlage für die Ausübung einer Profession, und das ist die Freiheit, sich ausschließlich am Wohl des Patienten zu orientieren. Die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens stellt andere Forderungen als es die Loyalitätspflicht des Arztes dem Patienten gegenüber nahelegen würde. Hier wird der Arzt tagtäglich in einen Rollenkonflikt getrieben, den er mittelfristig nur dann bewältigen zu können glaubt, wenn er sich von den hehren Idealen eines freien Berufs verabschiedet und sich eben an die Betriebswirtschaft anpasst. Er passt sich an, weil es die Sachzwänge so erfordern. Dabei wird aber kaum bemerkt, dass dies einem Ausverkauf des Ärztlichen und damit einem Ausverkauf der Vertrauenswürdigkeit der Medizin gleichkommt.

Das Schwinden der Vertrauenswürdigkeit der Medizin wird noch dadurch verstärkt, dass in einem Marktssystem Medizin die Werbung immer mehr zu einem selbstverständlichen Instrument der betriebswirtschaftlich geführten Praxis wird. Vollkommen übersehen wird hierbei, dass das Selbstverständnis einer freien Profession im Grunde unvereinbar ist mit der Werbung; denn Werbung in der Medizin suggeriert nichts anderes als dass es in der Medizin nur noch Konkurrenten gibt und nicht mehr eine professions-eigene Linie. Der Werbung Betreibende bringt nämlich implizit zum Ausdruck, dass es ihm gar nicht um die Einhaltung hoher Ideale geht, sondern einzig und allein um den Gewinn eines Wettbewerbs. Durch die Werbung erfährt die Zahnmedizin nicht weniger als eine Relativierung ihrer Ziele, eine Unterordnung der genuin medizinischen Ziele unter das Diktat der Konkurrenzfähigkeit. Auf diese Weise wird eine Misstrauenskultur geschürt, die am Ende dem Ansehen der Medizin in elementarer Weise schadet.

4. Trivialisierung der ärztlichen Leistungsangebote

Durch die Übernahme ökonomischer Leitgedanken haben wir es zunehmend mit einer grundlegenden Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung zu tun, die sich in einer Versachlichung, Verrechtlichung und

Entpersonalisierung ausdrückt. Erst diese Entpersönlichung macht es überhaupt erst möglich, dass zwischen Arzt und Patient nunmehr nicht Interaktionen erfolgen, die man als notwendige Hilfeleistungen beschreiben könnte, sondern dass sich sukzessive auch das „Angebot“ der Ärzte wandelt. Wenn die ökonomische Logik die zentrale sein soll, dann ist ja nicht mehr einzusehen, warum Ärzte nur Hilfeleistungen

Wir erleben im Zuge der exzessiven Ökonomisierung nicht weniger als einen Trend zur Abwertung der Qualität des Arztberufes.

anbieten sollen; es wäre ja viel lukrativer, wenn man die Leistungen nicht als Hilfsangebote, sondern einfachhin als Konsumgüter betrachten könnte. In einer Medizin, die sich als Markt versteht, verändern sich die Interaktionen und so werden neue „Produkte“ entstehen und neue Produkte werden dann selbstverständlich auch angepriesen; Produkte, die nichts mehr mit Heilung und Helfen zu tun haben sondern nur noch mit Absatzsteigerung und dem Erschließen neuer Märkte. So entstehen Produkte, die dann auch nicht mehr Patienten gelten, sondern zunehmend gesunde Menschen erreichen sollen, gerade weil dort die Absatzmöglichkeiten immens größer sind. Auf diese Weise wird dem Arzt allmählich beigebracht, dass er auch überflüssige Diagnostiken und Behandlungen anzubieten habe, einfach nur, weil es sich rechnet. Die Ökonomisierung führt also zur Marginalisierung der medizinischen Indikation und damit zur Anpreisung von mehr oder weniger überflüssigen Waren auf dem Medizinbasar.

5. Von der Fürsorge zur marktförmigen Dienstleistung

Das Gravierendste dieser ökonomischen Überformung des Ärztlichen ist die Tatsache, dass eine fürsorgliche Praxis zur marktförmigen Dienstleistung transformiert wird. Dies hat schon Niklas Luhmann treffend auf den Punkt gebracht, als er sagte: „Mit dem Pathos des Helfens ist es vorbei, denn Geld gilt heute als das effektivere Äquivalent für Hilfe und Dankbarkeit.“ (Luhmann 1973, S. 37) – Über diese zentrale Umformung, die mit einer Abschaffung des Pathos des Helfens einhergeht, muss man näher nachdenken, wenn man erfassen will, was die Ökonomie mit der Medizin macht. Das heißt ja nichts anderes als dass es heute in Zeiten der Ökonomie gleichgültig zu sein hat, ob man als Arzt das innere Bestreben hat zu helfen oder nicht. Die Haltung, sie soll irrelevant sein, weil heute etwas anderes vom Arzt verlangt wird. Wir erleben heute eine Erwartung über-

Die Begegnung von Arzt und Patient bleibt unweigerlich auf ein Vertrauenskönnen angewiesen, weil es hier oft um existentielle Erfahrungen geht, die mehr erfordern, als die Lieferung einer vertraglich vereinbarten Gesundheitsware.

prüfbarer und abgesicherter Lösungen, wir erleben eine Bindung an Programme und Vorgaben, wir erleben nicht weniger als eine komplette Verrechtlichung der ärztlichen Hilfe, die dann eben keine Hilfe mehr zu sein hat, sondern die Abgabe eines qualitätsgesicherten Produktes. Man nennt das heute eine „outputorientierte Qualitätssicherung“. Natürlich muss der Output stimmen, aber mit dem Output allein ist noch keine humane Medizin realisiert. Viele Patienten können sich angesichts ihres Krankseins nicht damit begnügen, so eine Art ausgewiesenen Ingenieur für den Menschen als Arzt zu haben, bei dem alle Zahlen stimmen, sondern sie werden doch immer darauf angewiesen sein, in ihrem Kranksein auf eine Persönlichkeit zu stoßen, nicht nur auf einen Köhner, sondern auf eine Persönlichkeit, bei der sie sich menschlich aufgehoben fühlen. Dieses Hoffen wollen



Foto: Kzenon / Fotolia.com

auf eine Persönlichkeit, der man menschlich vertraut, wird man nicht einmal durch die Lieferung eines perfekten Produktes abstellen können. Die Orientierung am guten Outcome, am messbaren Outcome ist eine notwendige Bedingung für eine gute Medizin, aber sie ist eben nicht hinreichend. Denn die Begegnung von Arzt und Patient bleibt unweigerlich auf ein Vertrauenskönnen angewiesen, weil es hier oft um existentielle Erfahrungen geht, die mehr erfordern.

Hier sehen wir, wo die Grenzen ökonomischen Denkens liegen, das sind die Grenzen der sich verändernden Grundhaltungen. Das Gefährliche der Ökonomisierung liegt darin, dass die Ökonomie die Charaktere, die Grundeinstellungen verändert. In einem ökonomisierten System gibt es keine Helfer mehr, sondern Dienstleistungsanbieter, in einem ökonomisierten System gibt es keine Sorge um den Anderen mehr,

sondern es gibt eine Lieferung einer bestellt und vertraglich vereinbarten Gesundheitsware. Die Ökonomie bringt also nichts anderes zuwege als die Ablösung des Vertrauensverhältnisses durch ein Vertragsverhältnis. Das ist das Geschäftsmodell, das stillschweigend eingeführt wird.

6. Vom Patienten zum Kunden

Die Politik glaubt, dass über die Etablierung ökonomischer Begrifflichkeiten alle Probleme gelöst werden können. Die Politik glaubt, aus Patienten Kunden machen zu können, und sie verkauft diesen neuen Kundenstatus mit dem Slogan der Freiheit für den Patienten. Es wird kaum bemerkt, dass sich hinter dieser Freiheitssemantik nicht weniger verbirgt als die Tendenz, alle Verantwortung dem Patienten überzustülpen. Der Patient erhält die Verantwortung, eben sich zu informieren und eine für ihn gute Entscheidung zu fällen. Wenn es schief geht, dann fällt das auf den Patienten zurück, weil er sich als mündiger Bürger nicht ausreichend informiert hat. Es wird kaum bemerkt, dass ein solcher euphemistisch verbrämter Umgang mit kranken Menschen nichts anderes darstellt, also eine subtile Form der Entsolidarisierung von ihnen. Hinter dem schönen Begriff der Freiheit und der Mündigkeit verbirgt sich nicht weniger als ein Rückzug des Sozialen und die Einführung einer neuen Patientengeneration, die einerseits dazu berechtigt wird, eine Anspruchshaltung einzunehmen und andererseits aber auch gezwungen wird, als Patient fortan immer auf der Hut zu sein. Kunde sein heißt auf der Hut sein und sich absichern müssen. Bedenken wir aber, dass gerade viele ernsthaft kranke Patienten grundsätzlich auf Hilfe angewiesene Menschen sind, die die Diagnose zunächst in eine Lebenskrise stürzt, so werden wir erkennen, dass dieses Paradigma des wohl informierten Kunden hier einfach nicht funktionieren kann, weil einem solchen hilfsbedürftigen Patienten einfach nicht zugemutet werden kann, in seiner Not auch noch auf der Hut sein zu müssen. Und mehr noch: Wenn der Patient, wie die Politik es so gerne möchte, ein Kunde sein soll, dann hat das zur Folge, dass man diesem Kunden ja nicht primär hilft, sondern doch eher ihm etwas verkauft. Wer als Kunde zahlen kann, dem wird verkauft, ob ihm aber auch tatsächlich geholfen wird, ist nicht ausgemacht. Das ist doch die letzte Konsequenz einer komplett ökonomisierten Medizin. Es wird dann nicht mehr primär und zentral, und schon gar nicht mehr ausschließlich um das Helfen gehen, sondern nur noch um das Verkaufen. Und die Konsequenz ist dann auch: geholfen wird nicht mehr allen, sondern nur noch denen, bei denen es sich rentiert. Stichwort Patientenselektion. Die Kunst einer ökonomisierten Medizin besteht nicht mehr allein darin, gute Behandlungen vorzunehmen, sondern die eigentliche Kunst ist die,

eine gute Patientenselektion zu erreichen. Patienten zu akquirieren, die eine gute Bilanz versprechen, Patienten, die für eine gute Statistik taugen, Patienten, denen man womöglich noch Zusatzleistungen anbieten kann. Am Ende ist es dann eben so, dass die Medizin ökonomisch motiviert dazu tendieren wird, genau die Patienten von vornherein aus ihrem Fokus zu verbannen, die vielleicht der ärztlichen Betreuung am meisten bedürften. Hier zeigt sich ein Grundzug ökonomischen Denkens; denn für den Markt lohnt sich die Investition eben nur dort, wo man mit der Investition auch viel verrichten kann. Der Markt zieht die Versorgung derjenigen Patienten vor, die gut lösbare Probleme haben. Diejenigen, die in weniger gut lösbaren Problemlagen stecken, werden als zu risikoreich eingestuft und daher eher gemieden und somit weiter marginalisiert. Denn wenn eine nennenswerte

deren Beruf ausübt, sondern dass er sich als Person dazu berufen fühlt, dieser Tätigkeit nachzugehen. Der Zahnarztberuf wäre also in dieser Konzeption von Profession ein Beruf, zu dem man sich als ganzer Mensch berufen fühlt. Das heißt auch, dass der Zahnarztberuf den Arzt selbst in seiner ganzen Persönlichkeit beeinflusst. Man macht eben nicht nur eine ärztliche Tätigkeit, sondern man ist zugleich eine ärztliche Persönlichkeit. Ein weiteres Kennzeichen der Profession im Unterschied zum Beruf ist die ganzheitliche Orientierung der professionellen Tätigkeit. Einem Zahnarzt als Teil einer Profession geht es nicht allein darum, einen Zahn zu reparieren. Vielmehr geht es dem Arzt um das Gesamtwohl des Patienten. Das Wohl des Patienten lässt sich eben nicht auf ein Organ reduzieren. Zum zentralen Aufgabenbereich des Zahnarztes als Professioneller gehört daher das Wohl

Die Zahnmedizin kann ihre ureigene Aufgabe, nämlich Anwalt des Patienten zu sein, nur dann erfüllen kann, wenn sie sich als eine freie Profession begreift, die die Freiheit als Verpflichtung begreift, allein im Interesse des Patienten zu entscheiden.

Verbesserung nicht rasch und komplikationslos erreicht werden kann, dann erscheint jeder Einsatz als ineffizient und für das Unternehmen bedrohlich. Der Markt führt also nichts anderes ein als eine Unterwerfung der Medizin unter das Diktat des Erfolges. Alle Maßnahmen, die nicht garantiert und ohne viel Aufwand erfolgreich sein können, werden mehr und mehr ausgeschlossen, einfach weil sie durch das neu etablierte Raster der Rentabilität durchfallen. Das Kriterium der Rentabilität ersetzt den genuin sozialen Gedanken. Das, was einst einfach unabdingbar war, dass man auch dort zu helfen versucht, wo man wenig Chancen hatte, all dieses Unabdingbare wird durch die Ökonomie zur Verschwendung und damit zum Unnötigen umdefiniert.

Schlussfolgerung: Rückbesinnung auf die Zahnmedizin als Profession

Der Zahnarztberuf ist etwas Besonderes. Er ist ein Arzt-Beruf und als solcher eine Profession. Als Profession hat der Arztberuf ganz besondere Charakteristika, die nur eine Handvoll anderer Professionen haben. Profession meint mehr als ein bestimmtes professionelles Können. Profession meint zunächst einmal, dass sie sich auf die gesamte Person bezieht, die die Profession ausübt. Profession bedeutet, dass man eine bestimmte Haltung einnimmt, die man nicht von der Person trennen kann. Die Zahnmedizin als Profession zu begreifen impliziert, dass ein Zahnarzt nicht einfach seine ärztliche Tätigkeit wie jeden an-

der ganzen Person Patient. – Genau an diesem letzten Punkt setzt die Deprofessionalisierungstendenz der zahnärztlichen Tätigkeit an. Im Zuge der zunehmenden Ökonomisierung der Zahnmedizin geht die ganzheitliche Orientierung, die einst Kennzeichen der Profession war, immer mehr verloren; stattdessen schleicht sich immer mehr funktionaler Minimalismus ein, der ökonomisch gewünscht aber ärztlich inakzeptabel ist.

Mit diesen Hinweisen möchte ich verdeutlichen, dass die Zahnmedizin ihre ureigene Aufgabe, nämlich Anwalt des Patienten zu sein, nur dann erfüllen kann, wenn sie sich als eine freie Profession begreift, die die Freiheit als Verpflichtung begreift, allein im Interesse des Patienten zu entscheiden. Ökonomisches Denken kann insofern nur so lange und so weit zugelassen werden, wie das oberste Primat, nämlich allein im Interesse des Patienten zu entscheiden nicht gefährdet wird. Die Lokomotive der Zahnmedizin ist nicht mehr das medizinische Denken, sondern nur noch die Ökonomie, die Vorgaben macht und genau diktiert, was sich rentiert. Erfüllung für den Zahnarzt und echte Hilfe für den Kranken kann sich aber nur dann ergeben, wenn die Ideale für die Zahnmedizin wie Hilfe, Fürsorge und Begleiten weiterhin tragend bleiben. Daher kann die Behandlung von Patienten nur dann wirklich als Hilfe empfunden werden, wenn sie eingebettet ist in einer Vertrauensbeziehung, und diese Vertrauensbeziehung kann ohne die Freiheit des Arztes nicht wirklich realisiert werden.

Eric Banthien

Freiberuflichkeit contra Fürsorgediktatur

Können „Kassenknechte“ Freiberufler sein ?



Dr./RO Eric Banthien,
Vorsitzender der IGZ,
Vorsitzender der KZV Hamburg

Der Zahnarzt muss - und das ist Bedingung für die Zulassung in eigener Praxis - unabhängig sein. Er darf weder in der Wahl seiner Therapie noch in der seiner Materialien oder Vertragspartner äußeren Zwängen unterliegen.

Patienten, Kassen und Politiker profitieren von diesen Bedingungen, denn hier wird eine als öffentlich wahrgenommene Aufgabe in privater Hand und auf eigenes unternehmerisches Risiko von den Ärzten und Zahnärzten erfüllt. Und wie wir das anhand der vielen MVZ-Pleiten sehen, auch mit wesentlich höherer Effizienz, als es anderen Organisationsformen im Gesundheitswesen möglich ist. Trotz dieser Erfahrungen lassen sowohl die Kassen als auch die Politik keine Gelegenheit aus, die Freiberuflichkeit als das eigentliche Problem des Gesundheitswesens zu diffamieren. Der freiberufliche Arzt wird nicht in seinen medizinischen Leistungen gewürdigt, sondern vor allem als unberechenbares Kostenrisiko denunziert. Eine Methode, die Kosten zu drücken, war die Zauberformel vom Wettbewerb. Wettbewerb á la Gesundheitsreform heißt: Der Arzt oder Zahnarzt soll das unternehmerische Risiko alleine tragen, unternehmerischer Erfolg aber gilt als anrüchig. Daneben soll er möglichst williger Erfüllungsgehilfe der Gesundheitspolitik sein und still und brav als „Beauftragter der Krankenkassen“ die versprochenen, aber nicht mehr bezahlbaren medizinischen Leistungen rationieren. Der Heilberufler erscheint quasi als öffentlicher Besitz, über dessen Berufsausübung und Einkommen die öffentliche Meinung zu entscheiden hat und nicht sein persönlicher Fleiß.

Das kürzlich gestellte Ansinnen der Krankenkassen, auch die Privatanteilsrechnungen gesetzlich Versicherter zu prüfen, ist das neueste Glied in einer Kette von Versuchen, die Patienten in Bezug auf ihre behandelnden Ärzte und Zahnärzte zu verunsichern, oder sie gar gegen diese aufzubringen. Ordnungspolitisch gefährlicher noch ist der Ruf der Kassen nach einem eigenen Gebührenkatalog für Zusatzleistungen und nach Verhinderung weiterer Festzuschussysteme. Die Freiheit, eine Versorgung nach eigenen Vorstellungen zu wählen, die das Festzuschussystem für Zahnersatz den Patienten im Jahre 2005 gebracht hat, soll offensichtlich wieder eingeschränkt werden. Und vor allem soll verhindert werden, dass sie auf weitere Versorgungsgebiete ausgeweitet wird.

Diese Vorschläge entbehren klar jeder gesetzlichen Grundlage, aber auch jeder Vernunft. Sie können also nur als Wortmeldung einer übersteigerten Fürsorge verstanden werden. Der Ruf nach Rechnungskontrolle und nach Abschaffung der Festzuschüsse soll den Eindruck erwecken, der Patient werde hier systematisch übervorteilt.

Der Wunsch der gesetzlichen Kassen, alles im Zusammenhang mit ihren Versicherten zu kontrollieren beschränkt nicht nur die freie Berufsausübung der Zahnärzte und Ärzte, sondern auch die Selbstbestimmung der Patienten. Dieser Kontrollwahn ist nicht neu. Er entspringt dem Fürsorgegedanken der Bismarckschen Sozialversicherung. Die Kasse bestimmt, welche Behandlung der Patient zu bekommen hat, der Arzt ist nur ausführendes Organ. Die behandelnden Ärzte waren daher zunächst auch keine Freiberufler, sondern Angestellte der Kassen. Darum werden die Leistungen der Kassen bis heute als Sachleistungen gewährt. Hierin und in den therapeutischen Einschränkungen durch die Verträge, die Richtlinien und den Leistungskatalog der GKV sehe ich den Hauptwiderspruch zwischen der Freiberuflichkeit und der Arbeit als Vertragszahnarzt.

Zu Bismarcks Zeiten war das gerade der neue Ansatz: den Arbeiter als hilfsbedürftigen Menschen zu betrachten. Er war Arzt und Kassenbeamten hoffnungslos unterlegen und ausgeliefert. Die bevormundende Fürsorge war da geradezu Christenpflicht. So eine Position gegenüber seinen Versicherten gibt man natürlich nicht gerne auf. Das Gefühl, die Dinge liefen nicht so gut, wie sie sollten, sobald man sich nicht mehr selbst darum kümmert, ist uns wohl allen geläufig. Und eine über hundert Jahre alte Praxis der Bevormundung durch Fürsorge ist nicht so leicht zu überwinden. Der mündige Patient, der mit seinem Arzt auf Augenhöhe verhandeln kann ist offiziell der Wunsch aller. Aber er ist auch ein Schreckgespenst für seine Betreuer von Alters her. Unsere Patienten werden erwachsen. Die Kassen sehen ihre Versicherten allein ins Leben hinaus schreiten und machen sich fürchterliche Sorgen darum, was sie dort wohl alles anstellen werden. Wie alle „guten“ Eltern sind sie der festen Überzeugung, ohne ihre Anleitung und Führung seien ihre Kinder verloren.

Dieselbe Sorge treibt übrigens auch die Patientenorganisationen um. Kaum institutionalisiert und in den öffentlichen Diskurs eingebunden, macht ihnen

die langsame, aber unaufhaltsame Entwicklung des mündigen Patienten ihre Machtposition wieder streitig. Nicht umsonst sind die Patientenorganisationen sofort auf die Idee der Rechnungsprüfung durch die Kassen und des eigenen Leistungskataloges für Zuzahlungen aufgesprungen. Nicht obwohl die Freiheit des einzelnen Patienten dadurch eingeschränkt wird, sondern gerade deswegen. Nur der unmündige Patient, der der Anleitung und Überwachung bedarf, rechtfertigt die Existenz dieser Organisationen – zumindest in ihrem Selbstverständnis. Dass ein mündiger Patient einen mündigen Dialog führen kann und dabei die Informationen, die diese Organisationen ihm bieten können, sehr wohl nützlich sein können, ist ihnen augenscheinlich zu wenig.

Ein weiterer Weg der Kassen, den Patienten unter Kontrolle zu halten, sind Selektivverträge. Ursprünglich erdacht als Instrumente des Wettbewerbs, oder als Fortsetzung der Einkaufsmodelle, erweisen sich diese Verträge zunehmend auch als Instrumente zur Steuerung der Versicherten. Da werden die Leistungen festgelegt, die der einzelne Patient, der sich in einen solchen Vertrag einschreiben lässt, in Anspruch nehmen darf. Ebenso die (Zahn)Ärzte und anderen externen Vertragspartner. Hier wird eine essentielle Bedingung der ärztlichen Berufsausübung untergraben: das unbedingte Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Andere Zahnärzte und Leistungen sind nicht im Vertrag inbegriffen. Sie sind nicht wirklich ausgeschlossen, aber die Hemmschwelle, sie in Anspruch zu nehmen, ist ungleich höher. Und schon wird der Patient gleich besser kontrollierbar, berechenbarer und ist fürsorglicher Bevormundung leichter zugänglich. Mit der Unterschrift unter einen solchen Vertrag gibt der gesetzlich Versicherte die Reste seiner ohnehin nur mühsam erworbenen Souveränität an der Garderobe ab und steht dem Zahnarzt eben nicht mehr als gleichberechtigter Partner auf Augenhöhe gegenüber.

Grundsätzlich sind alle diese Einschränkungen für die Versicherten, unsere Patienten, auch Einschränkungen unserer Berufsfreiheit. Wenn nämlich die Wahlfreiheit des einzelnen Patienten in der Therapie eingeschränkt wird, schränkt das automatisch auch die Therapiefreiheit des Behandlers ein. Wenn der Patient in der Wahl seines Arztes oder in der Wahl einer bestimmten Versorgung eingeschränkt ist, können wir den Patienten auch nicht mehr völlig frei beraten. Die mündige, gleichberechtigte Partnerschaft wird dadurch behindert.

Es stellt sich also die Frage, wieso wir auf dieser so diffamierten „Ideologie der Freiberuflichkeit“ bestehen und uns nicht einfach in die Rolle des Gesundheitsangestellten der Kassen einfügen. Komfortabler wäre es allemal, nach Tarifarbeitszeiten

mit Urlaubsanspruch, mit gesicherter Rente und ohne all die Risiken wie Investitionen in teure Praxisausstattung, Arzthaftung, gesicherte Lohnzahlungen für die Mitarbeiter, ohne Abrechnungsbürokratie nach Feierabend zu arbeiten. Die Antwort lautet: Weil der Arztberuf unauflöslich auch mit der Freiheit der Therapie verbunden ist. Freiberuflichkeit ist uns kein Selbstzweck oder Kronjuwel beim Feilschen um Besitzstände, sondern die unaufgebbare Voraussetzung unseres Berufes.

Die Freiberuflichkeit ist uns kein Selbstzweck, sondern die unaufgebbare Voraussetzung unseres Berufes.

An der Unabhängigkeit des Arztes haben die Patienten das höchste Interesse - welcher Patient möchte sich schon gern von „Beauftragten der Krankenkassen“ behandeln lassen? Eben wegen unserer Unabhängigkeit bringen uns die Patienten Vertrauen entgegen und dieses besondere Vertrauensverhältnis zu unseren Patienten hat man uns bisher nicht nehmen können. Wir sind ihre Berater und Behandler, Vertrauten und, wenn möglich, lebenslangen Wegbegleiter. Das Wichtigste für den Arzt ist sein Patient und für den Patienten der Arzt. Für diese Verbindung ist es essentiell, dass der Arzt frei und unabhängig seinen Patienten nur zu dessen Wohl beraten kann. Wir müssen also nicht nur selbst Freiberufler bleiben, wir müssen auch unseren Patienten zu mehr Freiheit verhelfen. Die Festzuschüsse und Mehrkostenvereinbarungen waren hier ein wichtiger Schritt, haben sie doch das Zuzahlungsverbot teilweise entkräftet. Nun kann der Patient eine andere als die Kassenleistung wählen, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Der Ausweg aus der Falle der Selektivverträge sind die kollektiven Zusatzverträge mit Mehrwert für die Patienten, die im Gegenteil die Wahlfreiheit der Patienten befördern, wenn sie einen Teil des finanziellen Risikos abdecken. Zugänglich für alle Vertragsärzte schränken sie auch die freie Arztwahl nicht ein.

Für diese Wege in die Freiheit müssen wir uns weiterhin einsetzen. Und wir müssen unserer Selbstverwaltung den Rücken stärken, denn unsere Freiberuflichkeit ist eng mit deren Existenz verbunden. Nur unsere Selbstverwaltung macht Freiberuflichkeit im Korsett der vertragszahnärztlichen Regelungen und Pflichten überhaupt möglich. Denn unsere Interessensvertretungen bilden das notwendige Gegengewicht zur sonst übermächtigen Bevormundung durch die gesetzlichen Krankenkassen. So wird die vertragszahnärztliche Selbstverwaltung letztendlich sogar zu einer Interessenvertretung für unsere Patienten.

Ralf Großbölting

Beauftragter der Krankenkassen oder Freiberufler ?

Stehen wir vor einer Neubestimmung des (zahn)ärztlichen Berufsstandes ?



Dr. Ralf Großbölting,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Medizinrecht in der Kanzlei
kwm - rechtsanwälte, Justiziar
des Bundesverbandes für
Ambulantes Operieren e.V.

Als „freie Berufe“ werden im deutschen Recht insbesondere selbständig ausgeübte Tätigkeiten von Zahnärzten, Ärzten, Schriftstellern, Künstlern, Juristen o. Ä. bezeichnet. Die freien Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt (§ 1 Abs. 2 PartGG).

Typische Merkmale des Freien Berufs sind danach der persönliche Einsatz bei der Berufsausübung, die Erwartung altruistischer Berufseinstellung, das besondere Vertrauensverhältnis zum Patienten, die Eigenverantwortung bei der Berufsausübung und die wirtschaftliche Selbständigkeit in der Berufsstellung.

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre zeigen mehr als deutlich, dass der Gesetzgeber den Spagat zwischen Verstaatlichung und Lenkung des Gesundheitssystems und so beschriebener Freiberuflichkeit nicht in den Griff bekommt und immer mehr zu komplexen, vermeintlich gerechten, Vorgaben neigt. Die Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen ist als Folge dessen gefährdet, teilweise sogar bereits erheblich beeinträchtigt.

Einerseits ist immer wieder und unabhängig von der politischen Farbe der jeweiligen Regierung von Gesundheitswirtschaft, Wettbewerb und Deregulierung (Stichworte: Einzel- und Direktverträge mit den Kassen, Aufgabe der Zulassungssperren, Rabattverträge bei Arzneimitteln, etc.) die Rede, andererseits werden die (zahn)ärztlichen Handlungskorridore durch staatliche Lenkung und sozialrechtliche Einbindung immer enger. Beide Entwicklungen untergraben inzwischen den freiberuflichen Kern des (zahn)ärztlichen Berufsbildes, in dessen Mittelpunkt die ausschließliche Verpflichtung des ärztlichen Handelns auf das Patientenwohl steht. Selbst die zahnmedizinische Kernkompetenz wird durch Leit- und Richtlinien, Bundesmantelverträge, Empfehlungen, etc. stetig eingeschränkt. Kassenleistungen dürfen nur „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12 SGB V).

Seit langem ist speziell das vertragszahnärztliche Vergütungssystem - basierend auf dem Sachleistungsprinzip des SGB V - durch Komplexität, Intransparenz und Unsicherheit hinsichtlich der konkreten Honorierung von zahnärztlichen Leistungen geprägt. Die Kombination von HVM, Degression und Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein stetes Ärgernis. Das Sozialgesetzbuch V regelt zwar, dass die zahnärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden müssen. Die sozialgerichtliche Rechtsprechung geht aber davon aus, dass ein Vertragszahnarzt (regelmäßig) keinen Rechtsanspruch auf eine angemessene Vergütung seiner Tätigkeit habe, sondern lediglich einen Anspruch auf eine angemessene Teilhabe an der Verteilung der Gesamtvergütung. Damit wird die Konsequenz in Kauf genommen, dass bei einer unangemessen niedrigen Gesamtvergütung und einer immerhin angemessenen Teilhabe an der Verteilung dieser Gesamtvergütung kein Rechtsanspruch von Vertragszahnärzten auf eine angemessene Vergütung der einzelnen Leistungen besteht. Mit anderen Worten: Wenn es insgesamt zu wenig zu verteilen gibt, kann sich die gesetzliche Vorgabe nicht umsetzen lassen.

Zwar wird das Vergütungssystem durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Bereich der zahnärztlichen Behandlung ohne Zahnersatz weiterentwickelt. Ab dem Jahr 2013 wird die Budgetierung, also die Anbindung der zahnärztlichen Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme, aufgehoben und die regionalen Vertragspartner erhalten größere Verhandlungsspielräume. Zudem sollen sich die zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen u. a. für Zahnsteinentfernung, für Füllungen sowie zur Behandlung von parodontalen Erkrankungen stärker an dem krankheitsbedingten Behandlungsbedarf der Versicherten ausrichten. Ob dies allerdings zu größeren Veränderungen beim einzelnen Zahnarzt führt, darf bezweifelt werden.

Auch die berufliche Selbstverwaltung - als freiheitliches Organisationsprinzip mit dem Gedanken der Freiberuflichkeit untrennbar verbunden - wird trotz der Änderungen ab dem Jahre 2013 durch den Gesetzgeber weiterhin eher eingeschränkt als gefördert.

Nun droht – im negativen Sinne – der Höhepunkt dieser Entwicklung. Ausgelöst durch mehrere Strafverfahren wird seit einiger Zeit intensiv diskutiert, ob (Zahn-)Ärzte auch als Beauftragte der Krankenkassen oder als deren Amtsträger anzusehen sei-

Die Fragestellung wurde nun dem Großen Senat für Strafsachen des BGH zur Entscheidung vorgelegt, der in den kommenden Monaten darüber befinden will. Die Beantwortung der offenen Fragen hat erhebliche Auswirkungen auf die Strafverfolgungspraxis im weit verbreiteten Bereich der Zusammenarbeit zwischen Labor und Zahnarzt oder des Pharmamarketings. Unzulässiges Zusammenwirken könnte dann nicht nur berufsrechtlich relevant sein, sondern auch eine Straftat darstellen.

Die Sanktionierung von Fehlverhalten scheitert oft nicht am mangelnden Willen der berufsständischen Selbstverwaltung, sondern an der Rechtsprechung der Sozialgerichte. ... Bevor strafrechtliche Instrumente entwickelt werden, ist der Gesetzgeber gefordert, zunächst einmal die Sanktionsmöglichkeiten der Selbstverwaltung zu stärken.

en. Hintergrund sind Bestrebungen aus Politik und Justiz, insbesondere Praktiken aus dem Bereich des „Pharmamarketings“ künftig mit strafrechtlichen Mitteln sanktionieren zu können. Bislang galten Ärzte im Sinne des Strafgesetzbuches weder als Beauftragte der Krankenkassen noch als Amtsträger. Mit dieser Begründung lehnten Gerichte häufig Klagen wegen Vorteilsnahme oder Bestechlichkeit gegen Ärzte ab. Das Oberlandesgericht Braunschweig vertrat nun am 23. Februar 2010 erstmalig die Auffassung, ein Vertragsarzt sei als Beauftragter des „geschäftlichen Betriebes“ der Krankenkassen anzusehen. Im zugrunde liegenden Fall warf die Staatsanwaltschaft Braunschweig einem Apotheker vor, für die Bevorzugung bei der Verschreibung von Zytostatika einem Vertragsarzt 187.000 DM für den Umbau seiner Praxis und später 2.000 EUR monatlichen Mietzuschuss gezahlt zu haben.

In einem anderen Fall entschied der 3. Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) im Mai 2011, ein niedergelassener Vertragsarzt sei bei der Verordnung von Hilfsmitteln als Amtsträger im Sinne des §11 StGB anzusehen. Der 3. Strafsenat vertritt die Auffassung, dass die Zuwendung von Vorteilen, die einem (Zahn) Arzt im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit gewährt würden, den Tatbestand der Vorteilsannahme nach § 331 StGB und der Bestechlichkeit nach § 332 StGB erfüllen könne. Begründet wurde dies mit der Einbindung in das GKV-System über die Zulassung. Mit der Behandlung der Versicherten über der Vertrags(zahn) arzt eine ihm im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übertragene „öffentliche Aufgabe“ aus. Auch die Frage, ob der (Zahn)Arzt im Sinne des § 299 StGB als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen handelt, wurde ausführlich diskutiert.

Unabhängig von der strafrechtlichen Komponente und juristischen Bewertung des Einzelfalls: Sollte der BGH den Arzt und damit auch den Zahnarzt als Amtsträger oder Beauftragten der Krankenkassen einordnen, ist zu befürchten, dass das Konsequenzen für den Berufsstand hätte. Die Krankenkassen bekämen mehr Einfluss auf die ärztliche Berufsausübung und die primäre Rolle des Zahnarztes als (medizinischer) Anwalt des Patienten könnte weiter demontiert werden. Ohne die klare Verpflichtung auf das Wohl des Patienten wäre der Zahnarzt und Arzt als Freier Beruf kaum mehr denkbar.

Die zahnärztliche Selbstverwaltung hat lange vor diesen Diskussionen zur strafrechtlichen Beurteilung berufsrechtliche Mechanismen der Selbstkontrolle entwickelt. In der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer heißt es deutlich: „Dem Zahnarzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung, die Empfehlung oder den Bezug für Patienten von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten eine Vergütung oder sonstige vermögenswerte Vorteile für sich oder Dritte versprechen zu lassen oder anzunehmen.“ Die Sanktionierung von Fehlverhalten scheitert oft nicht am mangelnden Willen der berufsständischen Selbstverwaltung, sondern an der Rechtsprechung der Sozialgerichte. Hier werden Disziplinaentscheidungen der Selbstverwaltung häufig abgemildert oder ganz gekippt. Bevor strafrechtliche Instrumente entwickelt werden, ist der Gesetzgeber gefordert, zunächst einmal die Sanktionsmöglichkeiten der Selbstverwaltung zu stärken. Das wäre nicht nur – der Jurist hat bei jeder Maßnahme die Verhältnismäßigkeit zu prüfen – ein milderer Mittel, sondern auch im Übrigen ein angemessener Schritt in die richtige Richtung.

Brita Petersen

Ist die „Feminisierung der Zahnmedizin“ eine Gefahr für die Freiberuflichkeit ?



Dr. Brita Petersen,
ehem. Präsidentin der Zahn-
ärztekammer Bremen, Vorsit-
zende von „Women Dentists
Worldwide“, Mitglied im Vor-
stand des Deutschen Ärztin-
nenbundes

Geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Realisierung von Arbeitsschwerpunkten

Quelle: „Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie“, IDZ Köln, 2010

Seit Jahren bereits ist es unübersehbar: Von Jahr zu Jahr steigt der Anteil der Frauen und es ist nur noch eine Frage der Zeit, bis Frauen die Mehrheit im Berufsstand stellen. Beim Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Köln geht man davon aus, dass es 2017 erstmals mehr Zahnärztinnen als Zahnärzte in Deutschland geben wird. Der Wandel ist so kraftvoll, dass man sich inzwischen Gedanken darüber macht, wie man den männlichen Bewerbern um einen Studienplatz den Einstieg erleichtert. In allen Studiengängen der Zahnmedizin sind weit weniger Studenten als Studentinnen zu finden. Erste Stimmen sprechen inzwischen von der Notwendigkeit, eine „Männerquote“ einzuführen. Der zahnärztliche Berufsstand verändert sich dramatisch und wird von vielen männlichen Berufskollegen auch so empfunden. Aber worin ist die Erregung begründet? Wird dieser Entwicklung möglicherweise ein Stellenwert gegeben, der ihr gar nicht zusteht?

Herausforderung für den Berufsstand

Neben diffusen Befürchtungen, dass sich mit einer „Feminisierung des Berufsstandes“ langfristig das Selbstverständnis des Berufsstandes verändern würde, gibt es bereits heute Herausforderungen, die durch den Wandel entstehen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für Zahnärztinnen immer noch ein weit größeres Problem als für die männlichen Kollegen. Mit steigendem Anteil von Zahnärztinnen sinkt auf Grund von Teilzeitmodellen, Schwangerschafts- und Kinderbetreuungspausen die durchschnittliche Arbeitszeit pro Zahnarzt/Zahnärztin. Da geht es um den versorgungspolitischen Aspekt: Wir müssen uns

auf diese Entwicklung vorbereiten und dafür sorgen, dass keine Versorgungsentpässe entstehen. Eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung fordert die Beteiligung aller Hochschulabsolventen. Dieses Problem wurde auf der höchsten standespolitischen Ebene auch erkannt. Ein Memorandum zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung wurde im November 2011 von der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer und der Vertreterversammlung der KZBV ohne Gegenstimme verabschiedet. Das Memorandum beschreibt die Erwartungen von Zahnärztinnen und Zahnärzten an die veränderten Bedingungen und setzt sich für die Berufsausübung und auch ehrenamtliche Tätigkeit ein.

Die Bundeszahnärztekammer nimmt seit März 2012 auch an den Gesprächen des Arbeitstreffens des Runden Tisches unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums teil, bei dem es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen geht. Der seit 1995 bestehende BZÄK-Ausschuss für die Belange der Zahnärztinnen wird neu aufgestellt. Darüber hinaus wurde ein Kooperationsvertrag mit dem Zahnärztinnen-Berufsverband Dentista abgeschlossen.

Zahnärztinnen in der Standespolitik

Das Interesse an standespolitischer Mitarbeit war meiner Erfahrung nach immer da, nur die Umsetzung oft zeitlich nicht möglich. Die Sitzungen der Gremien finden häufig abends statt und dauern sehr lange. Junge Kolleginnen erscheinen dort manchmal immer noch wie Exoten. Wenn innerhalb der Familie keine Kinderbetreuung gewährleistet ist und der bezahlte Babysitter nur begrenzt zur Verfügung steht, das Kind krank ist etc., entsteht schon ein Problem. Später ist für die Schulkinder eine Hausaufgabenkontrolle zu gewähren und immer auch ein positiver Familienabend vorm Einschlafen sicherzustellen. Deshalb engagieren sich Kolleginnen häufig erst, wenn die Kinder aus dem Größten heraus sind und nicht andere Hobbys inzwischen dominieren. Leider erwarten viele Kolleginnen auch unmittelbaren Erfolg aus dem standespolitischen Einsatz, der ja nicht immer zu erwarten ist. Einwände wie: „Was

	Geschlecht Frauen (%)	Männer (%)	Chi-Quadrat-Test (p)
Kinderzahnheilkunde	44,0	20,8	0.000
Prophylaxe/Prävention	78,7	69,1	0.002
Parodontologie	51,7	59,3	0.039
Endodontologie	33,3	43,1	0.007
Prothetik	51,7	65,2	0.000
Implantologie	30,0	57,3	0.000
Kieferorthopädie	12,3	7,4	0.016

bringt denn das? Was habe ich davon außer Ärger?“ sind für mich nicht ungewöhnlich.

Zahnärztinnen im Beruf - Besonderheiten und Chancen für den Berufsstand

Das IDZ in Köln hat im Rahmen der umfangreichen Studie „Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie“ (2010) auch einige interessante Daten zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten von Zahnärztinnen und Zahnärzten erhoben. Klare Unterschiede

Belastungen mit bürokratischen „Nebentätigkeiten“, weitgehend überschaubare Arbeitszeiten, Urlaubsentgelt, bei einem Umzug aus Karrieregründen des Partners entfallen finanzielle Verpflichtungen. Viele Zahnärztinnen entscheiden sich deshalb - zumindest zeitweise - für ein Angestelltenverhältnis.

Abgesehen davon, dass die Ausübung eines Freien Berufes nicht an wirtschaftliche Selbständigkeit gebunden ist, wie wir es ja auch an anderen Gruppen wie Rechtsanwälten, Steuerberatern sehen, kann aber bei Zahnärztinnen nicht von einer „Angestelltenmentalität“ gesprochen werden. Häufig ändert sich die

Die durchaus vorhandenen Gefahren für eine Deprofessionalisierung gehen nicht etwa von einer „Feminisierung des Berufsstandes“, sondern von äußeren Entwicklungen wie der zunehmenden Bürokratisierung und Ökonomisierung aus.

gibt es in Bezug auf die Arbeitsschwerpunkte: Frauen dominieren z.B. die Kinderzahnheilkunde, Männer sind unter den Implantologen häufiger zu finden (siehe Tabelle).

Die Zahlen des IDZ zeigen auch, dass sich Zahnärztinnen nicht so stark im wirtschaftlichen Wettbewerb sehen wie die männlichen Kollegen. Möglicherweise zeigen sich ja Frauen resistenter gegen die oft beklagten Vergewerblichungstendenzen im Berufsstand.

Wie in vielen Bereichen der Gesellschaft gibt es auch in der Zahnmedizin Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern. Angestellte Zahnärztinnen verdienen einer Studie des DIW zufolge mit 19,33 EUR/Stunde erheblich weniger als die männlichen Kollegen mit 25,50 EUR/Stunde.

Die vielzitierten „weichen“ Kompetenzen von Frauen machen sich auch im Berufsalltag bemerkbar. Zahnärztinnen sind oft kommunikativer im Umgang mit Patienten. Sie gehen eher auf die Argumente ein, seien es Beschwerden oder Klagen. In etlichen mir bekannten Praxen werden „Problem“-Patienten mit diesem Mitteilungsbedürfnis auch gern mal an die Kollegin abgegeben.

Angestelltenverhältnis contra Freiberuflichkeit ?

Eine der am häufigsten geäußerten Befürchtungen ist, dass der seit einiger Zeit zu beobachtende Trend zu mehr Angestelltenverhältnissen das klassische freiberufliche Selbstverständnis des Berufsstandes unterhöhlen könnte. Das Angestelltenverhältnis wird - sicher nicht ganz zu unrecht - auch mit einer „Angestelltenmentalität“ in Verbindung gebracht.

Unzweifelhaft sind Angestelltenverhältnisse durchaus attraktiv für Zahnärztinnen, die Beruf und Familie in Einklang bringen müssen. Die Vorteile liegen auf der Hand: Kein wirtschaftliches Risiko und keine zeitlichen

Berufsausübungsform, wenn die Kinder aus der Betreuungphase entwachsen sind. Die Zahlen des IDZ zeigen auch, dass das Ziel einer Niederlassung in eigener Praxis auch für Zahnärztinnen nach wie vor sehr hoch ist (90%). Von einem Mentalitätswechsel kann daher nicht gesprochen werden.

Ausblick

Männer und Frauen sind verschieden. Das Märchen der Gleichheitsillusion ist vorbei. Im Unterschied zu radikalen Feminismusdebatten geht es heute weniger um Geschlechterkämpfe, sondern darum, die vorhandenen Potentiale beider Geschlechter für den Berufsstand produktiv zu machen. Unterschiede in den fachlichen Spezialisierungen müssen da nicht stören. Was ist dagegen einzuwenden, wenn Männer häufiger implantieren und Frauen vermehrt in der Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie zu finden sind?

Entgegen allen Befürchtungen ist auch nicht davon auszugehen, dass die Zahnmedizin in absehbarer Zeit ein reiner Frauenberuf werden wird.

Die Studie des IDZ stellt fest, dass es sich bei der Zahnärzteschaft „um eine nach wie vor hochgradig homogene Berufsgruppe handelt mit sensibler Wahrnehmung der demographischen, sozialmedizinischen und kulturellen Entwicklungen im Medizinsystem“. Geschlechterdifferenzen werden sich bezüglich des beruflichen Selbstverständnisses der Freiberuflichkeit weit weniger bemerkbar machen, als es die mit den zahlenmäßigen Entwicklungen eingetretenen Befürchtungen erwarten lassen. Die durchaus vorhandenen Gefahren für eine Deprofessionalisierung gehen nicht etwa von einer „Feminisierung des Berufsstandes“, sondern von äußeren Entwicklungen wie die zunehmende Bürokratisierung und Ökonomisierung aus.

Michael Sonntag

Zwischen Freiheit und Kontrolle

Chancen und Risiken des zahnärztlichen Qualitätsmanagements



Dr. Michael Sonntag, Bochum
Vorsitzender des WZW -
Wählerverband Zahnärzte
Westfalen e.V.,
Beisitzer im Vorstand der IGZ

Qualitätsmanagement ist nicht nur ein modernes Schlagwort, sondern ein sinnvolles Verfahren, um Abläufe und Strukturen in der Zahnarztpraxis planbar, nachvollziehbar und regelbar zu gestalten. Zahnärzte können davon vielfältig profitieren. Zugleich bietet das Qualitätsmanagement aber Raum für externe Einflussnahmen. Wo normiert und strukturiert wird, entsteht auch die Verheißung einer Kostenkontrolle, was Krankenkassen und Gesundheitspolitiker auf den Plan ruft. Damit besteht die reale Gefahr, dass ein sinnvolles Instrument der Praxisoptimierung simplifiziert, verballhornt und für die Interessen von Kassen und Politik missbraucht wird.

Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis

Historisch entwickelten sich die Verfahren und heutigen Standards des Qualitätsmanagements in der Industrie, um einzelne, vordergründig voneinander unabhängige Fertigungsprozesse effizient zusammenführen zu können. Aber auch der praktizierende Zahnarzt sollte Interesse an Qualitätsmanagementstrukturen haben. Denn den ihm als brandneu verkauften plan-do-check-act-Zyklus hat er wohl schon immer informell ausgeführt, wenn seine Praxis stabil funktioniert. Zusätzlich schaffen grundlegende Elemente des Qualitätsmanagements durch schriftliche Niederlegung wichtiger Arbeitsabläufe und Praxisstrukturen sowie Verantwortlichkeiten und die Formulierung von terminierten Zielen Transparenz für Behandler und Mitarbeiter, was, wenn gemeinsam erarbeitet und regelmäßig reflektiert wird, flüssigeres Arbeiten ermöglicht und auf das gesamte Team motivierend wirkt.

Diese positiven Effekte waren ausschlaggebend, als sich gegen Ende der 1990er Jahre eine merkliche Zahl niedergelassener Zahnärzte mit der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in ihren Praxen befasste. Grundlage für die meisten Kollegen war die damals für Qualitätsmanagementsysteme im Dienstleistungsbereich bestehende ISO-Norm, was an ihrer schlüssigen Struktur und dem Mangel an Alternativen lag, sicher aber auch an den sich in zunehmender Zahl anbietenden externen Coaches, die bereits Erfahrungen in Dienstleistungsbetrieben und der Industrie gesammelt hatten. Wesentliche Elemente dieser Norm

liegen auch den inzwischen verbindlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Grunde.

In ihrem Charakter ist die oben angeführte Norm überwiegend prozess- und strukturorientiert. Dadurch hilft die Anwendung aus ihr abgeleiteter Elemente bei der Organisation von Praxisabläufen. Das Evaluieren von Zielen mittels Kennzahlen erleichtert ein Benchmarking. Gleichzeitig wird auch die externe Kontrolle vorgegebener Anforderungen erleichtert. Allerdings birgt das auch die Gefahr einer Uniformierung und Formalisierung von Behandlungsabläufen. Letztlich spielen bei diesem Qualitätsmanagement die Voraussetzungen für das Erreichen von Behandlungsergebnissen eine größere Rolle als die Ergebnisse selbst. Das ist durchaus sinnvoll, wenn es um die Einhaltung von Grundsätzen und Regeln im Hygiene- und Röntgenbereich sowie bei Behandlungsdokumentation und Abrechnung geht, kann aber bei Diagnostik und Therapie einschnüren. Gefühlt wird das zahnärztliche Berufsbild bei formaler und extensiver Ausformung eines solchen Qualitätsmanagements in Richtung eines ausführenden Dienstleisters gerückt.

Gefahren für die Therapiefreiheit

Bislang wird die Umsetzung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses lediglich stichprobenartig durch die KZVen überprüft. Nur die Zahnarztpraxen, die sich komplett ISO-Normen unterwerfen und sich entsprechend zertifizieren lassen, unterziehen sich regelmäßiger externer Auditierung. In einigen qualitätsmanagementorientierten Praxengruppen finden reziproke Auditierungen bzw. Visitationen statt. Qualitätsmanagement im Sinne der ISO-Normen bietet aber auch Raum für weitergehende externe Kontrolle. So deutet sich bereits ein wachsendes Interesse von Politik und Krankenversicherern an einer solchen Kontrolle an – mit allen bürokratischen Konsequenzen für die Zahnarztpraxis und mit Folgen für die Therapiefreiheit.

So sind beispielsweise in den von der BARMER GEK, der Deutschen BKK und den Barmenia Versicherungen gemeinsam mit der Firma Quality Smile propa-

gierten Kundenprogrammen für die teilnehmenden Zahnarztpraxen auch jeweils an die ISO-Norm angelehnte Qualitätsmanagementsysteme implementiert. Die Krankenkassen verfolgen in diesen Programmen sicher neben dem Ziel der Kundengewinnung und -bindung auch das Ziel ökonomischer Effizienzsteigerung einzelner Behandlungsabläufe, insbesondere derjenigen, deren zusätzliche Bezuschussung Teile des jeweiligen Programms sind. Dem Zahnarzt wird die Zuführung von Patienten in Aussicht gestellt, wofür er Eingriffe in die Honorargestaltung der betroffenen Behandlungen sowie eine Bindung an bestimm-

nachvollziehbar darzustellen und jene Verantwortung auszufüllen. Für die Reformdebatten in Deutschland wäre es sicher hilfreich, sich dieses Schweizer Modell einmal näher anzusehen.

Zukunft aktiv gestalten

Wir Zahnärzte sollten uns Elemente des (industriellen) Qualitätsmanagements für die Organisation unserer Praxen zu Nutze machen. Gleichzeitig darf es aber keine Vereinheitlichung unserer Praxisstrukturen und -abläufe geben, da eine solche unseren eigenen unterschiedlichen Voraussetzungen, aber vor allem

Wir sollten losgelöst von ISO-Normen eigene zahnärztliche Qualitätsmanagementsysteme entwickeln, bei denen neben wählbaren Strukturen für Praxis- und Arbeitsorganisation [...] vor allem Behandlungsziele und Ergebnisse, also unsere Patienten, im Vordergrund stehen.

te zahntechnische Laboratorien hinnimmt, letzteres unter verschiedensten Aspekten ein Schritt in Richtung Industrialisierung. Qualitätsmanagement dient hier eher der Vereinheitlichung und dem Marketing und kann schnell die ärztliche Therapiefreiheit aushöhlen.

Positives Beispiel Schweiz

Qualität in Diagnose und Therapie benötigt Eigenverantwortung und Selbstkontrolle! Die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft SSO hat bereits seit mehr als zehn Jahren Qualitätsleitlinien etabliert, die wesentlich stärker ergebnisorientiert sind. Prozess- und Strukturorientierung findet sich hier konsequenterweise vor allem im Hygiene- und im Röntgenbereich. Ansonsten steht das Erreichen fallspezifischer Behandlungszielqualitäten, also das individuell patientenbezogen erreichbare Therapieergebnis im Vordergrund. Dabei wird eine Selbstbewertung an Hand einer Qualitätsskala durch den behandelnden Zahnarzt vorgenommen. Dem erreichbaren Behandlungsziel werden die gesamte komplexe medizinische und soziale(!) patientenbezogene Ausgangssituation sowie die praxisindividuellen Gegebenheiten (Struktur!) zu Grunde gelegt, wobei der zahnmedizinische Anfangsbefund mit der selben Qualitätsskala wie das spätere Ergebnis bewertet wird. Systematisch für sämtliche zahnmedizinischen Behandlungsarten und -formen bzw. Befundkategorien gelistete Kriterien bestimmen die Einordnung von Anfangs- und Endbefund in die Qualitätsskala, welche die Immanenz einer möglichen Therapiebedürftigkeit (auch einer bereits abgeschlossenen Behandlung!) bestimmt. Dem praktizierenden Zahnarzt wird damit eine große Verantwortung übertragen, aber er erhält mit diesen Leitlinien ein gutes Instrument, Therapieentscheidungen und Ergebnisse

den individuellen Bedürfnissen und Erkrankungen unserer Patienten entgegen steht. Behandlungen und Therapieergebnisse sollten evaluierbar, jedoch einer übermäßigen Kontrolle durch Staat und Krankenversicherer entzogen sein. Bereits einschlägig angestellte Überlegungen zur sogenannten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sind dahin deutend eine Warnung. Zu schnell wandert der Fokus vom individuellen Fall zu den allgemeinen Kosten und deren Reduzierung. Zu groß ist die Gefahr der Normierung von Behandlungsabläufen (und Therapiezielen!), die dem Individuum Patient mit seiner immer speziellen Erkrankung und dem ihn behandelnden Individuum Zahnarzt nicht gerecht werden kann.

Wir sollten losgelöst von ISO-Normen eigene zahnärztliche Qualitätsmanagementsysteme entwickeln, bei denen neben wählbaren Strukturen für Praxis- und Arbeitsorganisation, den verbindlichen vorhandenen Normen für Hygiene (praxisrelevant neu strukturiert) und Röntgen sowie Richtlinien für Dokumentation und Abrechnung vor allem Behandlungsziele und Ergebnisse, also unsere Patienten, im Vordergrund stehen. Hierbei sollte die Selbstbewertung eine wichtige Größe sein. Darauf setzen im Übrigen als Bausteine bereits vorhandener Qualitätssicherungsstrukturen unser etabliertes zahnärztliches Gutachterwesen und die Patientenberatungsstellen der Kammern auf! Als weiteres Element sollten wir gegenseitige kollegiale Visitationen durchaus auch fachrichtungsübergreifend und unter Einbeziehung der Mitarbeiter, in der Praxis etablieren. Aus einem solchen gemeinsamen Handeln wird sich eine innere Einheit ergeben, die den Freien Beruf Zahnarzt in seinem Charakter und in seinem öffentlichen Bild wesentlich stärken wird!

Ellen Madeker

Zur Zukunft der zahnärztlichen Freiberuflichkeit in Europa.



Dr. Ellen Madeker,
Vorsitzende der Auslands-
gruppe Europa der FDP,
Brüssel

Europa gewinnt für die Freien Berufe und damit auch für die Zahnärzteschaft zunehmend an Bedeutung. Auf diese Entwicklung hatte der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) schon im Rahmen seines im Jahre 2009 veröffentlichten Leitbildes der Freien Berufe hingewiesen. Dies gilt für Fragen der zahnärztlichen Ausbildung ebenso wie für die Berufsausübung und die zahnärztliche Selbstverwaltung. Das Leitbild geht davon aus, dass Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung als Organisationsprinzip untrennbar miteinander verbunden sind. Doch werden das nationale Regelungsumfeld und die Bedeutung der Freien Berufe für die Gesellschaft in Brüssel nicht nur positiv gesehen. Vielmehr werden aktuell grundsätzliche politische Fragen aufgeworfen, die den Berufsstand in erheblicher Weise tangieren und in deren Diskussion die Bundeszahnärztekammer engagiert vertreten ist.

Hintergrund

Die Freien Berufe einschließlich der Zahnärzteschaft stellen nach deutschem Verständnis eine besondere Gattung des „Dienstleistungsgewerbes“ dar. Entsprechend der Definition der BFB-Mitgliederversammlung aus dem Jahre 1995 erbringen die Angehörigen Freier Berufe auf Grund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig geistig-ideelle Leistungen im gemeinsamen Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit. Ihre Berufsausübung unterliegt in der Regel spezifischen berufsrechtlichen Bindungen nach Maßgabe der staatlichen Gesetzgebung oder des von der jeweiligen Berufsvertretung autonom gesetzten Rechts, welches die Professionalität, Qualität und das zum Auftraggeber bestehende Vertrauensverhältnis gewährleistet und fortentwickelt. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat sich diese „Definition“ in einem Urteil vom 11. Januar 2001 im Wesentlichen zu eigen gemacht und ihr dadurch zu europäischer Bedeutung verholfen, auch wenn von einer rechtsverbindlichen Definition im engeren juristischen Sinne nicht gesprochen werden kann. Dennoch war sie Grundlage für verschiedene gesetzgeberische Begriffsbeschreibungen auf europäischer Ebene, die auch Wirkung gegenüber der Zahnärzteschaft entfalten.

EU: Berufsanererkennungs- und Abschlussprüfer-Richtlinie

Der europäische Gesetzgeber macht sich vor dem Hintergrund der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise daran, das Recht der Freien Berufe auf nationaler Ebene zu deregulieren. Dabei sind auch widersprüchliche Entwicklungen zu beobachten.

Mit der anstehenden Revision der sogenannten Berufsanererkennungsrichtlinie will die Europäische Kommission nationale Verwaltungsverfahren bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen straffen. Davon sind auch die Zahnärzte betroffen. So soll vor allem der Zugang von „EU-Mitbewerbern“ auf die nationalen Märkte gefördert werden. Weitergehende Forderungen betreffen die Einführung sogenannter Europäischer Berufsausweise und die damit verbundene „Genehmigungsfiktion“, wonach ausländische Freiberufler zukünftig nach Fristablauf auch ohne Zulassung ihre Tätigkeit im Aufnahmestaat aufnehmen können. Auch die Mindestanforderungen an die zahnärztliche Ausbildung sollen gelockert werden, indem die Anerkennung von auswärtigen Universitätsabschlüssen anhand von Ausbildungsjahren, nicht jedoch nach Ausbildungsstunden, erfolgt.

Mit ihrem Vorschlag zur Revision der sogenannten Abschlussprüfer-Richtlinie macht die Europäische Kommission deutlich, dass ihr auch nationale Systeme der Selbstverwaltung bei Freien Berufen ein Dorn im Auge sind. Sie plant eine Übertragung von Kernkompetenzen der Selbstverwaltung auf staatliche Strukturen. Im konkreten Fall sollen die EU-Mitgliedsstaaten sicherstellen, dass die Zulassung zum Beruf und die Qualitätssicherung der Abschlussprüfer zukünftig ausschließlich durch staatliche Stellen vorgenommen werden, an denen keine Berufsangehörigen beteiligt sind. In einer begleitenden EU-Verordnung sollen die Honorare von Abschlussprüfern zudem über Maximalhonorare gedeckelt werden.

OECD und Freie Berufe

Nicht nur die EU erhöht den Druck auf die Freien Berufe. Auch die OECD fordert ihre Mitgliedsstaaten dazu auf, weitreichende Deregulierungsmaßnahmen

für die Freien Berufe auf den Weg zu bringen, ausdrücklich auch für Deutschland. So sollen zur Steigerung der Inlandsnachfrage die Rahmenbedingungen für Investitionen und Innovationen für den Heimmarkt verbessert werden – insbesondere für den Dienstleistungssektor. Konkret nennt der Bericht „die Senkung der strikten Regulierung in einigen Dienstleistungssektoren, speziell in den Freien Berufen“. Solche Re-

im Zusammenhang mit den Leistungen aus dem Europäischen Rettungsschirm.

Ausblick

Die Freien Berufe und mit Ihnen der Berufsstand der Zahnärztinnen und Zahnärzte sind auf verschiedenen Ebenen zum Ziel zahlreicher Reformbestrebungen in Europa geworden. Wohin dies letztlich führt,

Die Freien Berufe und mit Ihnen der Berufsstand der Zahnärztinnen und Zahnärzte sind auf verschiedenen Ebenen zum Ziel zahlreicher Reformbestrebungen in Europa geworden. Wohin dies letztlich führt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klar auszumachen.

formen hätten nach Ansicht der OECD den Vorteil, den strukturell hohen Leistungsbilanzüberschuss abzubauen, was zum Abbau globaler Ungleichgewichte beitragen würde. Dabei will sie vor allem Regelungen zur Beschränkung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Angehörigen der Freien Berufe sowie die Regulierung von Werbung, Preisen und Honoraren abschaffen. Eine weitere Forderung betrifft die Abschaffung der Pflichtmitgliedschaft in Kammern. Da Deutschland im Vergleich der 27 Mitgliedsstaaten nur auf Platz 22 von 27 in Bezug auf die Regulierungsdichte im Dienstleistungssektor kommt, ist unschwer auszumachen, dass die OECD für die Freien Berufe in anderen Staaten noch weitaus rigorosere Deregulierungsmaßnahmen fordert.

Unter dem Druck der Finanz- und Wirtschaftskrise und gestützt auf eben diese OECD-Berichte machen sich einige EU-Mitgliedsstaaten – allen voran Italien – auf, die Freien Berufe weiter zu deregulieren und vor allem das Berufsrecht der Freien Berufe zu hinterfragen. Dabei geraten die Freien Berufe in den Strudel von Reformbemühungen, die mit dem Aufbrechen von bürokratischen Verkrustungen und zweifellos dringend nötigen Deregulierungen der heimischen Wirtschaft eine Steigerung der Produktivität und internationalen Konkurrenzfähigkeit bewirken sollen. Verwiesen sei hier nur auf das von Italiens Ministerpräsidenten Ende Januar 2012 vorgelegte Reformpaket. Damit will Italien die Gebührenordnungen u. a. von Rechtsanwälten und Apotheken abschaffen und für Ärzte verbindliche schriftliche Kostenvoranschläge einführen. Weiterhin sollen der Notarsvorbehalt und die Zulassungsbeschränkungen für Apotheken fallen. Ähnliche Entwicklungen deuten sich auch in anderen EU-Mitgliedsstaaten an, vor allem

ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klar auszumachen. Die letzten massiven Versuche zum Eingriff in die in Deutschland gut funktionierende Selbstverwaltung bei Freien Berufen und damit das Modell „Soziale Marktwirtschaft“, das ohne seine ordnungspolitischen Strukturen so nicht denkbar ist, sind Mitte des letzten Jahrzehnts nicht zuletzt durch den EuGH ausgebremst worden. Neu ist jedoch, dass die Finanz- und Wirtschaftskrise vor allem in (Süd-)Europa zum Anlass neuer Bestrebungen genommen wird. Aus liberaler Sicht sind die dargelegten staatlichen Eingriffs- und Regelungskompetenzen mit größter Vorsicht zu genießen. Grundsätzlich gilt: Jede nichtstaatliche Regelung ist besser als eine staatliche.

Es sollte uns ein Anliegen sein, auch in einem immer weiter zusammenwachsenden Europa das Konzept der Freiberuflichkeit zu schützen und dafür zu werben. Denn die Freiberuflichkeit sichert eine leistungsfähige Versorgung und steht nicht zuletzt auch für eine Kultur der Mündigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Bürgers in einer freien Gesellschaft. Gerade weil der freiberufliche (Zahn-)Arzt bereit ist, Verantwortung zu übernehmen und Risiken zu tragen, um Erfolge zu realisieren, garantiert er eine besonders hochwertige Versorgung und zuverlässige Leistung. Daher ist die Freiberuflichkeit auch ein starkes ordnungs- und wettbewerbspolitisches Konzept. Diesem ist es zu verdanken, dass wir in Deutschland eine so leistungsfähige Versorgung haben, die sich im internationalen Vergleich sehen lassen kann. Angesichts der aktuellen Entwicklungen erscheint es daher erforderlich, dieses Konzept nachdrücklich in Brüssel zu vertreten und dazu die erforderlichen Partner zu ermuntern, wie etwa die Bundeszahnärztekammer, die bereits heute vor Ort in Brüssel deutlich vernehmbar ist.

Bernd Wurpts

Selten angeklickt

Die Rolle des Internets bei der Zahnarztsuche



Bernd Wurpts
Soziologe, Magister artium
promoviert an der
University of Washington

Seit Ende der 90er Jahre haben insbesondere zahnärztliche Medien die Formel vom „Unternehmen Zahnarztpraxis“ ausgerufen. Künftig könnten nur diejenigen Zahnarztpraxen „im Wettbewerb“ überleben, die nach betriebswirtschaftlichen Kriterien wie ein Wirtschaftsunternehmen geführt würden: An diese neuen Gegebenheiten müsse man sich wohl oder übel anpassen - so die Botschaft. Die Zahnärzte haben ambivalent darauf reagiert: Einerseits fiel es vielen leicht, einzusehen, dass eine effiziente Praxisführung mit Kosteneinsparungen grundsätzlich eine gute Idee war. Andererseits gab und gibt es einen weit verbreiteten Widerwillen, die eigene Praxis in der Außendarstellung wie einen gewöhnlichen Gewerbebetrieb zu präsentieren.

In diesen Zusammenhang gehört auch das Thema „Zahnarztsuche im Internet“. In den Medien, durch Werbedienstleister und in einschlägigen Internetangeboten wird der Eindruck erweckt, das Patienten-Marketing auch im Internet würde immer wichtiger für die Zahnarztpraxen werden. Eine umfangreiche Internetpräsenz gehöre heute zu einem „professionellen“ Auftritt des „Unternehmens Zahnarztpraxis“ dazu, so wird argumentiert. Das baut Handlungsdruck in den Praxen auf - wer möchte schon den so ausgegerufenen Zeitgeist ignorieren, um schlussendlich gar als „unprofessionell“ darzustellen.

Angesichts dieser Entwicklungen ist es hilfreich, einmal zu fragen, inwieweit die Internetangebote tatsächlich zur Zahnarztfindung von Patienten beitragen. Sind die Internetauftritte von Zahnarztpraxen wirklich als „Marketinginstrument“ zur Patientengewinnung erfolgreich? Wie gelangen Patienten an Ihren Zahnarzt? Welche Suchwege nutzen sie?

In einer kürzlich beim Institut der Deutschen Zahnärzte veröffentlichten Studie untersuche ich die Verbreitung und Auswirkungen sozialer Netzwerke bei der Zahnarztsuche (Wurpts 2011). In zwei unabhängigen, aber nicht-repräsentativen, Befragungen fand ich heraus, dass ca. zwei Drittel (2/3) der Teilnehmer ihren aktuellen Zahnarzt über Verwandte, Freunde, oder Bekannte gefunden haben. Andere Wege wie

Vorbeilaufen-/fahren (11-20%), Telefonbuch/Gelbe Seiten (4-8%) oder das relativ junge Medium Internet (1-7%) wurden deutlich weniger genutzt. Persönliche Kontakte sind demnach die am häufigsten genutzte Informationsquelle für Patienten bei der Zahnarztsuche. Soziale Netzwerke sind der Standardweg zum Zahnarzt. Dabei nutzen Patienten überwiegend enge soziale Kontakte wie Ehepartner, Verwandte oder Freunde (72-85%). Nur etwa 15-28% der Befragten nannten Bekannte als entscheidenden Kontakt bei der Zahnarztfindung. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Zahnarztsuche kein „beliebiger“ oder anonymer Prozess ist. Die Reputation oder „der gute Ruf“ eines Zahnarztes sind wichtig. Patienten finden ihren Zahnarzt überwiegend über Empfehlungen und nur selten zufällig oder in der „Beliebigkeit“ des Internets.

Die Ergebnisse meiner Studie zeigen eine relativ geringe Nutzung des Internets. Dieses ist insofern überraschend, da neue Möglichkeiten der Gesundheitsinformation über das Internet weitläufige Beachtung in Fernsehen und Zeitschriften fanden. Patienten mit Zugang zum Internet können heute schneller und bequemer als jemals zuvor auf Informationen über Gesundheit und Heilverfahren zurückgreifen. In Sekundenschnelle sind Zahnärzte inklusive Kontaktdaten und Entfernung zum Wohn- oder Arbeitsort auffindbar. Oftmals sind auch Bewertungen zu diesen Zahnärzten gleichzeitig erhältlich. Das Internet unterscheidet sich in diesem Aspekt von anderen formellen Wegen durch eine neue Qualität. Die Glaubwürdigkeit dieser Informationen ist allerdings problematisch. Interessen und Motive der weitgehend anonymen Absender sind nicht oder kaum durchschaubar. Eine selektive Abgabe von Bewertungen ist außerdem wahrscheinlich. Somit ist das Internet bisher kein guter „Ersatz“ für soziale Netzwerke.

Informationen über die Qualität von Behandlungen werden überwiegend über soziale Netzwerke vergeben. Die Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass Patienten Ergebnisse von Behandlungen besser einschätzen, wenn sie über soziale Kontakte an ihren Zahnarzt gelangen. Soziale Netzwerke scheinen wichtig für den Aufbau von Vertrauen auf Seiten des Patienten zu sein

*Der vorliegende Beitrag basiert auf der Studie „Soziale Netzwerke und soziales Kapital bei der Zahnarztsuche“, die im September 2011 in der Schriftenreihe „IDZ Publikationen“ des Instituts der Deutschen Zahnärzte veröffentlicht wurde. Exemplare dieser Studie können kostenlos angefordert werden bei:
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstr. 73, 50931 Köln,
Tel. 0221 / 4001-0
www.idz-koeln.de*

und können zu einem vertrauensvolleren Zahnarzt-Patienten-Verhältnis führen.

Bleiben soziale Kontakte auch zukünftig der Königsweg zum Zahnarzt? Zunächst lässt sich vermuten, dass Zahnarztsuche und Zahnarztwechsel insgesamt zunehmen werden und damit auch die Suchwege an Bedeutung gewinnen. Faktoren, die zu häufigerer Zahnarztsuche bzw. einem Zahnarztwechsel führen könnten, sind:

- demografischer Wandel
- steigende Mobilität mit Wohnortwechseln und daran gekoppelter Zahnarztsuche,

wechsel in Deutschland. Immer seltener gehen Patienten ein Leben lang zum „geerbten“ Zahnarzt aus Kindertagen. Immer häufiger wechseln Menschen aus beruflichen oder privaten Gründen ihren Wohnort und damit häufig (notgedrungen) auch ihren Zahn-/Arzt.

Bei all dem werden Patienten aber weiterhin auf die hohe Glaubwürdigkeit persönlicher Information ihrer sozialen Netzwerke wie Familie, Freunde und Bekannte setzen. Patienten wollen keinen anonymen, durch das Internet vermittelten Dienstleistungskontakt, sondern sind an einem persönlichen,

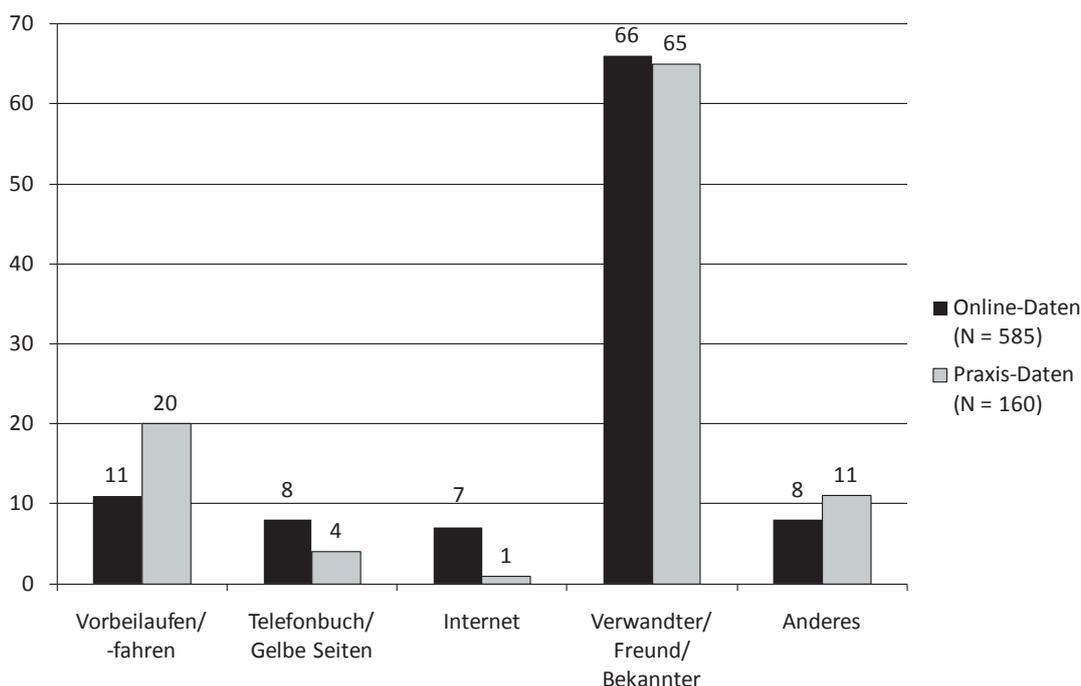
Die Ergebnisse der Studie zeigen eine relativ geringe Nutzung des Internets. Während der Internethandel mit Büchern und technischen Geräten jedes Jahr neue Rekordmarken erreicht, bleiben Patienten beim Thema „Gesundheit“ den traditionellen Wegen der Zahnarztsuche treu.

- zusätzliche spezielle Angebote (ästhetische Zahnmedizin) und mehr Wettbewerb in diesen Bereichen,
- Veränderungen im Rollenbild von Patienten (Erwartungen, Zufriedenheit) und zunehmendes Kostenbewusstsein,
- Berichterstattung in Medien.

Vor allem steigende Mobilität, sorgt voraussichtlich für ein wachsendes „soziales Phänomen“ Zahnarztsuche/-

vertrauensvollen Verhältnis zu ihrer Zahnärztin oder ihrem Zahnarzt interessiert. Während der Internethandel mit Büchern und technischen Geräten jedes Jahr neue Rekordmarken erreicht, bleiben Patienten beim Thema „Gesundheit“ den traditionellen Wegen der Zahnarztsuche treu. Für die Zahnmedizin ist das eine gute Nachricht, kann sich doch die Zahnärztin und der Zahnarzt auch künftig darauf verlassen, dass Patienten bei ihnen in erster Linie die medizinische Leistung suchen und schätzen.

Wege der Zahnarztfindung (Angaben in Prozent, alle Werte gerundet)



Im Rahmen der IDZ-Untersuchung „Soziale Netzwerke und soziales Kapital bei der Zahnarztsuche“ wurden zwei Befragungen durchgeführt:

- ein Online-Survey mit dem Online-Meinungsportal Sozioland (585 Befragte)
- eine Befragung in Leipziger Zahnarztpraxen (160 Teilnehmer, 6 Praxen)

Quelle: IDZ

Impressum

Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

Redaktion:

Benn Rooff

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: Sandor Kacso / Fotolia.com

Auflage:

2.500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

Die Verbände der IGZ

Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

www.vnzlb.de

Hamburg:

Zahnärzteverband Z2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

www.vdzis.de

Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

www.w-z-w.de