

Aus der Klinik für Zahnerhaltung und Parodontologie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Vorstand: Professor Dr. Reinhard Hickel

## **„Behandlungsfehlervorwürfe aus dem Fachgebiet der Zahnmedizin“**

Eine Studie mit Daten des Medizinischen Dienstes der  
Krankenversicherung in Bayern an 538 Patienten aus den  
Jahren 2010 und 2011

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin  
an der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München  
(Dr. med. dent.)

vorgelegt von  
Janine Nina Christin Weikert, geb. Kieslich  
aus Bremerhaven

München 2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilian-Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Christoph Benz

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Randolph Penning

Mitbetreuer : Dr. Stephan Klinger, M.Sc., MBA, MDK Bayern  
Dr. Josef Macdonald, MDK Bayern  
Dr. Singer, MDK Bayern

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 20.02.2015

*Meinen Eltern, meinem Mann und der  
Familie meines Bruders gewidmet*

*Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden.*

*Johann Wolfgang von Goethe*

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	VII
Tabellenverzeichnis .....	IX
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>2. Literaturübersicht.....</b>	<b>- 3 -</b>
2.1 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Bayern .....	- 8 -
2.2 Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes .....	- 11 -
2.3 Die Verfahrensabläufe bei Vermutung eines Behandlungsfehlers .....	- 11 -
2.4 Die Verfahrensabläufe bei einer zahnmedizinischen Behandlungsfehlervermutung seitens der Versicherten beim MDK Bayern .....	- 14 -
2.5 Die Schlichtungsstelle .....	- 18 -
2.6 Die Definition Behandlungsfehler/Kunstfehler .....	- 20 -
2.7 Der grobe Behandlungsfehler.....	- 22 -
2.8 Die Definition der Leitlinie und Richtlinie .....	- 22 -
2.9 Die Kausalität .....	- 24 -
2.10 Die ICD-10-GM-Kodierung .....	- 27 -
<b>3. Material und Methode.....</b>	<b>- 29 -</b>
3.1 Der Datensatz.....	- 29 -
3.2 Die Datenbank .....	- 29 -
3.2.1 Das Alter der Versicherten am Begutachtungsdatum .....	- 30 -
3.2.2 Das Geschlecht .....	-30 -
3.2.3 Der Ergebnisschlüssel/bestätigte Fehler.....	- 30 -
3.2.4 Der Behandlungsanlass/Behandlungsanlass ICD kurz.....	- 30 -
3.2.5 Die angeblich fehlerbedingte Diagnose ICD kurz .....	- 31 -
3.2.6 Der vermeintlich fehlerhafte Verantwortungsbereich/ vermeintliche Verantwortungsbereich .....	- 33 -
3.2.7 Der tatsächlich fehlerhafte Verantwortungsbereich/ tatsächliche Verantwortungsbereich .....	- 33 -
3.2. 8 Die Schwere des Fehlers .....	- 33 -
3.3 Die Statistik.....	- 34 -
3.3.1 Der Mittelwert .....	- 34 -
3.3.2 Der Median.....	- 34 -

3.3.3 Die Varianz.....	- 34 -
3.3.4 Die Standardabweichung .....	- 35 -
3.3.5 Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson .....	- 35 -
<b>4. Das Ergebnis.....</b>	<b>- 37 -</b>
4.1 Das Gesamtkollektiv .....	- 37 -
4.2 Die Auswertung Lebensalter .....	- 37 -
4.2.1 Die Auswertung Lebensalter 2010 .....	- 37 -
4.2.1 Die Auswertung Lebensalter 2011 .....	- 38 -
4.2.2 Der Vergleich Lebensalter 2010/2011.....	- 38 -
4.3 Die Auswertung Geschlecht .....	- 40 -
4.4 Die Auswertung Ergebnisschlüssel/bestätigte Fehler .....	- 43 -
4.5 Die Auswertung Behandlungsanlass/ICD Behandlungsanlass kurz .....	- 45 -
4.5.1 Der Vergleich ICD Behandlungsanlass kurz 2010/2011 .....	- 48 -
4.5.2 Die Auswertung Behandlungsanlass ICD kurz/Aufteilung Behandlungs- anlass kurz bei Frauen und Männern.....	- 50 -
4.5.3 Die Auswertung ICD Behandlungsanlass kurz- Kodip- Gruppen .....	- 55 -
4.5.4 Der ICD Behandlungsanlass kurz –K Diagnosen .....	- 57 -
4.6 Die Auswertung ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose kurz.....	- 57 -
4.6.1 Die Auswertung ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose .....	- 59 -
4.7 Die Auswertung vermeintlich fehlerhafter Verantwortungsbereich.....	- 61 -
4.8 Die Auswertung tatsächlich fehlerbehafteter Verantwortungsbereich .....	- 62 -
4.9 Die Schwere des Fehlers .....	- 63 -
<b>5. Die Diskussion der erhobenen und ausgewerteten Daten .....</b>	<b>- 64 -</b>
5.1 Das Gesamtkollektiv .....	- 64 -
5.2 Der Ergebnisschlüssel/bestätigte Fehler .....	- 64 -
5.3 Das Alter .....	- 69 -
5.4 Das Geschlecht .....	- 72 -
5.5 Der Behandlungsanlass /ICD Behandlungsanlass kurz .....	- 75 -
5.6 Der Vergleich vermeintlicher und tatsächlicher Verantwortungsbereich in den Jahren 2010/2011 .....	- 78 -
5.7 Die Schwere des Fehlers .....	- 79 -
<b>6. Die kritische Betrachtung .....</b>	<b>- 80 -</b>
<b>7. Die Zusammenfassung .....</b>	<b>- 81 -</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>- 84 -</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>- 89 -</b>

<b>Danksagung .....</b>	<b>- 91 -</b>
<b>Curriculum Vitae .....</b>	<b>- 92 -</b>
<b>Erklärung.....</b>	<b>- 93 -</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Die Antragsentwicklung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 2007-2011 .....	- 4 -
Abbildung 2: Die häufigsten Fehler aus 2009.....	- 5 -
Abbildung 3: Die häufigsten Fehler aus 2010.....	- 6 -
Abbildung 4: Die Behandlungsfehlervorwürfe 2011 .....	- 7 -
Abbildung 5: Die Mitarbeiter des MDK in Zahlen 2011.....	- 8 -
Abbildung 6: Die MDK Gemeinschaft.....	- 9 -
Abbildung 7: Die Begutachtungsaufträge .....	- 10 -
Abbildung 8: Der MDS: Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Pflegekassen und MDK .....	- 13 -
Abbildung 9: Die Bayerische zahnärztliche Schlichtungsstelle .....	- 19 -
Abbildung 10: Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei der Ärztekammer.....	- 20 -
Abbildung 11: Die Grundstruktur der Kausalität .....	- 25 -
Abbildung 12: Die doppelte Kausalität.....	-25 -
Abbildung 13: Die kumulative Kausalität .....	- 26 -
Abbildung 14: Die abgebrochene Kausalität .....	- 26 -
Abbildung 15: Der atypische Kausalverlauf.....	- 26 -
Abbildung 16: Der Mittelwert .....	- 34 -
Abbildung 17: Der Median .....	- 34 -
Abbildung 18: Die Varianz .....	- 34 -
Abbildung 19: Die Standardabweichung .....	- 35 -
Abbildung 20: Der Chi-Quadrat-Test .....	- 36 -
Abbildung 21: Das Alter und die Anzahl an Behandlungsfehlervorwürfen .....	- 39 -
Abbildung 22: Die Häufigkeitsverteilung Männer und Frauen, 2010/2011 .....	- 41 -
Abbildung 23: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass, 2010/2011 .....	- 49 -
Abbildung 24: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass, 2010/2011 .....	- 51 -
Abbildung 25: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass, 2010/2011, Frauen.....	- 54 -
Abbildung 26: Die ICD Kodip-Gruppe, Behandlungsanlass .....	- 55 -
Abbildung 27: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass, 2010/2011 .....	- 56 -
Abbildung 28: Der Vergleich ICD angebl. fehlerbedingte Diagnose, 2010/2011 .....	- 59 -
Abbildung 29: Die ICD-Gruppe angebl. fehlerbedingte Diagnose, 2010/2011 .....	- 60 -
Abbildung 30: Die Landeshauptstadt München.....	- 66 -

Abbildung 31: Die Verwendung von Auslands- ZE unter deutschen Zahnärzten....	- 67 -
Abbildung 32: American Society of Plastics Surgeons.....	- 74 -
Abbildung 33: Die Ausgabe für zahnärztliche Behandlungen .....	- 77 -



## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Das Lebensalter der Versicherten 2010 .....	- 37 -
Tabelle 2: Das Lebensalter der Versicherten 2011 .....	- 38 -
Tabelle 3: Die Behandlungsfehlervorwürfe nach Lebensdekaden gruppiert.....	- 40 -
Tabelle 4: Die Häufigkeitsverteilung Männer und Frauen 2010 .....	- 40 -
Tabelle 5: Die Häufigkeitsverteilung Männer und Frauen 2011 .....	-41 -
Tabelle 6: Der Barmer GEK Zahnreport 2012, .....	-42 -
Tabelle 7: Die Zusammenfassung Barmer GEK Zahnreport 2012.....	- 42/ 73-
Tabelle 8: Der Barmer GEK Zahnreport 2012 .....	- 43 -
Tabelle 9: Der Ergebnisschlüssel der Perioden 2010/2011 .....	- 45 -
Tabelle 10: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2010 .....	- 46 -
Tabelle 11: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2011 .....	- 47 -
Tabelle 12: Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson .....	- 49 -
Tabelle 13: Der Behandlungsanlass Männer, 2010/2011 .....	- 51 -
Tabelle 14: Der Behandlungsanlass Frauen, 2010/2011 .....	- 53 -
Tabelle 15: Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson .....	- 54 -
Tabelle 16: Die ICD-10-GM angeblich fehlerbedingte Diagnose 2010.....	- 57 -
Tabelle 17: Die ICD-10-GM angeblich fehlerbedingte Diagnose 2011.....	- 58 -
Tabelle 18: Der Chi- Quadrat-Test nach Pearson .....	- 60 -
Tabelle 19: Der vermeintliche Verantwortungsbereich, 2010/2011.....	- 61 -
Tabelle 20: Der tatsächliche fehlerbehaftete Verantwortungsbereich .....	62 -
Tabelle 21: Die Schwere des Fehlers.....	- 63 -
Tabelle 22: Die Mundgesundheit von Frauen.....	- 73 -

## **1. Einleitung**

In Deutschland werden täglich sehr viele Patienten auf einem hohen zahn-/medizinischen Niveau behandelt und dennoch nehmen die öffentlichen Diskussionen um medizinische Behandlungsfehler sowohl in der nicht fachlichen als auch in der fachlichen Gesellschaft einen immer größeren Raum ein. Laut Hansis et al. könnte es zum Teil daran liegen, dass die öffentliche Wahrnehmung bezüglich der Problematik gestiegen ist. Dies beispielsweise infolge eines ansteigenden Kostendrucks innerhalb der Gesundheitssysteme, respektive auf Grund einer scheinbar zunehmenden Transparenz durch das Internet und die Medien, aber auch durch einen stetig wachsenden Anspruch seitens der Versicherten [31].

Vereinzelte Fehler bei medizinischen Behandlungen oder Diagnosestellungen können selbst bei größter Sorgfalt nicht vollständig ausgeschlossen werden, und da bislang auch nur im geringen Umfang anerkannte bzw. belastbare Zahlen veröffentlicht wurden [45], können die kritischen Berichterstattungen bestehen bleiben oder auch noch weiterhin erhoben werden.

Es wird angenommen, dass in den letzten Jahren vermehrt Behandlungsfehlervorwürfe durch die Versicherten angezeigt worden sind. Vielleicht ist diese Entstehung durch die Zunahme an Rechtsschutzversicherungen, stetig steigende Mehrkostenbeteiligung bei jeglicher Art von zahnärztlichen Behandlungen, gesteigerte Lebenshaltungskosten oder vermehrten Leistungsdruck der Zahnärzte/Innen und damit behafteten Flüchtigkeitsfehlern zu erklären [19].

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es aufzuzeigen, ob es seit 2010 tatsächlich zu einer Zunahme von zahnmedizinischen Behandlungsfehlervorwürfen beim MDK Bayern seitens der Versicherten gekommen ist oder ob es sich lediglich um reine Vermutungen der Medien handelt, die auf Grund von spärlichen Stichproben in wenigen Praxen erhoben wurden.

Weiterhin soll aufgeklärt werden, ob die vermuteten Behandlungsfehler gegen zahnärztliche und/oder medizinische Standards durch Versicherte mit den gutachtlich bestätigten Verstößen übereinstimmen. Die Ergebnisse sollen mögliche Verteilungsmuster, Fehlerhäufigkeiten und Fehlerursachen aufzeigen.

Folgende konkrete Fragestellungen sollen im Rahmen dieser Dissertation beantwortet werden:

1. Ist es in den Jahren 2010 und 2011 zu einer Zunahme an Behandlungsfehlervorwürfen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Patienten/Versicherten gekommen?
2. Wie viele zahnärztliche Behandlungsfehler konnten tatsächlich durch zahnärztliche Gutachter/Innen des MDK Bayern bestätigt werden?
3. Kann eine bestimmte Altersgruppe identifiziert werden, aus der vermehrt Behandlungsfehler vorgeworfen wurden?
4. Handelt es sich bei der Einreichung von Anträgen zur gutachtlichen Prüfung vermeintlicher Behandlungsfehler um einen geschlechtsspezifischen Vorgang?
5. Gab es in den Perioden 2010 und 2011 unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte/Häufigkeitsverteilungen bei Behandlungsfehlervorwürfen?

Diese Dissertation ist nicht als Kritik an den in Deutschland praktizierenden Zahnärzte/Innen aufzufassen. Vielmehr soll sie dem Patienten/Versicherten als auch den Zahnärzten/Innen mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität medizinischer Maßnahmen verschaffen und eventuell wiederkehrende Fehlerbereiche aufzeigen.

## **2. Literaturübersicht**

Die Medizin (lat. medicina: ärztliche Kunst, Heilkunst) beschäftigt die Menschheit seit langem und nahm schon immer einen hohen Stellenwert bei den Menschen ein, da sie das Überleben sicherte.

Der Medizinkundige genoss dadurch eine gesellschaftlich hohe Stellung, und Fehler seinerseits schienen damals wie auch bis in die jüngste Vergangenheit kaum in Betracht zu kommen.

Der römische Gelehrte C. Plinius (23 - 71 p. Chr. n.) befasste sich in seiner „Naturalis Historiae“ mit der römischen Rechtsprechung bei der Behandlung ärztlicher Fehlleistungen. Er kritisierte sie damals folgendermaßen:

„Nulla praeterea lex, quae puniat inscitiam capitalem nullum exemplum vindictae. Discunt periculis nostris et experimenta per mortes agunt, medicoque tantum hominem occidisse impunitas summa est“ - es gibt kein Gesetz, welches die todbringende Unfähigkeit/Unwissenheit bestraft und auch kein Beispiel einer verhängten Strafe. Der Heilkundige lernt aus unserer bedrohlichen Lage und stellt mit dem menschlichen Sterben Experimente an. Auch wenn er einen Menschen tötet, kommt er noch in den Genuss völliger Straflosigkeit“ [51].

Diese Kritik ist weder heute noch damals nachvollziehbar gewesen und erscheint eher polemisch, da es bereits zu der Zeit Gesetze zur Haftung und Bestrafung hinsichtlich eines „Kunstfehlers“ gab.

Schon seit Jahrhunderten besteht das Verlangen, die ärztlichen Tätigkeiten einer rechtlichen Kontrolle zu unterwerfen [50]. Es war bereits in frühester Zeit gängig, dass der Heilkundige, dem ein Fehler in der ärztlichen Behandlung eines „Sklaven“ unterlief, gezwungen wurde für den entstandenen Schaden aufzukommen. Und so manch Medizinkundiger musste den ausgebliebenen Heilungserfolg mit dem Leben bezahlen [53].

Der älteste Gesetzestext der Welt mit mehreren Paragraphen, sogar mit Rechten und Pflichten für die Angehörigen der Medizinmänner, wurde auf Veranlassung des babylonischen Königs Hammurapi (1728 - 1686 a. Chr. n.) in eine Steinsäule eingemeißelt [53].

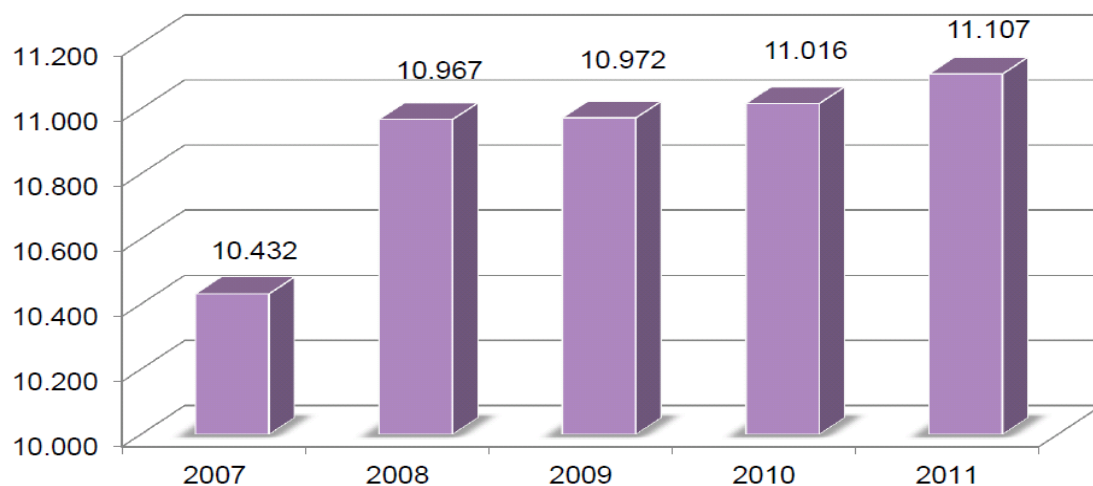
Die Auseinandersetzungen mit ärztlichen Fehlleistungen bestehen also schon seit dem 1. Jahrhundert und sind somit keine Neuentdeckung unserer Zeit.

Entgegen aller Annahmen, Vermutungen und kritischen Berichterstattungen der Öffentlichkeit, in denen es heißt, dass die Ärzteschaft aus Angst vor Sanktionen und den Risiken der juristischen Verfolgung, die Behandlungsfehler lieber vertuschen als gemeinsam erarbeiten, würden von der Bundesärztekammer (BÄK) versucht, objektive Zahlen bezüglich vermuteter, bearbeiteter und bestätigter Behandlungsfehler zu erheben.

Die vermuteten Behandlungsfehler werden seit 2006 mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (kurz: Mers) einheitlich erfasst, anschließend in einer Bundesstatistik zusammengeführt und öffentlich präsentiert [27].

Die Bundesärztekammer konnte seit 2007 eine Zunahme der gestellten Anträge hinsichtlich Prüfung/Begutachtung vermeintlicher Behandlungsfehler verzeichnen (Abbildung 1).

**Antragsentwicklung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 2007 – 2011**



*Abbildung 1: Die Antragsentwicklung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 2007-2011, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 2012. Die X-Achse gibt die Jahre an, auf der Y-Achse sind die Anträge in 200-er Schritten ab 10.000 angegeben.*

In 2007 sind 10.432, in 2008 10.967, in 2009 10.972, in 2010 11.016 und in 2011 11.107 Anträge bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingegangen.

Dies bedeutet eine Zunahme in den Jahren von 2007 bis 2011 um 6,4% Prozent, wobei nicht in allen Fällen die Behandlungsfehlervermutungen der Versicherten gutachtlich bestätigt werden konnten [12, 13, 14]. So wurden z.B. in den Jahren 2009 11.046 Anträge und in 2010 11.096 Anträge bearbeitet, 2009 waren 7.424 Fälle und in 2010 7.355 Fälle Sachentscheidungen, davon wurden 2009 bei 5.240 Fällen und 2010 bei 5.156 Fällen Behandlungsfehler verneint, 2009 wurde bei 41 und 2010 bei 42 Fällen die fehlende Risikoaufklärung bejaht. 2009 wurde bei 2.143 Fällen und 2.010 bei 2.157 Fällen ein Behandlungsfehler bejaht. 2009 wurde bei 1.771 und 2010 bei 1.821 ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel und Kausalität bejaht. Die festgestellten Fehler unterscheiden sich z. B. in den Jahren 2009 und 2010 nur minimal in der Reihenfolge der fehlerhaften Verantwortungsbereiche (Abbildung 2 und 3) [13].

<b>Die häufigsten Fehler aus 2009 (max. zwei Fehler pro Antragsgegner/Arzt)</b>			
Praxis		Klinik	
Diagnostik, bildgebende Verfahren	170	Therapie operativ, Durchführung	483
Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	99	Diagnostik, bildgebende Verfahren	317
Therapie operativ, Durchführung	87	Therapie, postoperative Maßnahmen	179
Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchung	79	Indikation	129
Indikation	63	Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchung	97
Therapie, Pharmaka	55	Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	90
Therapie, konservativ	38	Therapie postoperativ, Infektion	80
Therapie, postoperative Maßnahmen	32	Therapie, Pharmaka	79
Diagnostik, allgemein	32	Therapie operativ, Verfahrenswahl	52
Aufklärung, Sicherung	20	Überweisung, Facharzt, Konsil	49

Abbildung 2: Die häufigsten Fehler aus 2009: Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2009

<b>Die häufigsten Fehler aus 2010 (max. zwei Fehler pro Antragsgegner/Arzt)</b>			
Praxis		Klinik	
Diagnostik, bildgebende Verfahren	171	Therapie operativ, Durchführung	554
Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchung	96	Diagnostik, bildgebende Verfahren	259
Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	93	Therapie, postoperative Maßnahmen	188
Therapie operativ, Durchführung	72	Indikation	148
Indikation	45	Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	124
Therapie, Pharmaka	43	Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchung	93
Therapie, konservativ	39	Therapie, Pharmaka	82
Stationäre Einweisung	33	Therapie postoperativ, Infektion	77
Diagnostik, allgemein	24	Therapie konservativ	64
Überweisung, Facharzt, Konsil	23	Therapie operativ, Verfahrenswahl	59

Abbildung 3: Die häufigsten Fehler aus 2010: Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2010

Die Behandlungsfehlervorwürfe in der Zahnmedizin sind in dieser Statistik der Bundesärztekammer nicht mit enthalten, obwohl die Zahnmedizin einen sehr hohen Stellenwert bei den Behandlungsfehlervermutungen einnimmt.

Die Fachgebiete, in denen die meisten Vorwürfe erhoben worden sind, sind die Orthopädie/Unfallchirurgie mit 3.539 und die Chirurgie mit 2.343 Behauptungen, darauf folgt die Zahnmedizin mit 1.123 Vorwürfen. Erst im Anschluss an die Zahnmedizin werden in der Gynäkologie/Geburtshilfe mit 1103 Fällen Vorwürfe erhoben (Abbildung 4) [54].

**Die Behandlungsfehlervorwürfe 2011:**

Fachgebiet	Anzahl Vorwürfe	Bestätigte Fälle	Bestätigungsquote [%]
1. Orthopädie/Unfallchirurgie	3539	1070	30,2
2. Chirurgie	2343	685	29,2
3. Zahnmedizin	1123	481	42,8
4. Gynäkologie/Geburtshilfe	1103	371	33,6
5. Innere Medizin	1090	297	27,2
6. Pflege	642	326	50,8
7. Neurochirurgie	461	134	29,1
8. Augenheilkunde	399	120	30,1
9. Urologie	326	78	23,9
10. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	308	70	22,7

Abbildung 4: Die Behandlungsfehlervorwürfe 2011: Jahresstatistik 2011 zur Behandlungsfehler-Begutachtung des MDK – Anzahl der Vorwürfe und der bestätigten Fälle in den 10 Fachgebieten mit der höchsten Anzahl an Vorwürfen.

Zahnmedizinische Statistiken von renommierten Instituten bezüglich vermuteter bzw. bestätigter Behandlungsfehler sind bis heute eher selten veröffentlicht worden, obwohl es allein in Bayern vier zahnärztliche Gutachterdienste gibt:

- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)
- Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZÄK)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bayern (MDK)
- Vereinigung Bayerischer Gutachter für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (VBGZMK) [40].

Eine Statistik bzgl. Behandlungs- und Aufklärungsfehlern in Zahnarztpraxen wurde von einem Nachrichtenmagazin und einer Versicherung gemeinsam durchgeführt und anschließend veröffentlicht. Sie sind dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass in mehr als 70 % der getesteten Praxen, die Mindesterwartungen an eine sorgfältige Befund- und Beratungstätigkeit nicht erfüllt wurden [30]. Dieser Bericht würde den Schluss zulassen, dass es in den getesteten Praxen bei der Mehrheit der Patienten zu unterlassenen oder sogar falschen Planungen gekommen ist und keine dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlungen durchgeführt wurden. Der MDK Bayern beschäftigt sich seit geraumer Zeit mit den Daten von Behandlungsfehlervorwürfen seitens der Versicherten und den bestätigten



Behandlungsfehlern seitens der Gutachter, um diesbezüglich valide Zahlen zu erhalten.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Bayern unterstützt die Krankenversicherung nach §66 SGB V und erstellt unabhängig von der Krankenversicherung und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Gutachten bzw. Stellungnahmen und unterstützt bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, welche nicht nach §116 SGB X auf die Krankenkasse übergegangen sind [58]. Die Daten sind damit frei von wirtschaftlich Interessen erhoben worden und dementsprechend auch zu werten [57].

Der MDK Bayern stellt die gesamten Daten der vermuteten und der tatsächlich bestätigten Behandlungsfehler in der Zahnmedizin der Jahre 2010 und 2011 anonymisiert für eine Veröffentlichung im Rahmen dieser Dissertation zur Verfügung.

### **2.1 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Bayern**

Bei dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) handelt es sich um eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, und ist in fast jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert (Abbildung 6) [20].

Bundesweit sind beim Medizinischen Dienst rund 7.500 (04/2013) Mitarbeiter/Innen in Voll- und Teilzeit beschäftigt. Davon sind 2.100 Mitarbeiter/Innen Ärzte/Innen, 2.100 Pflegefachkräfte und 2.448 Assistenzpersonal im medizinischen/pflegerischen Bereich, die restlichen Mitarbeiter stellen weitgehend das Verwaltungsorgan dar (Abbildung 5) [46].

<b>Personal der Medizinischen Dienste Ende 2011</b>		
Personal	Anzahl der Mitarbeiter	Anzahl der Vollstellen
<b>Gesamt</b>	<b>7.564</b>	<b>6.847</b>
davon		
Ärzte/Innen	2.080	1.936,5
Pflegefachkräfte	2.091	1.911
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	41	41
Kodierassistenz	206	196
Assistenzpersonal im medizinischen/pflegerischen Bereich	2.448	2.125
Verwaltungspersonal	624	587
Personal der Wirtschaftsbereiche	74	50,5

Abbildung 5: Der Medizinische Dienst als Arbeitgeber: Die Mitarbeiter des MDK in Zahlen, 2011, MDK

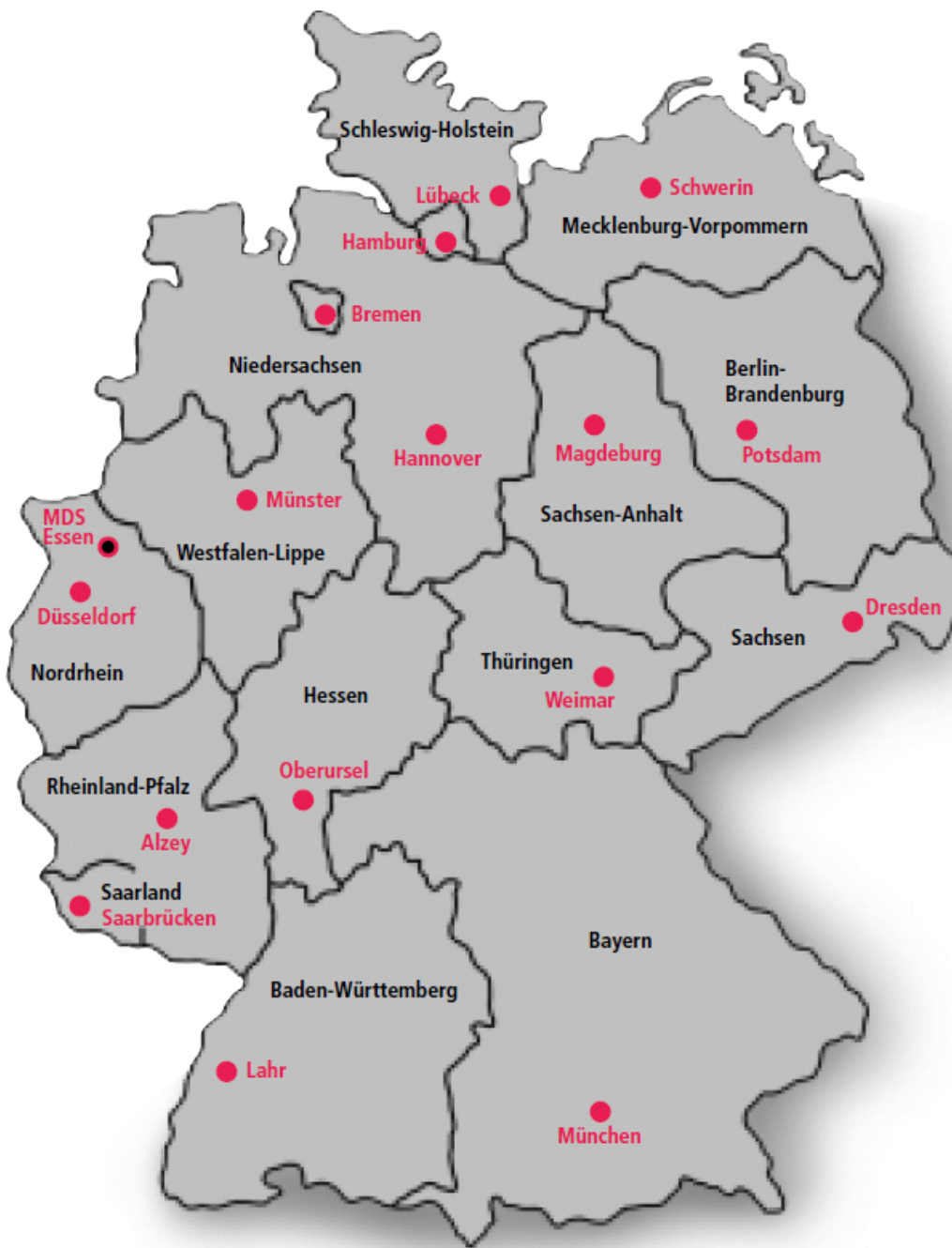


Abbildung 6: Die MDK Gemeinschaft, kurz und bündig: Hauptverwaltungen bundesweit

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen müssen bei bestimmten Fragestellungen oder gewissen Auffälligkeitskriterien den MDK für eine gutachterliche Stellungnahme beauftragen.

Meistens wird der MDK bei folgenden Fragen um medizinische Stellungnahmen/Gutachten gebeten, welche im einzelnen im § 275 SGB V und im § 18 SGB XI beschrieben sind [57, 62].

- Arbeitsunfähigkeit
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- Erfordernis, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen
- Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Pflege und Krankenhausaufenthalt
- Kodierungsfragen von Krankenhausfällen
- Zahn-/medizinische Behandlungsfehlervorwürfe

Die Mitarbeiter des MDK sollen medizinischen Sachverstand als sozialmedizinische Beratungsinstitution der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in das System einbringen und damit gleichzeitig gewährleisten, dass alle Versicherten bei bestimmten Leistungsfällen zahn-/medizinisch unvoreingenommen und nach korrespondierenden Kriterien begutachtet werden (Gleichbehandlungsgrundsatz) [29]. Insgesamt wurde der MDK bundesweit allein 2003 in ca. 6,9 Millionen (Mio.) Fällen beauftragt. Davon waren ca. 360.000 körperliche Untersuchungen, ca. 0,58 Mill. Aktenlagen und ca. 45.000 Hausbesuche (Abbildung 7).

Begutachtungen:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für die Krankenversicherung (bundesweit, Stand 2003)</li> </ul>	Fallberatungen: ca. 6,9 Mio l. Körperliche Untersuchungen: ca. 0,36 Mio. Nach Aktenlage: ca. 0,58 Mio. Haus-/Krankenhausbesuche: ca. 45.000
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für die Pflegeversicherung (bundesweit, Stand 2003)</li> </ul>	Ca. 1,3 Mio. Ca. 1,0 Mio. Ca. 0,3 Mio.

*Abbildung 7: Die Begutachtungsaufträge: Die MDK Gemeinschaft, kurz und bündig, Begutachtungsaufträge für die Kranken- und die Pflegeversicherung, Stand 2003*

Finanziert werden die MDKs von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) durch Umlage. Das bedeutet, dass die GKVn für jeden Versicherten, der seinen Wohnsitz im Zuständigkeitsgebiet des MDK hat, einen Pauschalbetrag bezahlen, wobei 50% jeweils von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung übernommen wird [47].

Die übergeordnete Institution der MDKen ist der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).

### **2.2 Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes**

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu unterstützen und hat gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass die MDKen bei der Durchführung ihrer Aufgaben kassenarten- und länderübergreifend nach denselben Kriterien und Verfahren vorgehen. Der MDS erstellt die Richtlinien über die Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten und dient der Sicherstellung einer einheitlichen qualifizierten Begutachtung nach § 282 SGB V [59]. Der MDS ist beratend bei den Grundsatzstellungen tätig, sowie bei allen zahnmedizinischen Fragen. Des Weiteren werden auch verbindliche Richtlinien erstellt. Ein anderer Tätigkeitsschwerpunkt liegt im Medizinprodukte-Sektor. Darunter ist zu verstehen, dass der MDS für mehr Transparenz und Infrastruktur zur Informationsbeschaffung und -verteilung sorgt. Auch werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zu einem Bericht zusammengefasst und in einer bundesweiten Statistik zusammengeführt [47].

### **2.3 Die Verfahrensabläufe bei Vermutung eines Behandlungsfehlers**

Die Voraussetzung einer jeden Haftung ist, dass durch einen Behandlungsfehler ein materieller und/oder immaterieller Schaden entstanden ist. Die Rechtsgrundlage für die Ansprüche aus Behandlungsfehlern bilden die Vorschriften der unerlaubten Handlung und der (arzt-)vertraglichen Pflichtverletzung [17, 18].

Wenn der Patient einen Behandlungsfehler vermutet, kann er sich an folgende Stellen wenden [38]:

- Krankenkassen
- Rechtsanwälte
- Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die durch die Zahn-/Ärztekammer eingerichtet wurden
- Sonstige zur Rechtsberatung befugte Institutionen, z.B. die Verbraucherschutzzentralen

Die gesetzlich Versicherten können sich auch wie bereits oben beschrieben von den versichernden Krankenkassen und Pflegekassen bezüglich vermuteter

Behandlungsfehlervorwürfe und der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen und Schmerzensgeldansprüchen beraten und unterstützen lassen [58].

Gemäß § 116 SGB X gehen die Schadensersatzansprüche des Versicherten zum Zeitpunkt des Schadensereignisses auf die Krankenkasse im Wege des gesetzlichen Forderungsübergangs über [61].

Der Anspruchsübergang setzt allerdings voraus, dass Schadensersatzansprüche in Person des Versicherten entstehen und die Leistungen der Krankenkasse zeitlich und sachlich mit dem Schaden in Zusammenhang stehen. Liegt ein Schaden vor, so muss überprüft werden:

- Ob gegen den zahn-/ärztlichen Standard verstoßen wurde
- Ob zwischen der Pflichtverletzung und dem verursachten Schaden ein kausaler Zusammenhang besteht
- Ob das Handeln des Zahn-/Arztes schuldhaft war (Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern und Pflegefehlern).

In den meisten Fällen wird für die Beantwortung dieser Fragen medizinisches Fachwissen benötigt. Die zahn-/ärztlichen Gutachter/Innen des MDK Bayern oder auch andere Gutachterdienste erhalten dann Aufträge. Die zahn-/ärztlichen Gutachter/Innen des MDK Bayern können ausschließlich von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen beauftragt werden (Abbildung 8).

**Ablauf bei einem Behandlungsfehlervorwurf:**

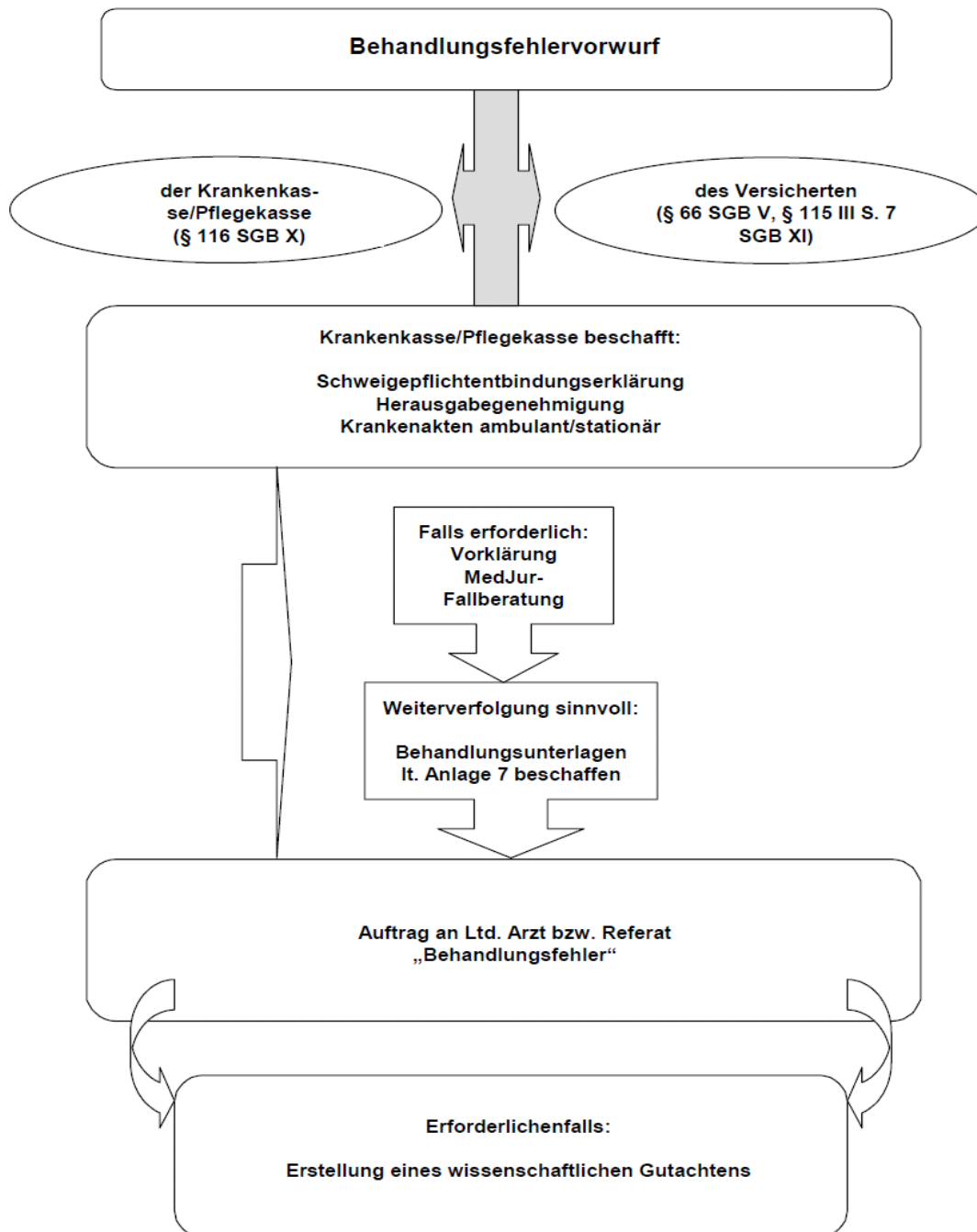


Abbildung 8: Der MDS: Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen/Pflegekassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern und Pflegefehlern: Ablauf bei einem Behandlungsfehlervorwurf.

## **2.4 Die Verfahrensabläufe bei einer zahnmedizinischen Behandlungsfehlervermutung seitens der Versicherten beim MDK in Bayern**

Die zuständige Krankenversicherung beauftragt das Logistikzentrum Medizinrecht Ansbach mit der gutachtlichen Beurteilung eines zahnmedizinischen Behandlungsfehlervorwurfs. Dort wird der Fall i.d.R. einem beauftragten Facharzt/In zum Screening (Unterlagensichtung) vorgelegt. Ist die vorliegende Dokumentation zur gutachtlichen Bearbeitung vollständig, wird der Fall im Bereich der Zahnmedizin an das Beratungszentrum Würzburg weitergeleitet. Dort erfolgt ein weiteres Screening mit anschließender Erstellung eines Gutachtens oder der Weiterleitung an einen hauptamtlichen oder externen Gutachter/In. Die Weiterverteilung hängt von der jeweiligen Fragestellung ab. Die entsprechenden Begutachtungsaufträge werden weitergebildeten und gegebenenfalls zertifizierten Zahnärzten/Innen, Fachzahnärzten/Innen (Kieferorthopädie und Oralchirurgie) und Fachärzten/Innen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vorgelegt. Dies bedeutet, dass unterschiedlich spezialisierte Gutachter/Innen die vorgelegten Aktenlagen beurteilen. Der MDK Bayern legt bei der Auswahl seiner Gutachter/Innen einen hohen Anforderungsmaßstab sowohl an die Gutachter/Innen selbst als auch an das erstellte Gutachten. Die Gutachter/Innen werden jährlich mehrfach weitergebildet, um immer auf dem aktuellen medizinischen Wissensstand zu sein. Alle Gutachter/Innen unterliegen grundsätzlich einer monatlichen Qualitätssicherung (Review), die von einem Qualitätsbeauftragten (QB) durchgeführt wird. So kann ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt werden.

Im Fachbereich Zahnmedizin ist ein vom Leiter des Fachbereichs bestimmter Beauftragter für die interne Qualitätssicherung und für das obligatorische Review-Verfahren bei jedem erstellten Zahn-Medizinrecht-Gutachten (MedR) zuständig. Das Review-Verfahren beinhaltet neben dem Korrekturlesen einschließlich Rechtschreibprüfung vor allem aber auch eine kritische Würdigung. Hierbei werden die Begutachtungsentwürfe mit schriftlichen Verbesserungsempfehlungen an die Verfasser zurückgesandt. Die Umsetzung der Vorschläge ist hierbei nicht zwingend. Ein wesentlicher Antrieb zur ständigen Weiterentwicklung von Qualitätsanforderungen an die (zahn-)ärztlichen Gutachten ist die additive Steigerung der Außenwirkung (Corporate Image) des MDK Bayern. In diesem Punkt wird von allen zahnärztlichen Gutachtern/Innen kooperiert bzw. die gesetzte Zielfunktion vollumfänglich anerkannt und begrüßt.

Die Aufgabe eines Qualitätsbeauftragten (QB) erfordert nicht nur eine umfangreiche Erfahrung bei der Erstellung von Gutachten zu vermeintlichen Behandlungsfehlern, sondern auch eine ständige selbstkritische Kontrolle eigener Qualitätskriterien und kontinuierlichen Fortbildungsmaßnahmen. Der QB arbeitet in engem Kontakt mit dem Leiter des Fachbereiches Zahnmedizin zusammen. Dieser ist die verantwortliche Führungskraft und wird bei Auftreten einer entscheidungsbedürftigen Situation höheren Ranges unterrichtet.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass auch der QB bei der Erstellung von MedR-Gutachten dem obligatorischen Review-Verfahren unterliegt, d.h. auch der QB ist verpflichtet, jedes von ihm erstellte MedR-Gutachten gegenlesen zu lassen. Hinzu kommt, dass auch der Leiter des Fachbereichs als verantwortliche Führungskraft noch eine monatliche stichprobenartige Qualitätsprüfung bei MedR-Gutachten vornimmt, in dem ein MedR-Gutachten pro Gutachter zur Qualitätsprüfung gezogen wird. Hierbei werden von der Auftragsverwaltung ein zu bestimmender Tag in einem Monat sowie „Ersatz-Tage“ zur blinden Ziehung eines Gutachtens durch eine hierfür abgeordnete Teamassistentin ausgewählt. Außerdem unterliegt dem Leiter des Fachbereiches Zahnmedizin, nach formeller und rechnerischer Prüfung der eingereichten Liquidation für die erstellten Gutachten im zahnmedizinischen Logistikzentrum des MDK Bayern in Mühldorf am Inn, die fachliche Rechnungsprüfung der extern bearbeiteten Gutachten, einschließlich der extern fertig gestellten MedR-Gutachten.

Alledem ist zu entnehmen, dass beim MDK Bayern ein fortentwickeltes Qualitätssicherungsverfahren mit mehreren Kontroll- und Rückkoppelungsschleifen zur Anwendung kommt, welches auch eine starke Vernetzung der Gutachter/Innen und allen anderen am Review-Verfahren Beteiligten widerspiegelt.

Bei Unvollständigkeit der Unterlagen wird der gesamte Begutachtungsfall der Krankenkasse mit der Bitte, die fehlenden Unterlagen zu beschaffen und dem MDK Bayern bei Vollständigkeit zur Beurteilung erneut vorzulegen, zurückgeschickt. Die Gutachter/Innen des MDK Bayern bearbeiten vorgelegte Fälle möglichst zeitnah und schicken sie nach Bearbeitung der beauftragenden gesetzlichen Krankenversicherung zurück. Sollten Behandler/Innen, Versicherte oder auch die beauftragende Krankenkasse mit dem Ergebnis bearbeiteter Gutachten nicht einverstanden sein und Widerspruch einlegen, wird der Fall von der Krankenversicherung erneut dem MDK



Bayern zur Stellungnahme zugesandt. Das Ergebnis der erneuten Begutachtung, wird anschließend mit der gesamten Aktenlage wieder der Krankenkasse zugeleitet.

Ein Großteil der Verantwortung diesbezüglich liegt beim Versicherten, weil dieser den Behandlungsablauf und den damit verbundenen Behandlungsfehlervorwurf am besten kennen muss.

In der Regel werden die Behandlungsunterlagen von den Krankenkassen angefordert. Vor allem die Krankenversicherungen sind bei der Beschaffung der Behandlungsunterlagen äußerst effizient. Im Einzelfall muss jedoch die/der Versicherte, möglicherweise durch rechtlichen Beistand, die Behandlungsunterlagen für eine fachgerechte und vollumfängliche Begutachtung beschaffen. Eine Widerspruchsbegutachtung wird fast ausschließlich von einem Zweitgutachter vorgenommen.

Zusammenfassend war im Kontext mit dem im Folgenden diskutierten Datenmaterial darzustellen, dass der MDK Bayern eine fachgerechte, sorgfältige und qualitätsorientierte Arbeitsweise bei der Erstellung von MedR-Gutachten im Fachbereich Zahnmedizin fortgesetzt anstrebt und diese auch mit hoher Effizienz und Wirtschaftlichkeit durchführt.

Weiterhin bedeutet dies, dass in Auftrag gegebene Gutachten auch schnell zur Verfügung zu stellen sind.

Nach Erstellung von MedR-Gutachten durch den MDK Bayern kann es auch zu außergerichtlichen Klärungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Haftpflichtversicherung kommen.

In diesen Fällen sind die Haftpflichtversicherungen nach Studium des erstellten MedR-Gutachtens durch den MDK Bayern meist zu der Erkenntnis gekommen, dass dem Versicherungsnehmer, also dem Behandelnden ein oder mehrere Verstöße gegen elementare Regeln unterlaufen ist/sind. In diesen Fällen hat häufig auch eine eingehende Überprüfung des MDK-Gutachtens durch einen für die jeweilige Haftpflichtversicherung gutachtlich tätige/n Arzt/In stattgefunden. Wenn sich also das Prozessrisiko für die Haftpflichtversicherung in diesem Fall als stark erhöht darstellt, besteht meist ein erhebliches Interesse daran, zusätzliche Kosten für Gerichtsverfahren einschließlich Sachverständigen-Gutachten einzusparen. Derartige Fallregelungen sind in der Zahnmedizin, anders als in Fachrichtungen wie z. B. der Gynäkologie/Geburtshilfe, eher selten.

Das bedeutet jedoch nicht, dass schwere Verstöße gegen zahn-/medizinische Standards in der Zahnmedizin erheblich weniger oft als in anderen medizinischen Fachgebieten auftreten.

Die Schadenssummen, welche wiederum beispielsweise im Bereich der Geburtshilfe zu realisieren sind, übertreffen hingegen die in der Zahnmedizin zu erreichenden Summen erheblich. Außerdem ist zu bedenken, dass es bei einem Behandlungsfehler in der Geburtshilfe zu so schwerwiegenden Auswirkungen kommen kann, dass nicht nur die Lebensqualität des eigentlich Geschädigten, sondern auch diejenige der Eltern, Geschwister und sonstigen Angehörigen massiv beeinträchtigt werden kann. Es handelt sich also hierbei um Fälle, welche relativ wenig Spielraum bei der gutachtlichen Prüfung und der gerichtlichen Abhandlung zulassen.

Meist wollen die Beteiligten auch eine Diskussion über die Öffentlichkeit/Medien vermeiden. Weiterhin ist von Bedeutung, dass entsprechende Betreiber/Träger von Krankenhäusern erheblich höhere Beiträge an die Haftpflichtversicherung entrichten, als diejenigen einer Zahnarztpraxis.

Ähnliche Regelungspraktiken sind auch in der Zahnmedizin nicht absolut ausgeschlossen, jedoch eher selten.

Hat beispielsweise ein Zahnarzt eine/n Versicherte/n nicht über die Erforderlichkeit einer effizienten Mundhygiene, inklusive einer anschließenden systematischen Parodontal-Behandlung, aufgeklärt und kommt es in der Folge bei jugendlichen Patienten auch noch zum Verlust mehrerer Zähne, kann eine Haftpflichtversicherung geneigt sein, eine Abwicklung von Schadensersatzforderungen in einem außergerichtlichen Verfahren anzustreben.

Dies gilt vor allem für solche Fälle, in denen eine systematische Parodontal-Behandlung über mehrere Jahre, trotz Erforderlichkeit und ohne Vorliegen von Nebeneinflüssen, wie beispielsweise Rauchen oder genetische Disposition, nicht begonnen wurde.

Des Weiteren ist der Begriff des Widerspruchsverfahrens im Rahmen der MedR-Begutachtung nur teilweise zutreffend, weil die MedR-Begutachtung nicht als Voraussetzung einer Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse zugrunde zu legen ist. Vielmehr handelt es sich bei der medizinrechtlichen Klärung eines Behandlungsfehlervorwurfes durch die MDKen -bis dato- um eine Art Serviceleistung der Krankenkassen, welche auch im SGB V verankert ist [59, 61].

Demnach können die Krankenkassen die Versicherten bei der Prozessvorbereitung unterstützen. Diese Unterstützung beinhaltet die Beschaffung und Zusammenstellung der Behandlungsunterlagen für die anschließende Begutachtung durch die MDKen oder andere Gutachterdienste. Entsprechende MedR-Gutachten der MDKen oder anderer Gutachterdienste werden vor Einleitung eines Gerichtsverfahrens erstellt und daher von Gerichten als Partei- oder Privat-Gutachten bezeichnet. MDK-Gutachten oder sonstige (Privat-)Gutachten können ein von einem Gerichtsgutachter bzw. Sachverständigen nach Beauftragung durch ein Gericht erstelltes Gutachten nicht ersetzen. Der Vollständigkeit halber ist auch darauf hinzuweisen, dass vor und während eines Gerichtsverfahrens erstellte MDK-Gutachten von den Gerichten meist kritisch gesehen werden, weil der beauftragte Gerichtsgutachter als maßgeblich angesehen wird. Gleichwohl und dessen ungeachtet ist der Fachbereich Zahnmedizin des MDK Bayern bestrebt, diesbezüglich in der Zukunft eine stärkere Rolle einzunehmen.

### **2.5 Die Schlichtungsstelle**

Nicht jeder vermutete Behandlungsfehler wird vor Gericht geklärt. Außergerichtliche Klärungen können z.B. auch durch die Schlichtungsstellen der Landeszahnärztekammern erfolgen.

Die Landeszahnärztekammern haben bereits seit 1975 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet. Sie sollen als weisungsunabhängige Körperschaft bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt/In und Patient/In unparteiisch und unvoreingenommen klären, ob die gesundheitlichen Komplikationen auf einer haftungsbegründeten ärztlichen Therapie beruhen. Die Aufgabe einer solchen Institution ist es, eine außergerichtliche Einigung zwischen den beiden Parteien zu erzielen [11].

Die zahnärztliche Schlichtungsstelle wurde erst zum 01.01.1996 in der Bayerischen Landeszahnärztekammer eingerichtet [7].

Die ärztlichen als auch die zahnärztlichen Schlichtungsstellen bieten den Patienten/Innen bei der Vermutung von Behandlungsfehlern eine kostenlose Abklärung durch Experten an [32].

Die Schlichtungsstellen bestehen aus dem Vorsitzenden der Schlichtungsstelle, einem Juristen mit der Befähigung zum Richteramt und zwei qualifizierten Zahnärzte/Innen.

Die beiden Zahnärzte/Innen werden von der Zahnärztekammer berufen und sind zusätzlich auch als Gerichtsgutachter tätig. In einem schriftlichen Verfahren wird dann

auf diagnostischer Basis von Gebissmodellen, Karteikarteneinträgen, Röntgenaufnahmen, Vortrag der Beteiligten und/oder körperlicher Untersuchung ein Schlichtungsspruch erstellt. Die Kommission kann eine gütliche Einigung im Sinne eines Prozessvergleichs der Beteiligten bewirken. Die Verjährungsfrist wird trotz Einschaltung einer Gutachter- bzw. Schlichtungsstelle nicht unterbrochen. Es kommt zu einer Hemmung der Frist, wenn sich der betroffene (Zahn-)Arzt an dem Verfahren beteiligt. Die Dauer des Verfahrens wird bei der Berechnung nicht mit eingerechnet [11]. Wie bei den ärztlichen Schlichtungsstellen (Abbildung 9) ist auch bei der zahnärztlichen Schlichtungsstelle Bayerns eine jährliche Zunahme außergerichtlicher Fälle zu vermerken (Abbildung 10). Nach 35 Anträgen auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens in 1996 sowie 36 Anträgen, in 1997 gingen im Jahre 1989 bereits 66 Anträge ein [7].

Die Schlichtungsstellen werden je nach Bundesland von den Zahnärztekammern und von den Haftpflichtversicherungen der Zahnärzte anteilig finanziell getragen [4]. Die Schlichtungsstellen eines Bundeslandes bearbeiten keine Vorwürfe hinsichtlich ungenügender oder nicht erfolgter Aufklärung.

#### **Antragsentwicklung bei den bayerischen zahnärztlichen Schlichtungsstellen:**

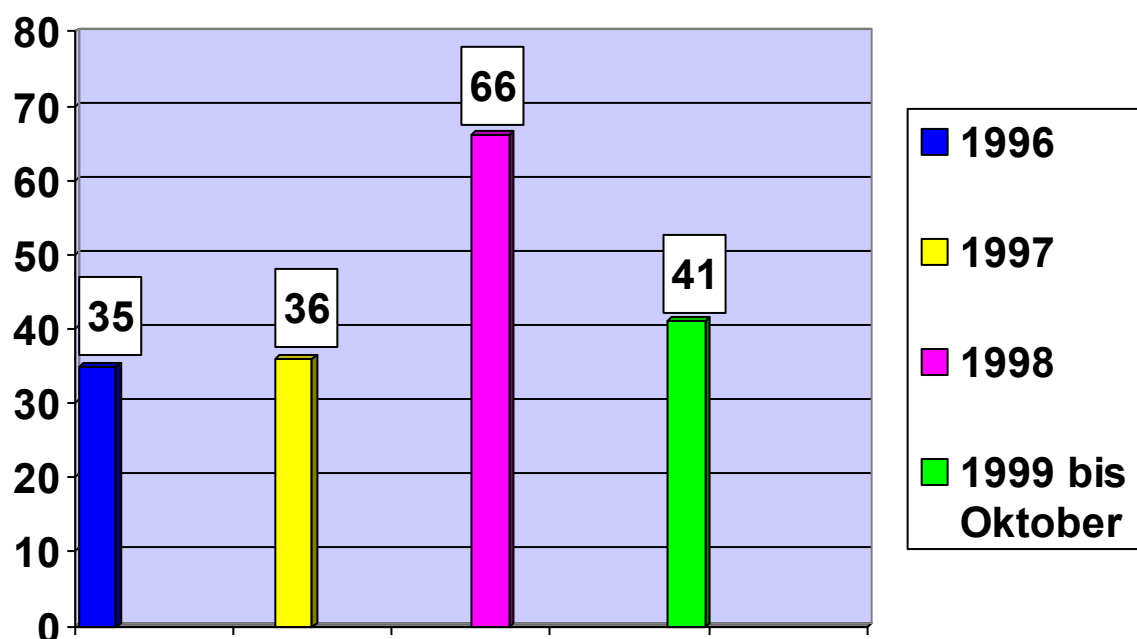


Abbildung 9: Die Bayerische zahnärztliche Schlichtungsstelle: Antragsentwicklung

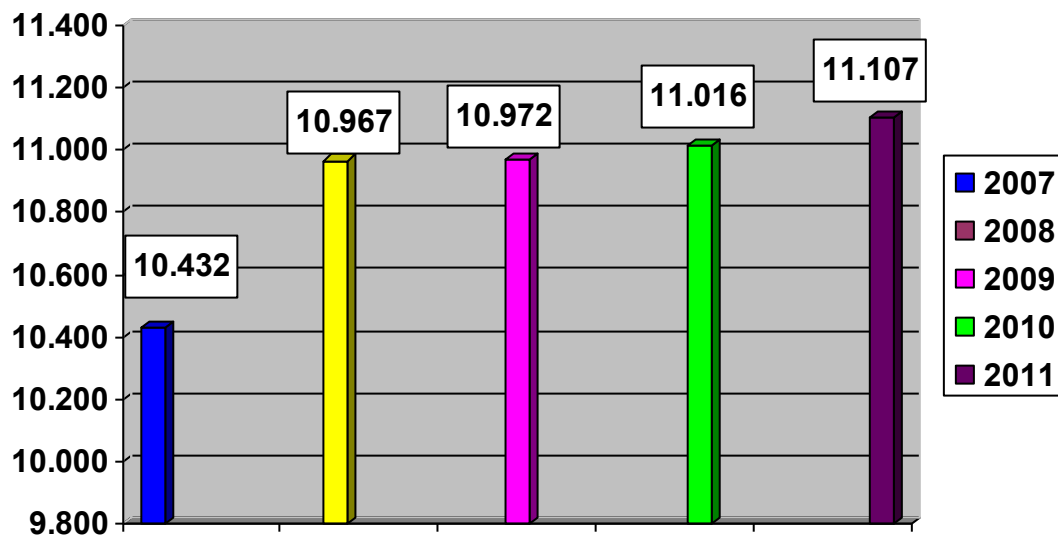
**Antragsentwicklung bei den ärztlichen Schlichtungsstellen (bundesweit):**

Abbildung 10: Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern: Antragsentwicklung bei den ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 2006-2010

## **2.6 Die Definition Behandlungsfehler/Kunstfehler**

Der Begriff „Medizinischer Kunstfehler“ wurde in Deutschland 1871 von dem Arzt Rudolf Virchow eingeführt [35].

Das Wort „Kunstfehler“ wurde jedoch im allgemeinen Sprachgebrauch mit einer Schuldzuweisung gleichgesetzt und kommt aus diesem Grunde nur noch selten zur Anwendung. Juristisch wird deshalb der Begriff „Behandlungsfehler“ oder „Abweichung vom zahnärztlichen Standard“ bevorzugt, da er neutraler und objektiver erscheint [28].

Bei der Behandlung kommt es juristisch gesehen zwischen Patient/In und Zahnarzt/In zu einem Arzt- oder Behandlungsvertrag.

Rechtlich handelt es sich um einen Dienstvertrag gem. §§ 611 BGB ff. und damit schuldet der Zahnarzt/In dem Patienten eine fachgerechte Behandlung als Dienstleistung, nicht jedoch den Behandlungs- bzw. den Heilungserfolg. Einen Behandlungs- bzw. Heilungserfolg kann der Zahnarzt, selbst bei lege artis durchgeführter Behandlung nicht garantieren, da jede zahn-/medizinische Behandlung mit gewissen Risiken und Nebenwirkungen verbunden ist [25].

Unter einem zahn-/ärztlichen Behandlungsfehler versteht man eine Zuwiderhandlung gegen den jeweiligen medizinischen Maßstab [41].

Definiert ist dieser Standard als der fortschreitende Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft und der anerkannten zahnmedizinischen Praxis [5].

Die Rechtswissenschaft definiert den Begriff „Behandlungsfehler“ als eine nicht angemessene, zum Beispiel nicht sorgfältige, fachgerechte oder zeitgerechte medizinische Behandlung des Patienten durch einen Zahnarzt/In. Alle Bereiche zahn/ärztlicher Tätigkeiten können betroffen sein, sowohl bei Hausbesuchen oder im Krankenhaus, bei Eingreifen in Notfällen und bei dem dazugehörigen Transport oder aber in der zahn-/ärztlichen Praxis. Der Behandlungsfehler kann medizinischen Charakters sein, kann sich auf organisatorische Fragen beziehen oder kann durch zuarbeitende Personen entstanden sein. Es kann sich aber auch um Aufklärungsfehler wegen Unverständlichkeit oder Unvollständigkeit handeln.

Die durchgeführte Behandlung wird nachdem ein Vorwurf erhoben worden ist von zahn/ärztlichen Gutachtern/Innen anhand von zum Zeitpunkt der Behandlung aktuellen medizinischen Leit- (wissenschaftliche Empfehlungen) und Richtlinien überprüft.

Grundsätzlich muss der Patient/In nachweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, dass dieser für seinen/ihren entstandenen Gesundheitsschaden ursächlich gewesen ist und dass den Zahn-/Arzt ein Verschulden trifft. Es kann bei einem groben Behandlungsfehler zu einer Beweiserleichterung bis hin zu einer Beweislastumkehr kommen [53].

Eine Beweislastumkehr ist auch dann möglich, wenn die Beweismittel nicht ordnungsgemäß gelagert oder weggeworfen wurden und der Behandlungsfall/Streitfall dann nicht adäquat rekonstruiert werden kann.

Die Beweiserleichterung kann bei grober Verletzung von Organisations- und Kontrollpflichten, bei groben Diagnosefehlern und auch bei unterlassener Befunderhebung einsetzen [41].

## **2.7 Der grobe Behandlungsfehler**

Um einen groben medizinischen Behandlungsfehler handelt es sich dann, wenn ein Zahn-/Arzt zweifelsfrei und eindeutig und/oder wiederholt gegen bewährte zahn/ärztliche Kenntnisse und Behandlungsregeln verstoßen hat und einen Fehler begeht, der aus objektiver zahn-/ärztlicher Sicht nicht mehr nachvollziehbar und verständlich erscheint, da er einem Zahn-/Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf [41, 16].

Die juristische Wertung „grober Behandlungsfehler“ wird vom Gericht anhand der gesamten medizinischen Fakten getroffen und setzt sich in der Regel aus dem vom Gericht in Auftrag gegebenen zahn-/medizinischen Sachverständigengutachten und der Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens zusammen. Der nachgewiesene grobe Behandlungsfehler führt zu einer Beweislastumkehr. Wird ein grober Behandlungsfehler seitens der Juristen festgestellt, kommt der Zahn/Arzt in die Beweislast und muss aufzeigen, dass die Schädigung des Patienten nicht durch sein Handeln verursacht worden ist [26].

In der Gesetzgebung wird allerdings nicht jede Abweichung von den anerkannten Regeln der zahnärztlichen Kunst als Verstoß gewertet. In jedem einzelnen Fall wird überprüft, ob auf Grund der vorliegenden Umstände des Einzelfalls mit der Abweichung von den Regeln eine aussichtsreichere Behandlung gewählt worden ist. Dies setzt voraus, dass der Zahn-/Arzt den aktuellen Standard der zahn/medizinischen Wissenschaft kennt und sich regelmäßig fortbildet [6].

Der medizinische Standard entwickelt sich mit den Fortschritten der Zahn/Medizin andauernd weiter. Gerichtlich entscheidend ist jedoch der medizinische Wissensstand im Zeitraum des vorgeworfenen Behandlungsfehlers, d.h. dass z.B. die zum Zeitpunkt der angeblichen Schadensverursachung gültigen Leit- und Richtlinien bei der gutachtlichen Beurteilung heranzuziehen sind.

## **2.8 Die Definition der Leitlinie und Richtlinien**

Leitlinien liegen in ihrer Verbindlichkeit zwischen den Richtlinien und Empfehlungen: Leitlinien soll man befolgen, Richtlinien muss man befolgen und Empfehlungen kann man befolgen. Ein Abweichen von einer Leitlinie ist möglich, muss aber im Einzelfall begründet werden können.

Die Leitlinien werden von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften) nach definierten formalen Kriterien erstellt [2].

Den Prozess koordiniert das Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZVB) gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Bislang liegen 11 zahnärztliche Leitlinien sowie Empfehlungen in Form von zwei wissenschaftlichen Stellungnahmen und 27 wissenschaftlichen Mitteilungen vor ([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)).

Sie sollen den Zahn-/Ärzten eine Hilfe zur Entscheidungsfindung in kennzeichnenden Situationen sein und den aktuellen fachlichen Entwicklungsstand präsentieren (state of the art) und müssen von den Behandlern/Innen in regelmäßigen Intervallen auf ihre Gültigkeit hin kontrolliert werden [37].

Der Begriff Leitlinie unterliegt keiner Normierung und kann deshalb qualitativ sehr unterschiedlich sein.

Nach dem System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften werden die Leitlinien in drei Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und eingeteilt:

- S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet
- S2: eine formale Konsensfindung oder eine systematische „Evidenz“-Recherche hat stattgefunden
- S3: Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung erstellt (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßiger Überprüfung) [3]

Knapp 70 % der vorliegenden Leitlinien sind S1 Leitlinien. Je höher die Einstufung in den Entwicklungsstufen erfolgt ist, desto höher ist auch die Bedeutung anzusetzen. Eine S3 Leitlinie ist somit als höher zu bewerten als eine S2 oder gar eine S1 Leitlinie.

Bei den Richtlinien des „Gemeinsamen Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen“ (G-BA) handelt es sich um im Bundesanzeiger veröffentlichte Regeln des Handelns und Unterlassens, welche Bestandteil des SGB V sind und die somit dem Zahn-/Arzt lediglich einen kleinen Ermessensspielraum einräumen.

Die Nichteinhaltung der Richtlinien zieht ggf. strafrechtliche Konsequenzen nach sich. „Richtlinien“ haben Standards, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von



Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch imperativen Charakter aufweisen [15].

### **2.9 Die Kausalität**

Unter der Kausalität im Arzthaftungsrecht versteht man die Beziehung zwischen Fehler (juristisch wird ein Schaden als Erfolg bezeichnet) und Schaden. Der Fehler muss für einen bestimmten Schaden verantwortlich sein. Es liegen verschiedene Theorien vor, die bei der Beurteilung Berücksichtigung finden müssen.

Der Begriff Kausalität kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Ursache. Juristisch bezeichnet die Kausalität den ursächlichen Zusammenhang zwischen einer Rechtsverletzung und dem Verletzungserfolg. Sie ist die Grundvoraussetzung einer Schadensersatzpflicht und hat immer eine feste zeitliche Zuordnung, welche von der Ursache ausgeht.

### **Theorien zur strafrechtlichen Kausalitätslehre**

#### **1. Äquivalenztheorie:**

Es wird davon ausgegangen, dass alle Bedingungen einander gleichwertig vorliegen. Zur Ermittlung der Kausalität wird die *Conditio-sine-qua-non*-Formel herangezogen. Dies bedeutet, dass jede Bedingung eines Erfolges kausal ist, folglich nicht weggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg in seiner konkreten Gestalt entfielen würde [34, 36, 43].

#### **2. Adäquanz-/Relevanztheorie**

Hiernach sollen Ursachen herausgefiltert werden, welche aufgrund der Bedingungen außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegen. Es sollen nur Ursachen betrachtet werden, welche dem Verantwortlichen tatsächlich zugerechnet werden können. Dies ist nur der Fall, wenn die Ursache nach der „Lebenserfahrung“ einen Erfolg herbeigeführt hat. Es werden unter dem Begriff die Grenzen festgesteckt, unter denen eine Haftung zumutbar erscheint

Diese Theorie ist vorherrschend im Zivilrecht, strafrechtlich wird sie abgelehnt. Die schädigende Handlung ist nur dann nicht ursächlich für den eingetretenen Schaden, wenn sie diesen nur infolge einer außergewöhnlichen Verkettung der zugrunde liegenden Umstände mit herbeigeführt hat [34].

### 3. Hypothetische Ersatzursachen und Kausalverläufe

Hypothetische Kausalverläufe dürfen bei der Begutachtung nicht berücksichtigt werden, so dass nur tatsächlich verwirklichte Ursachen bei der Beurteilung maßgeblich sind [34].

#### A. Grundstruktur:

Eine Handlung führt zu einem Erfolg/Fehler (Abbildung 11).

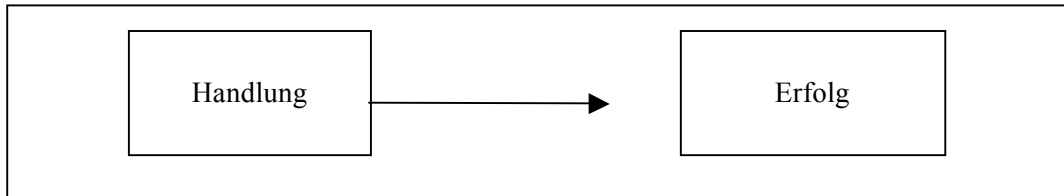


Abbildung 11: Die Grundstruktur der Kausalität (Vorlesung Strafrecht). Eine Handlung führt zu einem Erfolg.

#### B. Doppelte Kausalität

Bei der doppelten Kausalität wirken unabhängig voneinander mehrere Ursachen zusammen. Sie werden im Erfolg zeitgleich wirksam, jedoch hätte jede Ursache einzeln betrachtet zum Erfolg geführt (Abbildung 12) [34, 44].

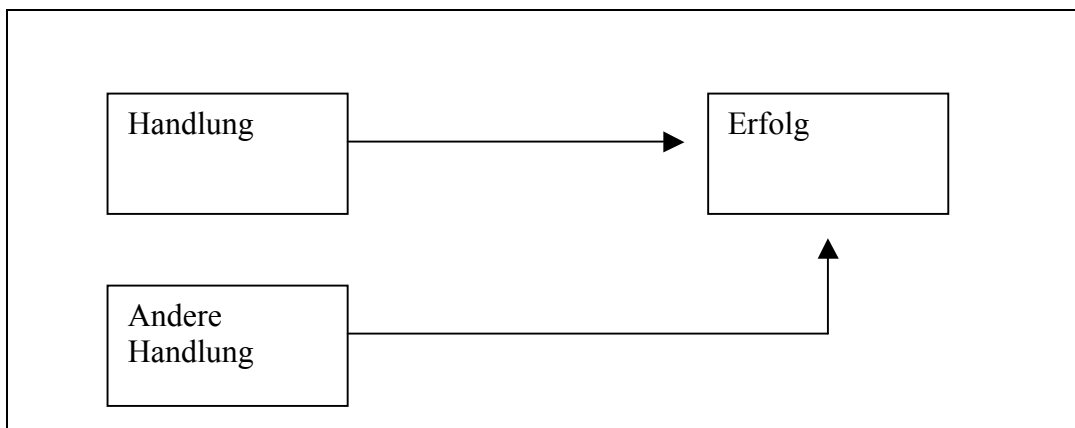


Abbildung 12: Die doppelte Kausalität (Vorlesung Strafrecht AT). Eine Handlung kann zu einem Erfolg/Fehler führen, unabhängig kann aber auch eine andere Handlung zum Erfolg führen.

#### C. Kumulative Kausalität

Bei der kumulativen Kausalität wirken zeitgleich unabhängige Ursachen zusammen und führen dann erst zum Erfolg (Abbildung 13) [34, 44].

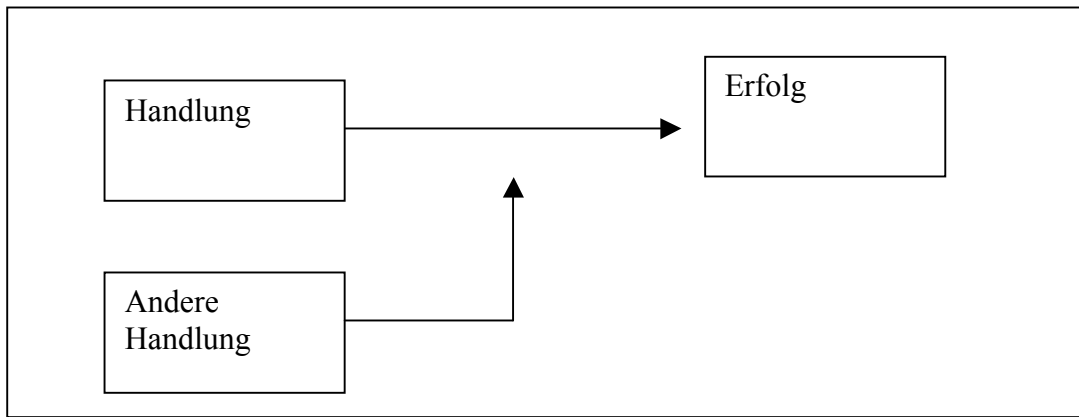


Abbildung 13: Die kumulative Kausalität (Vorlesung Strafrecht AT). Zeitgleich wirken unabhängige Handlungen zusammen und führen dann erst zum Erfolg.

#### D. Abgebrochene Kausalität

Bei der abgebrochenen Kausalität bewirkt eine völlig unabhängige Ursache den Erfolg (Abbildung 14) [34, 44].

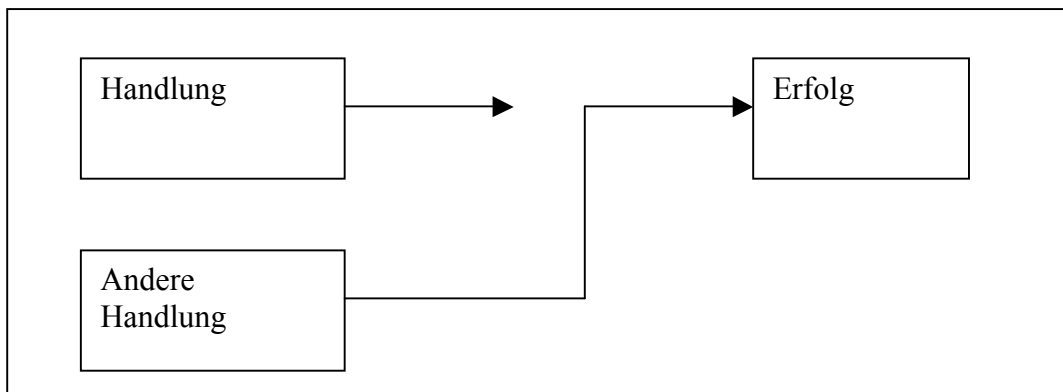


Abbildung 14: Die abgebrochene Kausalität. Eine unabhängige Handlung führt zum Erfolg/Fehler.

#### E. Atypischer Kausalverlauf

Bei dem atypischen Kausalverlauf setzt der Erfolg erst durch eine Ursache ein, die an die eigentliche Handlung anknüpft (Abbildung 15) [34, 44].

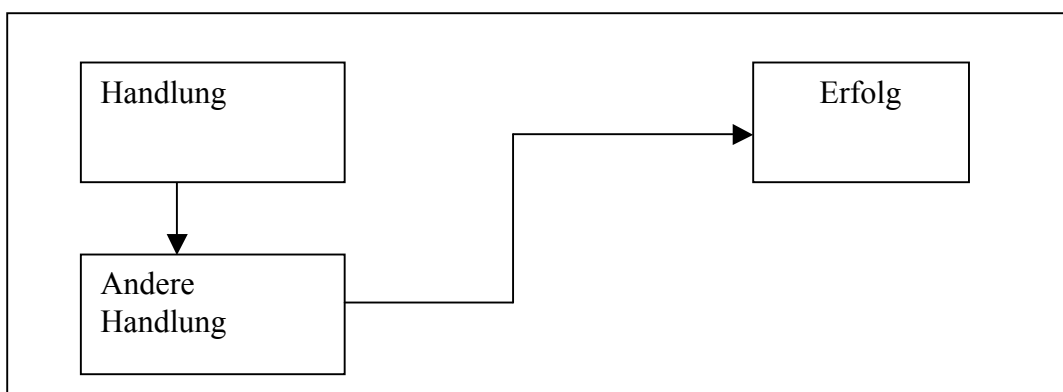


Abbildung 15: Der atypische Kausalverlauf (Vorlesung Strafrecht AT. Eine Handlung führt zu einer anderen Handlung, die erst zu dem Erfolg/Fehler führt.

## **2.10 Die ICD-10-GM-Kodierung**

Bei der ICD-10- German Modification (GM)-Kodierung handelt es sich um ein weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V und im ambulanten Bereich gemäß § 295 SGB V der Medizin [60, 56].

„Dabei handelt es sich um eine Anpassung der ICD International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)-10-WHO (World Health Organisation) der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMIDI) ins Deutsche übertragen wurde. Die ICD-10-GM ist eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste Fassung. In ihrer Struktur und ihrem Aufbau entspricht sie der Vierstelligen ausführlichen Systematik (VAS) der deutschsprachigen ICD-10-WHO. Die in Deutschland an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte/Innen und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind somit verpflichtet die erstellten Diagnosen nach ICD-10-GM zu verschlüsseln. Dem Grundgesetz entsprechend muss die Verschlüsselung von Diagnosen auf Abrechnungsunterlagen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (§295 SGB V) sowie bei der Krankenhausbehandlung (§301 SGB V) erfolgen. Es darf nicht auf Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Arztbriefen oder gar in der eigenen Patientendokumentation verschlüsselt werden, da Einzelheiten verloren gehen können. Der ICD-10-GM besteht aus 2 Teilen:

1. Systematisches Verzeichnis, zusammengesetzt aus der Systematik und der ergänzenden Information. In den Vorbemerkungen sind eine Anleitung zur Verschlüsselung und ein Kommentar mit den wesentlichen Änderungen gegenüber der Vorversion. Im Anhang sind die Morphologie der Neubildungen und einige Testverfahren, um Funktionseinschränkungen festzustellen.
2. Alphabetisches Verzeichnis, mit einer umfassenden Sammlung verschlüsselter Diagnosen aus dem Sprachgebrauch in der ambulanten und stationären Versorgung.

Das ICD-10-GM stellt ein wichtiges Fundament für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG dar. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung verwendet. Ebenso werden für die Vergütung der ambulanten Behandlung nach EBM und den morbiditätsorientierte

Risikostrukturausgleich nach ICD-10-GM kodierte Behandlungsdiagnosen benötigt“ [22].

Zahnärzte müssen die Diagnose nicht verschlüsseln, da sich der Paragraph § 295 Absatz 1 Nr. 1 und 2 des SGB V nur auf die Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie auf ärztlich geleitete Einrichtungen beschränkt. Es werden zwar zahnärztliche Diagnosen im ICD-10 angeführt, beruhen aber auf der Tatsache, dass Ärzte aufgrund ihrer Approbation rechtlich zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt sind [9].

Die ICD-10-Kodierung wird beim MDK ausschließlich von den hauptamtlichen Zahnärzten/Innen verwendet. Die externen Zahnärzte/Innen sind nicht an das interne Netzwerk des MDK Bayern angeschlossen, so dass ihnen die Kodierungsmöglichkeiten in dem Sinne nicht zur Verfügung stehen.

### **3. Material und Methode**

#### **3.1 Der Datensatz**

Retrospektiv wurden alle Behandlungsfehlervorwürfe aus dem gesamten Fachgebiet der Zahnmedizin aus den Jahren 2010 und 2011 des MDK Bayern in dieser Studie erfasst. Die Gutachten werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen beim MDK Bayern nach Vorscreening in Auftrag gegeben. Dort werden dann meist anhand von Karteikarteneinträgen, Röntgenbildern, Fotografien, Zahnmodellen und in Einzelfällen ggf. nach körperlicher Untersuchung, Gutachten oder Stellungnahmen erstellt. Nach Begutachtung werden die zur Verfügung gestellten Unterlagen der Krankenkasse oder den Zahnärzten/Innen zurückgeschickt. Die Inhalte der erstellten Gutachten werden in einer Datenbank archiviert und anschließend ausgewertet.

#### **3.2 Die Datenbank**

Die Daten der zahn-/ärztlichen Gutachten werden auf dem Microsoft SQL Server (elektronische Datenverwaltung) gespeichert. Es handelt sich um ein relationales Datenbankmanagementsystem. Die vorhandenen Daten wurden mit der Qlik-View-Software aufbereitet und anschließend mit dem SPSS-Programm ausgewertet.

##### QlikView

QlikView ist ein Programm zur Datenanalyse und wurde von dem Softwareunternehmen Qlik Tech in Schweden (Lund) bereits 1993 entwickelt.

Der Vorteil von der Qlik-View-Software liegt in den verschiedenen Auswertungsmöglichkeiten und erfolgt fast in Echtzeit. Durch den Zugriff auf Informationen im Hauptspeicher (memory-basierte Analyse) wird die Verknüpfung mit den Daten aus unterschiedlichen Quellen miteinander ermöglicht. Anschließend können die Daten in Grafiken und Tabellen dargestellt werden.

##### SPSS (Statistical Package for the Social Science)

Dieses Programm wurde von einer Softwarefirma entwickelt, die Statistik- und Analyse- Software vertreibt und entstand 1968 mit der ersten gleichnamigen Version. Die Software ermöglicht eine schnelle, zielgerichtete statistische Analyse von Daten. Mit dem Grundmodul können umfangreiche grafische und statistische Datenanalysen mit den gängigsten Verfahren ausgewertet werden [33].

Alle Patientendaten wurden im QlikView pseudonymisiert. In die statistische Analyse flossen die Daten von:

1. Alter (Geburtsdatum) der Versicherten
2. Geschlecht der Versicherten
3. Ergebnisschlüssel/ bestätigte Fehler
4. Behandlungsanlass/ Behandlungsanlass ICD (Diagnoseklassifikationssystem) kurz
5. Angeblich fehlerbedingte Diagnose/ ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose kurz
6. Vermeintlich fehlerbehafteter Verantwortungsbereich/ vermeintlicher Verantwortungsbereich
7. Tatsächlich fehlerbehafteter Verantwortungsbereich/ tatsächlicher Verantwortungsbereich
8. Schwere des Fehlers

#### **3.2.1 Das Alter der Versicherten am Begutachtungsdatum**

Hier erfolgte eine automatische Berechnung nach Verlassen des Feldes „Datum der angeblichen Verursachung“. Voraussetzung war die Eingabe des Geburtsdatums in der Stellungnahme bzw. dem Gutachten [55].

#### **3.2.2 Das Geschlecht**

Das Geschlecht wird automatisch von dem Programm übernommen [55].

#### **3.2.3 Der Ergebnisschlüssel/ bestätigte Fehler**

Hier müssen die Anlass-Schlüssel entweder „900-fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard mit Schadensfolge liegt vor“, „960-fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard“ oder „910-fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard mit Schadensfolge liegt nicht vor“ eingetragen werden [55].

#### **3.2.4 Der Behandlungsanlass/ Behandlungsanlass ICD kurz**

Beim Behandlungsanlass wurde nach der Diagnose gefragt, die zu der Behandlung geführt hat und die von der Versichertenseite als fehlerhaft beklagt wird, d.h. im Zusammenhang mit dem „Patienten-Vorwurf“ einer fehlerhaften zahnärztlichen Versorgung sollte die Diagnose vor Beginn der Behandlung gutachtlich rekonstruiert werden. Eine direkte Verbindung auf Kodip lag vor. Kodip ist ein Software-Programm zur effizienten und präzisen Kodierung und Dekodierung von Diagnosen und Prozeduren nach den G-DRGs (engl.: German Diagnosis Related Groups =>

Diagnosebezogene Fallgruppen). Das Programm arbeitet nach den aktuellen gesetzlichen Klassifikationen ICD und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel). Die Diagnose ist ex post festzustellen, d.h. die tatsächliche Diagnose wird gutachtlich an Hand der Aktenlage, also retrospektiv festgestellt, z.B. sind endodontische Beschwerden nicht als Schmerzen, sondern bereits als Pulpitis zu verschlüsseln. Bei mehreren Diagnosen musste der/die Gutachter/in sich für die führende Diagnose/Hauptdiagnose entscheiden [55].

#### **3.2.5 Die angeblich fehlerbedingte Diagnose ICD kurz**

Eine direkte Verbindung zu Kodip liegt hier ebenfalls vor. Hier sollte ggf. eine neue Diagnose, welche durch den angeblichen Fehler entstanden ist, eingetragen werden. Wenn es sich um einen diagnostischen Fehler handelt, der nur zu einer Diagnoseverzögerung (Karies statt Pulpitis, weswegen die endodontische Behandlung, z.B. Wurzelkanalbehandlung sich verzögerte und deswegen länger Schmerzen erlitten werden mussten) geführt hat, so ist als Diagnose dieselbe Diagnose wie unter Behandlungsanlass zu wählen gewesen. Sind allerdings durch die verzögerte oder fehlerbedingte Diagnose Beeinträchtigungen der Gesundheit entstanden, so musste die neue, also fehlerbedingte Diagnose angegeben werden [55].

Als Beispiel kann hier der Zahnverlust genannt werden, der mit der ICD-Nr. K08.1 zu verschlüsseln ist. Dieser Zahnverlust muss natürlich Folge einer nicht fachgerechten zahnärztlichen Behandlung sein. Die Bestimmung der vermeintlich fehlerbedingten Diagnose ist meist einfacher zu bestimmen, als die Diagnose im Zusammenhang mit dem Behandlungsanlass, die retrospektiv schwieriger nachzuvollziehen bzw. zu rekonstruieren ist.

Die vermeintlich fehlerbedingte Diagnose geht fast immer auf den eigentlichen Vorwurf des Patienten zurück. Den bereits zuvor genannten Zahnverlust sieht der Patient dann beispielsweise als Folge einer nicht fachgerechten Wurzelkanalbehandlung an. Hier ergibt sich also eine ganz wesentliche fachliche und medizinrechtliche Schnittstelle. Genau dieser Aspekt muss nach Bearbeitung aller Behandlungsunterlagen und Darstellung des zahnmedizinischen Sachverhalts - sowohl aus Sicht des Patienten als auch aus Sicht des Behandlers - genauestens



überprüft werden, um diesbezüglich zu einem Ergebnis/einer Entscheidung zu kommen.

Ein anderes Beispiel für eine vermeintlich fehlerbedingte Diagnose wäre ein Kieferbruch infolge des Behandlungsanlasses der operativen Zahntentfernung bei der Diagnose ICD 10 K01.1 impaktierte Zähne. Zahnverlust kann nicht nur Folge einer fehlerhaften Behandlung sein, sondern kann auch der Anlass einer Behandlung sein. Die Folge einer dann durchgeführten Zahnersatzversorgung könnte dann eine fehlerhafte Okklusion sein, aus der sich ein Vorwurf seitens der/s Versicherten ergeben kann. Ein Vorwurf könnte aber auch im Zusammenhang mit nicht überkronungswürdigen Zähnen stehen, weil diese eine apikale Parodontitis aufwiesen, welche vor Überkronung nicht behandelt wurden.

Diesbezüglich könnten noch endlose Beispiele genannt werden. Das würde jedoch zu einer Schwerpunktthematik in dieser Dissertation führen, die trotz der großen Relevanz dieses Punktes nicht der Zweck dieser Arbeit ist.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass sich ein Problem bei der Erhebung "Datenerfassung Behandlungsfehler" ergibt, wenn eine Diagnose im Zusammenhang mit dem Behandlungsanlass nicht festgestellt und allenfalls vermutet werden kann. Grundsätzlich soll der Gutachter aber nicht Vermutungen anstellen bzw. spekulieren. Wir geben in solchen Fällen für den Behandlungsanlass oftmals eine Untersuchung der Zähne an, weil diese "Diagnose" als ICD Z01.2 zur Verfügung steht. Die ICD Z01.2 ist beispielsweise anwendbar, wenn eine Wurzelkanalbehandlung bei Vitalitätsprüfung mit positivem Ergebnis durchgeführt wurde, jedoch keine Angaben zur Anamnese vorliegen. Sollte der Patient jedoch Schmerzen im Gedächtnisprotokoll angegeben haben, dann würde in einem solchen Fall die Möglichkeit bestehen, Pulpitis oder Schmerzen als Behandlungsanlass anzugeben [55].

### **3.2.6 Der vermeintlich fehlerhafte/vermeintliche Verantwortungsbereich**

Hier konnte durch Mehrfachauswahl der Fehlervorwurf präzisiert werden. Bei Auswahl „Sonstiger“ erschien ein Freitextfeld. Hier sollte eingetragen werden, wenn tatsächlich keiner der genannten Verantwortungsbereiche zugetroffen hatte. Der erste Punkt der Auswahlmöglichkeiten betrifft dezidiert das Übernahmeverschulden [55].

Ursprünglich war vorgesehen, dass "Sonstiger" dann anzugeben ist, wenn keine andere Angabe erfolgen kann, weil ein anderer (zahn-)ärztlicher Fehler zwar nachweisbar ist, aber absolut kein Dokumentations-, Aufklärungs-, Indikations-, Medikations- oder Behandlungsfehler, auch postoperativ, festzustellen ist [55].

#### Vermeintlicher Verantwortungsbereich

Einer der oben benannten vermeintlichen fehlerhaften Verantwortungsbereiche musste als Hauptursache ausgewählt werden [55].

### **3.2.7 Der tatsächlich fehlerhafte/tatsächliche Verantwortungsbereich**

Hier erfolgte die Bewertung, ob der vorgeworfene Fehler bestätigt werden konnte, ob evtl. ein anderer Fehler vorliegt oder kein Fehler nachweisbar ist. Auch hier ging bei „Sonstiger“ ein Freitextfeld auf. Bei Auswahl „kein Fehler nachweisbar“ endet die Abfrage an dieser Stelle [55].

#### Tatsächlicher Verantwortungsbereich

Einer der oben benannten tatsächlich fehlerhaften Verantwortungsbereiche musste als Hauptursache benannt werden[55].

### **3.2.8 Die Schwere des Fehlers**

Hier wurde präzisiert, ob beim Vorliegen eines Behandlungsfehlers dieser als schwerer Verstoß gegen die elementaren Regeln oder als noch nachvollziehbare Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht zu werten ist [55].

Ein schwerer Verstoß gegen die geltenden zahnmedizinischen Standards wäre beispielsweise, wenn ein Wurzelrest nach einer Zahnextraktion zurückgelassen wird, adäquate Nachuntersuchungsmaßnahmen einschließlich Röntgenuntersuchung ausbleiben und stattdessen direkt nach der Zahnextraktion die Auffüllung des Zahnfachs mit Knochenersatzmaterial erfolgt. Wenn dann trotz anhaltender Schmerzen und erheblich gestörter Wundheilung keine adäquaten Maßnahmen wie

beispielsweise die Entfernung des Knochenersatzmaterials erfolgen, ist von einem äußerst schweren Behandlungsfehler mit sich stets wiederholenden Verstößen gegen medizinische Standards auszugehen. Die Schwere des Fehlers ist nicht nur von medizinischer, sondern auch von juristischer Bedeutung beispielsweise bezüglich der Möglichkeit einer Beweislastumkehr.

### **3.3 Die Statistik**

#### **3.3.1 Der Mittelwert**

„Der Mittelwert (Abbildung 16) ist das arithmetische Mittel der Messwerte und berechnet sich daher aus der Summe der Messwerte geteilt durch ihre Anzahl“ [10].

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots}{n} = \frac{\sum x_i}{n}$$

Abbildung 16: Der Mittelwert:

#### **3.3.2 Der Median**

Der Median (oder Zentralwert) (Abbildung 17) teilt den gesamten Datensatz in zwei gleich große Hälften. Der Vorteil des Medianwertes, verglichen mit dem arithmetischen Mittel, ist dass er robuster gegenüber Ausreißern (extrem abweichenden Werten) ist [24, 64, 65].

$$\tilde{x} = \begin{cases} x_{\frac{n+1}{2}} & n \text{ ungerade} \\ \frac{1}{2} (x_{\frac{n}{2}} + x_{\frac{n}{2}+1}) & n \text{ gerade.} \end{cases}$$

Abbildung 17: Der Median

#### **3.3.3 Die Varianz**

Die Stichprobenvarianz (oder empirische Varianz) (Abbildung 18) ist eine Größeneinheit, die die Streuung beschreibt [24, 64, 65].

$$s^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$$

Abbildung 18: Die Varianz

### 3.3.4 Die Standardabweichung

Die Standardabweichung ist ein Maß für die Streuung der Werte einer Zufallsvariablen um ihren Mittelwert. Sie ist für eine Zufallsvariable  $X$  definiert als die Quadratwurzel aus deren Varianz und wird als  $\sigma_X = \sqrt{\text{Var}(X)}$  notiert (Abbildung 19) [24, 64, 65].

$$s = \sqrt{\frac{(x_1 - \bar{x})^2 + (x_2 - \bar{x})^2 + (x_3 - \bar{x})^2 + \dots}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

*Abbildung 19: Die Standardabweichung: Für den Fall normalverteilter Zufallsgrößen lässt sich allerdings ein erwartungstreuer Schätzer angeben.*

### 3.3.5 Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson

Dieser Test wird eingesetzt, um die empirische und parametrische Verteilung zu vergleichen. Bei dem Verteilungstest wird ein statistisches Merkmal  $X$  betrachtet, dessen Wahrscheinlichkeiten in der Gesamtheit unbekannt sind. Diesbezüglich wird eine vorläufig allgemein formulierte Nullhypothese aufgestellt:

$H_0$ : Das Merkmal  $X$  besitzt die Wahrscheinlichkeitsverteilung  $F_0(x)$ .

Als Nullhypothese wird angenommen, dass die zwei Verteilungen gleich sind und die Differenz auf zufällige Fehler zurückzuführen ist. In der vorliegenden Dissertation wird eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  als signifikant zugrunde gelegt.

So werden Werte von  $p < 0,05$  als signifikant und Werte von kleiner als  $p \leq 0,01$  als sehr signifikant angesehen, somit sind Werte größer als  $p \geq 0,05$  als nicht signifikant zu werten. Eine Signifikanz ergibt sich jedoch hauptsächlich bei großen Fallzahlen, so dass der Chi-Quadrat-Test (Abbildung 20) kritisch zu betrachten ist.

	einseitiger Test	zweiseitiger Test
Hypothese	_____	$H_0$ : Verteilungen sind gleich $H_1$ : Verteilungen sind ungleich
Testgröße	$\chi^2 = \sum_{i=1}^k (F_i - E_i)^2 / E_i$ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div> <math>F_i</math> ... empirische Häufigkeit der Klasse i  <math>E_i</math> ... theoretische Häufigkeit der Klasse i  k ... Zahl der Klassen </div> </div>	
Freiheitsgrade	k-3	
Rückweisung	_____	$H_0$ ablehnen, falls $\chi^2 > \chi^2_{\alpha, k-3}$

Abbildung 20: Der Chi-Quadrat-Test: Formel zur Berechnung des Chi-Quadrat-Test:  
[statistics4u.com/fundstat\\_germ/cc\\_test\\_chi-square.html](http://statistics4u.com/fundstat_germ/cc_test_chi-square.html))

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Das Gesamtkollektiv

Insgesamt wurden n = 538 Fälle aus den Jahren 2010 (n = 265 Fälle) und 2011 (n = 273 Fälle) ausgewertet. Dabei wurde das Eingangsdatum der Fälle und nicht das Datum der Erstellung der Gutachten berücksichtigt [55].

### 4.2 Die Auswertung Lebensalter

#### 4.2.1 Die Auswertung Lebensalter 2010

Hier erfolgte eine automatische Berechnung nach Verlassen des Feldes „Datum der angeblichen Verursachung“. Voraussetzung war die Eingabe des Geburtsdatums in der Stellungnahme bzw. dem Gutachten [55].

Im Jahr 2010 wurden 265 Fälle von Versicherten zur zahnärztlichen Begutachtung bei dem MDK Bayern eingereicht. Das jüngste Versicherungsmitglied von dem ein Fall eingereicht wurde, war 2 Jahre alt (Kinder sind nicht selbst versichert, sondern über die Eltern mitversichert, welche letztendlich auch den Behandlungsfehler anmelden). Das älteste Versicherungsmitglied, welches einen Behandlungsfehler vermutete, war 85 Jahre alt. Der Mittelwert (M) des Lebensalters in dem Jahr 2010 lag bei 41,5 Jahren und weicht damit nur minimal von dem Medianwert mit 42,0 Jahren ab (Tabelle1). Die Standardabweichung (SD) betrug 17 Jahre.

N	Gültig Fehlend	265 0
Mittelwert		41,5
Median		42,0
Standardabweichung		17,0
Minimum		2
Maximum		85

*Tabelle 1: Das Lebensalter der Versicherten 2010: Der Mittelwert liegt bei 41,5 Jahren. Der Medianwert bei 42 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 17 Jahre. Das minimale Lebensalter beträgt 2 und das maximale Alter 85 Jahre.*

### **4.2.1 Die Auswertung Lebensalter 2011**

Im Jahr 2011 wurden 273 Fälle von Versicherten durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) beim MDK Bayern eingereicht, wobei das Alter zwischen dem 4. und 90. Lebensjahr lag. Der Mittelwert (M) des Lebensalters in 2011 betrug 40,7 Jahre, somit weicht auch in dem Jahr 2011 der Mittelwert kaum von dem Medianwert mit 40,0 Jahren ab (Tabelle 2). Die Standardabweichung (SD) betrug 16,4 Jahre.

N	Gültig Fehlend	273 0
Mittelwert		40,7
Median		40,0
Standardabweichung		16,4
Minimum		4
Maximum		90

*Tabelle 2: Das Lebensalter der Versicherten 2011: Im Jahr 2011 wurden 273 Fälle eingereicht und ausgewertet. Der Mittelwert lag bei 40,7 Jahren, der Medianwert bei 40 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 16,4 Jahre.*

### **4.2.2 Der Vergleich Lebensalter 2010 und 2011**

Das Lebensalter der Versicherten, welche Behandlungsfehler vermuteten und im Begutachtungszeitraum beim MDK Bayern eingereicht wurden, hat sich in den beiden Perioden 2010 und 2011 um einige wenige Jahr nach hinten verschoben. In 2010 betrug das Lebensalter des jüngsten Versicherungsmitgliedes 2 Jahre und im Jahr 2011 4 Jahre. Im Jahr 2010 betrug das höchste Lebensalter 85 Jahre und im Jahr 2011 90 Lebensjahre (LJ). Aus dem vorliegenden Mittelwert des Lebensalters geht die Verschiebung nicht hervor, so betrug in 2010 der Mittelwert 41,5 und lag bei 40,7 Jahren in 2011.

Eine deutliche Zunahme an Behandlungsfehlervorwürfen in den beiden Perioden 2010 und 2011 ist zwischen dem 21. und 50. Lebensjahr laut vorliegender Statistik zu verzeichnen gewesen, ab dem 51. Lebensjahr erfolgte dann wieder eine Abnahme der Vorwürfe/Vermutungen (Abbildung 21).

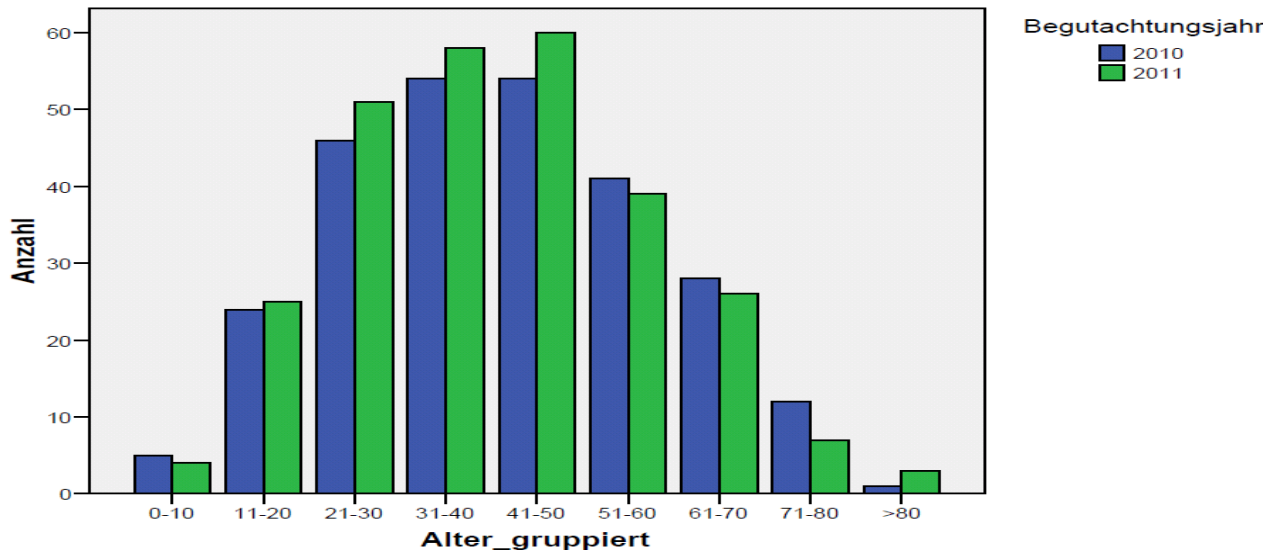


Abbildung 21: Das Alter und die Anzahl an Behandlungsfehlervorwürfe in den beiden Jahren 2010 und 2011. Das Alter ist in 9 Dekaden in den beiden Jahren gruppiert. Auf der X-Achse ist das Alter in 10 er Schritten ablesbar und auf der Y-Achse ist in 10 er Schritten die Anzahl der Fälle ablesbar. Die Farbe blau steht für das Jahr 2010 und die Farbe grün für das Jahr 2011

Die meisten Behandlungsfehlervorwürfe, die beim medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern in den beiden Jahren 2010 und 2011 eingegangen und bearbeitet worden sind, wurden zwischen dem 31. – 50. Lebensjahr (LJ) verzeichnet. 2010 wurden in den vierten und fünften Dekade zwischen dem 31. – 50. LJ 54 Fälle eingegeben, dies entspricht 20,4% aller Fälle in dem Jahr. In 2011 wurden 58 Fälle in der vierten Dekade zwischen dem 31. – 40. LJ mit 21,2% registriert. 60 Fälle wurden in der fünften Dekade zwischen dem 41. -50. Lebensjahr mit 22,0 % verzeichnet. Im Jahr 2010 wurden mit 17,4%, dies entspricht 46 Fällen, in den Lebensjahren 21 - 30 etwas weniger Fälle erfasst als im Jahr 2011. Im Jahr 2011 wurden 51 Fälle mit 18,7% registriert. Anders sieht es in der siebten Dekade zwischen dem 61. und 70. LJ aus: Hier wurden in 2010 28 Fälle mit 10,6% und in 2011 26 Fälle mit 9,5 % eingereicht. Annähernd gleich viele Fälle, nämlich 24 in 2010 und 25 in 2011 wurden in der zweiten Dekade zwischen dem 11. und dem 20. LJ aufgeführt (Tabelle 3).



Alter gruppiert	Begutachtungsjahr		Gesamt
	2010 Anzahl % von Begutachtungsjahr	2011 Anzahl % von Begutachtungsjahr	
0-10	5 1,9	4 1,5	9 1,7
11-20	24 9,1	25 9,2	49 9,1
21-30	46 17,4	51 18,7	97 18,0
31-40	54 20,4	58 21,2	112 20,8
41-50	54 20,4	60 22,0	114 21,2
51-60	41 15,5	39 14,3	80 14,9
61-70	28 10,6	26 9,5	54 10,0
71-80	12 4,5	7 2,6	19 3,5
>80	1 0,4	3 1,1	4 0,7
Gesamt	265 100,0	273 100,0	538 100,0

Tabelle 3: Die Behandlungsfehlervorwurf nach Lebensdekaden gruppiert.

### 4.3 Die Auswertung Geschlecht

Hier erfolgte eine Auswertung des Geschlechts der Versicherten mit Behandlungsfehlervorwürfen [55].

Im Jahr 2010 sind insgesamt von 169 Frauen mit 63,8% und 96 Fälle von Männern mit 36,2% zahnärztliche Behandlungsfehlervorwürfe von den gesetzlichen Krankenkassen beim MDK Bayern, zur gutachtlichen Beurteilung registriert und bearbeitet worden, d.h. dass in diesen Fällen ein Gutachten durch den MDK Bayern erstellt wurde (Tabelle 4).

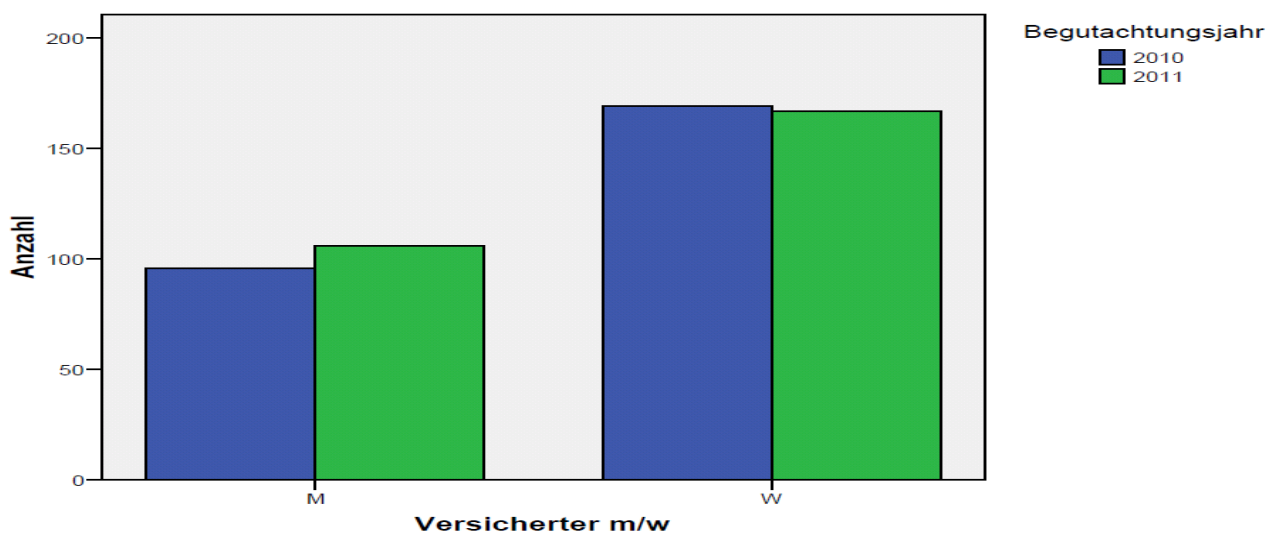
Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	169	63,8	63,8	63,8
Männlich	96	36,2	36,2	100,0
Gesamt	265	100,0	100,0	

Tabelle 4: Die Häufigkeitsverteilung Männer und Frauen 2010; 169 Fälle wurden von Frauen eingereicht, dies entspricht 63,8 % und 96 Fälle mit 36,2 % wurden von Männern eingereicht.

Im Jahr 2011 reichten die gesetzlichen Krankenkassen beim MDK Bayern 167 Fälle von Frauen ein, dies entspricht 61,2%. 106 Fälle wurden von Männern durch die Krankenkassen eingereicht, dies entspricht 38,8% (Abbildung 22). Beim Anteil der Frauen ist eine leichte Abnahme von 2010 zu 2011 von 2,6 % zu verzeichnen, während beim Anteil der Männern in den Perioden 2010 zu 2011 entsprechend eine Zunahme von 2,6 % zu verzeichnen ist (Tabelle 4 und 5).

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	167	61,2	61,2	61,2
Männlich	106	38,8	38,8	100,0
Gesamt	273	100,0	100,0	

*Tabelle 5: Die Häufigkeitsverteilung Männer und Frauen 2011; 167 Fälle wurden von Frauen eingereicht (61,2 %) und 106 wurden von Männern eingereicht (38,8 %).*



*Abbildung 22: Die Häufigkeitsverteilung Männer und Frauen, 2010/2011: Auf der X Achse stehen die Männer und Frauen, dabei ist die Farbe blau kennzeichnend für das Jahr 2010 und die Farbe grün für das Jahr 2011. Die Y-Achse gibt die Anzahl der Fälle in 50-er Schritten an.*

Die Zahlen für sich genommen sind noch nicht hinreichend aussagekräftig. Hierzu sind noch die absoluten Behandlungsfälle zwischen Männern und Frauen zu untersuchen (Tabelle 6, 7 und 8).

Altersgruppe	Anzahl Männer 2010	Behandlungsfälle je Person	absolute Zahl
0	344.107	0,04	13.764
1-4	1.404.418	0,60	842.651
5-9	1.849.770	1,54	2.848.646
10-14	2.033.742	1,56	3.172.637
15-19	2.168.646	1,21	2.624.061
20-24	2.533.942	0,85	2.153.850
25-29	2.517.945	0,92	2.316.509
30-34	2.422.343	0,98	2.373.896
35-39	2.588.440	1,07	2.769.630
40-44	3.446.718	1,15	3.963.726
45-49	3.597.519	1,21	4.352.998
50-54	3.099.165	1,25	3.873.956
55-59	2.692.777	1,28	3.446.754
60-64	2.201.357	1,32	2.905.791
65-69	2.225.314	1,43	3.182.199
70-74	2.230.709	1,47	3.279.142
75-79	1.363.986	1,39	1.895.940
80-84	865.809	1,22	1.056.287
85-89	368.808	1,02	376.184
90 und älter	144.356	0,84	121.259
gesamt	40.099.871	1,19	47569884,81

*Tabelle 6: Durchschnittliche Bevölkerungsanzahl der Männer in Deutschland 2010 , Anteil der Personen mit Behandlungsfällen und absoluten Zahlen, Quelle Barmer GEK Zahnreport 2012*

Behandlungsfälle insgesamt	Anteil Männer an Behandlungsfällen	Anteil Frauen an Behandlungsfällen	Anteil Männer an der Bevölkerung	Anteil Frauen an der Bevölkerung
104319204,4	45,6%	54,4%	49,1%	50,9%

*Tabelle 7: Behandlungsfälle insgesamt, Anteil der Männer und Frauen an Behandlungsfällen , Anteil der Männer und Frauen an der Gesamtbevölkerung, Jahr 2010*

Altersgruppe	Anzahl Frauen 2010	Behandlungsfälle je Person	absolute Zahl
0	327.370	0,03	9.821
1-4	1.332.509	0,60	799.505
5-9	1.757.470	1,57	2.759.227
10-14	1.930.094	1,62	3.126.752
15-19	2.059.370	1,38	2.841.930
20-24	2.429.687	1,16	2.818.436
25-29	2.444.777	1,22	2.982.627
30-34	2.363.169	1,30	3.072.120
35-39	2.515.794	1,39	3.496.954
40-44	3.297.831	1,46	4.814.833
45-49	3.461.426	1,47	5.088.296
50-54	3.041.644	1,47	4.471.216
55-59	2.750.063	1,47	4.042.593
60-64	2.276.223	1,49	3.391.572
65-69	2.404.864	1,55	3.727.539
70-74	2.595.986	1,54	3.997.818
75-79	1.805.660	1,40	2.527.924
80-84	1.467.079	1,12	1.643.128
85-89	978.534	0,88	861.110
90 und älter	418.050	0,66	275.913
gesamt	41.657.600	1,36	56749319,58
insgesamt	81.757.471		

*Tabelle 8: Durchschnittliche Bevölkerungsanzahl der Frauen in Deutschland 2010 , Anteil der Personen mit Behandlungsfällen und absolute Zahlen, Quelle Barmer GEK Zahnreport 2012*

Die Tabelle 6, 7 (Barmer , GEK Zahnreport 2012) und 8 zeigen für das Jahr 2010, dass die Frauen einen Gesamtanteil von 50,9% und die Männer einen Gesamtanteil von 49,1 % an der Bevölkerung ausmachen. Der Anteil an Behandlungsfällen beträgt im Jahr 2010 bei den Frauen 54,4% und bei den Männern 45,6%.

#### **4.4 Die Auswertung Ergebnisschlüssel/ Bestätigte Fehler**

2010 wurde bei 138 Fällen der Anlass-Schlüssel 900 (fehlerhafte Abweichungen vom medizinischen Standard mit Schadensfolge) angegeben, diese Angabe entspricht somit 52,3% (Tabelle 6). Im Vergleich zu dem Jahr 2011 erfolgte bei 116 Fällen mit 24,5% die Angabe des Anlass-Schlüssels 900. Somit ist bei dem Anlass-Schlüssel 900 zwar ein Rückgang zu verzeichnen gewesen, jedoch ist bei 43 Fällen im Jahr 2011 noch zusätzlich der Anlass-Schlüssel 960 (fehlerhafte Abweichung vom

medizinischen Standard liegt vor) mit 15,8% genannt worden, so dass insgesamt bei 58,3% (Anlass-Schlüssel 900 addiert mit Anlass-Schlüssel 960, Tabelle 6) Verstöße gegen medizinische Standards und damit ein abzuleitender Behandlungsfehler festgestellt werden konnte. Damit ist eine Zunahme an bestätigten Behandlungsfehlern von 2010 zu 2011 zu verzeichnen (Tabelle 9). Da der Anlass-Schlüssel 900 die fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard mit Schadensfolge beinhaltet und der Anlass-Schlüssel 960 lediglich die fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard umfasst, handelt es sich bei dem Anlass-Schlüssel 960 um Behandlungen mit fehlerhafter Abweichung vom medizinischen Standard, ohne Eintreten eines Gesundheitsschadens. Diesbezüglich ist es natürlich möglich, eine kontroverse Diskussion zu führen, denn ein Behandlungsfehler völlig ohne einen Gesundheitsschaden kann nur in sehr wenigen Fällen mit absoluter Sicherheit festgestellt werden. Im Prinzip soll der Anlass-Schlüssel 960 diejenigen Behandlungsfälle mit Verstößen gegen medizinische Standards darstellen, welche nicht mit einem irreversiblen Gesundheitsschaden verbunden waren oder bei denen es nicht zu einem länger anhaltenden Gesundheitsschaden gekommen ist. Hier könnte beispielsweise ein reversibles Schmerzsyndrom infolge einer fehlerhaften Okklusion nach Zahnersatzversorgung genannt werden. Hier wäre ein Gesundheitsschaden nicht nachweisbar, weil die Korrektur der Okklusion durch die Neuanfertigung einer adäquaten Zahnersatzversorgung möglich wäre. Etwas anderes wäre es, wenn trotz einer fachgerechten Folgebehandlung ein chronisches Schmerzsyndrom verbleibt. Doch auch in diesen Fällen wird vom MDK Bayern der Anlass-Schlüssel 960 gewählt.

Wir sind uns im Klaren, dass man das auch anders sehen kann, aber bei einem chronischen Schmerzsyndrom sind die Nachweismöglichkeiten bis heute sehr begrenzt.

Weiterhin kann man sicherlich auch eine kontroverse Erörterung darüber führen, ob Schmerzen, die sich aufgrund eines Behandlungsfehlers ergeben haben, als Gesundheitsschaden trotz abklingender Schmerzen nach adäquater Versorgung zu werten wären, zumal Juristen zwischen materiellen und immateriellen Schäden differenzieren und neben Schadenersatz auch Schmerzensgeldansprüche für ihre Mandanten beanspruchen.

Der Anlass-Schlüssel 910 – kein Fehler nachweisbar wurde- in 2010 in 126 Fällen und in 2011 in 114 Fällen registriert.

Fehler	Begutachtungsjahr		Gesamt
	2010 Anzahl % von Begutachtungsjahr	2011 Anzahl % von Begutachtungsjahr	
900- Fehlerhafte Abweichung	138 52,3	116 42,5	254 47,3
910- Kein Fehler nachweisbar	126 47,7	114 41,8	240 44,7
960- fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard	0 0,0	43 15,8	43 8,0
Gesamt	264 100,0	273 100,0	537 100,0

*Tabelle 9: Der Ergebnisschlüssel der Perioden 2010 und 2011: Die Ergebnisschlüssel 900- „fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard mit Schadensfolge liegt vor“, 910-„kein Fehler nachweisbar, 960- „fehlerhafte Abweichung vom medizinischen Standard“ mit der Anzahl und dem prozentualen Anteil ist angegeben.*

#### **4.5 Die Auswertung Behandlungsanlass/ICD Behandlungsanlass kurz**

Beim Behandlungsanlass wurde nach der tatsächlichen Diagnose gefragt, die zu der beschuldigt fehlerhaften Behandlung geführt hat. Bei Behandlungsanlass wird nach der "richtigen Diagnose ex post" gefragt. Eine direkte Verbindung auf Kodip liegt vor. Die Diagnose ist ex post festzustellen, d.h. eine Diagnosen ist retrospektiv anzugeben: Endodontische Beschwerden sind also nicht als Schmerzen, sondern bereits als Pulpitis zu verschlüsseln. Bei mehreren Diagnose musste der Gutachter/ in sich für die führende Diagnose entscheiden [55].

2010 wurde in 57 Fällen mit 21,5 % die Diagnose K02-„Zahnkaries“ verzeichnet. In 50 Fällen imponierte mit 18,9% die Diagnose K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“, in 42 Fällen mit 15,8% die Diagnose K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“.

In 30 Fällen mit 11,3% wurde die Z01-„sonstige spezielle Untersuchung und Abklärung bei Patienten ohne Beschwerden und/oder angegebenen Diagnosen“- und in 19 Fällen mit 7,2 % wurde die Diagnose R52-„Schmerz, andernorts nicht klassifiziert“- angeführt (Tabelle 10)

ICD Kodierung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
K02 Zahnkaries	57	21,5	21,5	21,5
K04 Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	50	18,9	18,9	40,4
K08 Sonstige Krankheiten Zähne und des Zahnhalteapparates	42	15,8	15,8	56,2
Z01 Sonstige spez. Untersuchung und Abklärung bei Pat. ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	30	11,3	11,3	67,5
R52 Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	19	7,2	7,2	74,7
K01 Retinierte und impaktierte Zähne	17	6,4	6,4	81,1
K05 Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	15	5,7	5,7	86,8
K07 Dentofaziale Anomalien	14	5,3	5,3	92,1
S02 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	5	1,9	1,9	94,0
Z97 Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	4	1,5	1,5	95,5
K10 Sonstige Krankheiten der Kiefer	2	0,8	0,8	96,2
C03 <i>Bösartige Neubildung des Zahnfleisches</i>	1	0,4	0,4	96,6
K00 Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	1	0,4	0,4	97,0
K06 Sonstige Krankheiten der Gingiva und des zahnlosen Alveolarkammes	1	0,4	0,4	97,4
K11 <i>Krankheiten der Speicheldrüsen</i>	1	0,4	0,4	97,7
K12 Stomatitis und verwandte Krankheiten	1	0,4	0,4	98,1
K92 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	1	0,4	0,4	98,4
M89 Sonstige Knochenkrankheiten	1	0,4	0,4	98,9
R20 <i>Sensibilitätsstörung der Haut</i>	1	0,4	0,4	99,2
S01 Offene Wunde des Kopfes	1	0,4	0,4	99,6
Z00 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1	0,4	0,4	100,00
Gesamt	265	100,0	100,0	

Tabelle 10: Die ICD-10-GM Behandlungsanlass 2010; die Tabelle zeigt in absteigender Reihenfolge, die von den Gutachtern im Jahr 2010 angegebenen Kodip-Diagnosen.

Die Häufigkeitsverteilung der beiden Perioden 2010 und 2011 hat sich nur leicht verschoben. Im Jahr 2011 wurde statt der Diagnose K02-„Zahnkaries“- die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 67 Fällen mit 24,5% und die Diagnose K02-„Zahnkaries“- in 45 Fällen mit 16,5% angegeben. Die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- wurde wie bereits 2010 in 41 Fällen mit 15,0% aufgelistet.

Die Diagnose Z01-„Sonstige spez. Untersuchung und Abklärung bei Pat. ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“- wurde in 30 Fällen mit 11,0% und die R52-„Schmerz, andernorts nicht klassifiziert“- in 25 Fällen mit 9,2% aufgezeigt (Tabelle 11).

ICD-10-Kodierung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
K04 Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	67	24,5	24,5	24,5
K02 Zahnkaries	45	16,5	16,5	41,0
K08 Sonstige Krankheiten Zähne und des Zahnhalteapparates	41	15,0	15,0	56,0
Z01 Sonstige spez. Untersuchung und Abklärung bei Pat. ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	30	11,0	11,0	67,0
R52 Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	25	9,2	9,2	76,2
K01 Retinierte und impaktierte Zähne	18	6,6	6,6	82,8
K05 Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	11	4,0	4,0	86,8
K07 Dentofaziale Anomalien	10	3,7	3,7	90,5
K10 Sonstige Krankheiten der Kiefer	4	1,5	1,5	91,9
K00 Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	3	1,1	1,1	93,0
S02 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	3	1,1	1,1	94,1
Z97 Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	3	1,1	1,1	95,2
K03 Sonstige Krankheiten der Zahnhartsubstanzen	2	0,7	0,7	96,0
S03 <i>Luxation, Verstauchung</i>				



und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	2	0,7	0,7	96,7
B18 chronische Virushepatitis	1	0,4	0,4	97,4
K00.1 Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	1	0,4	0,4	97,8
K11 Krankheiten der Speicheldrüse	1	0,4	0,4	98,2
R20 Sensibilitätsstörung der Haut	1	0,4	0,4	98,5
T78 Unerwünschte Nebenwirkung, andernorts nicht klassifiziert	1	0,4	0,4	98,9
Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	1	0,4	0,4	99,3
Z46 Versorgung mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	1	0,4	0,4	99,6
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	1	0,4	0,4	100,0
Gesamt	273	100,0	100,0	

Tabelle 11 Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2011; die Tabelle zeigt in absteigender Reihenfolge, die von den Gutachtern im Jahr 2011 angegebenen Kodip-Diagnosen.

#### 4.5.1 Der Vergleich ICD Behandlungsanlass kurz 2010 und 2011

In den beiden Jahren 2010 und 2011 zeigen sich geringfügige Unterschiede: So wurde in 2010 in 57 Fällen mit 21,5% die Hauptdiagnose K02-„Zahnkaries“- und in 2011 in 45 Fällen mit 16,5%, hier jedoch an zweiter Stelle, gestellt. 2011 wurden in 67 Fällen mit 24,5% die hier Hauptdiagnose K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- angegeben, während es in 2010 in nur 50 Fällen mit 18,9%, hier an zweiter Stelle, ausgeworfen wurde. Es finden sich noch Unterschiede bei den Diagnosen K05-„Gingivitis und Krankheiten des Parodonts“-, K07-„Dentofaziale Anomalien (einschließlich fehlerhafter Okklusion)“- und R52-„Schmerz, andernorts nicht klassifiziert“-.

Die Diagnose K05-„Gingivitis und Krankheiten des Parodonts“- wurde in dem Jahr 2010 in 15 Fällen mit 5,7%, und in 2011 in 11 Fällen mit 4,0% angegeben.

Ähnlich verhält es sich bei der Diagnose K07-„Dentofaziale Anomalien“-, welche in 2010 bei 14 Fällen mit 5,3% und in 2011 in 10 Fällen mit 3,7% angegeben wurde.

Die R52-„Schmerz, andernorts nicht klassifiziert“ hingegen wurde in dem Jahr 2010 in 19 Fällen mit 7,2% und 2011 in 25 Fällen mit 9,2% festgestellt (Abbildung 23).

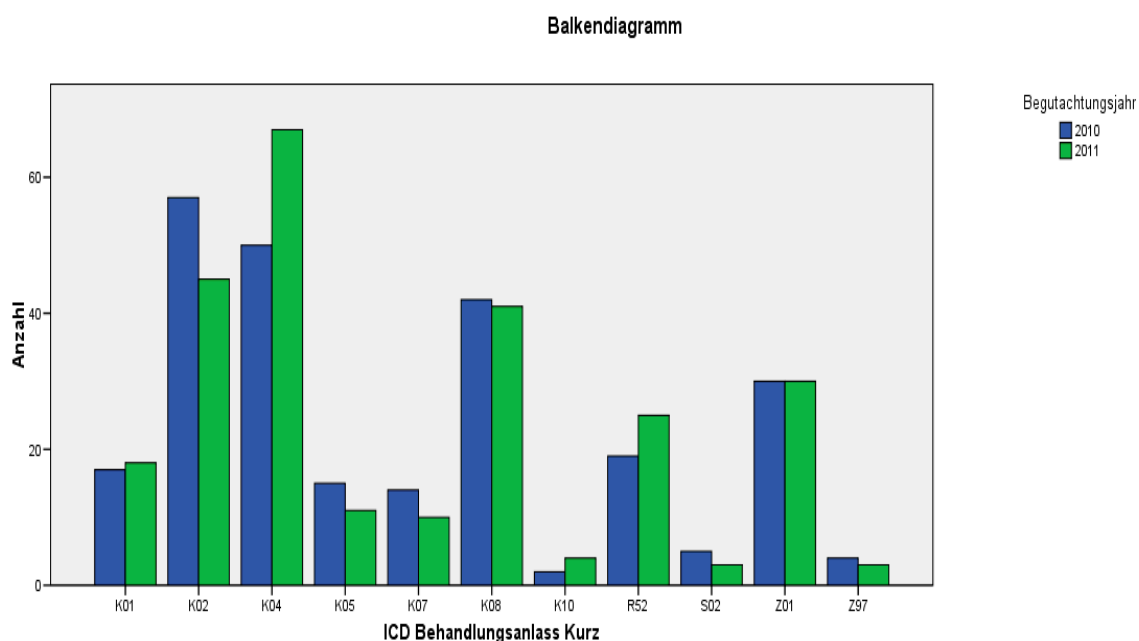


Abbildung 23: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2010 und 2011; auf der X-Achse sind die verschlüsselten Kodip Diagnosen der beiden Perioden 2010 und 2011 angegeben. Die Y-Achse zeigt die Anzahl in 20-er Schritten. Die blauen Balken stehen für die Werte des Jahres 2010 und grün für diejenigen des Jahres 2011.

Eine auffällige Verteilung in den beiden Jahren konnte mit dem Chi-Quadrat-Test nicht verifiziert werden. Eine statistische Signifikanz liegt somit nicht vor. Die Verteilung der Diagnosen in den beiden Jahren ist im Vergleich zueinander ohne Auffälligkeiten (Tabelle 12).

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-Seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	26,22 <sup>a</sup>	29	0,61
Likelihood-Quotient	33,25	29	0,27
Anzahl der gültigen Fälle	538		

Tabelle 12: Der Chi-Quadrat-Test: Der Signifikanzwert ist festgelegt mit 0,05. Eine Signifikanz bei einem Wert von 0,614 und 0,268 liegt nicht vor.

#### 4.5.2 Die Auswertung Behandlungsanlass ICD kurz/ Aufteilung Behandlungsanlass kurz bei Frauen und Männern

2010 wurde in der Gruppe der Männer die Diagnose K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 23 Fällen mit 24,0%, die Diagnose K02-„Zahnkaries“- in 21 Fällen mit 21,9%. Die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- wurden in 9 Fällen mit 9,4% und die K01-„Retinierte und impaktierte Zähne“- in 8 Fällen mit 8,3% angegeben (Tabelle 13).

2011 wurde die Diagnose K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 26 Fällen mit 24,5%, die Diagnose K02-„Zahnkaries“- in 22 Fällen mit 20,8%, die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 13 Fällen mit 12,3% und die K01-„Retinierte und impaktierte Zähne“- in 9 Fällen mit 8,5% bestimmt (Tabelle 13).

ICD Behandlungsanlass kurz Männer 2010 und 2011	Begutachtungsjahr	
	2010 Anzahl % von Begutachtungsjahr	2011 Anzahl % von Begutachtungsjahr
K00 Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	1 1,0%	1 0,9%
K01 Retinierte und impaktierte Zähne	8 8,3%	9 8,5%
K02 Zahnkaries	21 21,9%	22 20,8%
K04 Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	23 24,0%	26 24,5%
K05 Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	3 3,1%	3 2,8%
K07 Dentofaziale Anomalien	7 7,3%	3 2,8%
K08 Sonstige Krankheiten Zähne und des Zahnhalteapparates	9 9,4%	13 12,3%
K10 Sonstige Krankheiten der Kiefer	0 0,0%	3 2,8%
K11 <i>Krankheiten der Speicheldrüsen</i>	1 1,0%	1 0,9%
K92 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	1 1,0%	0 0,0%
R20 <i>Sensibilitätsstörung der Haut</i>	1 1,0%	0 0,0%
R52 Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	7 7,3%	7 6,6%
S01 Offene Wunde des Kopfes	1 1,0%	0 0,0%
S02 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	3 3,1%	3 2,8%
S03 Luxation, Verstauchung und Zerrung von gelenken und Bändern des Kopfes	0 0,0%	1 0,9%

Z00 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1 1,0%	0 0,0%
Z01 Sonstige spez. Untersuchung und Abklärung bei Pat. ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	8 8,3%	12 11,3%
Z97 Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	1 1,0%	2 1,9%
Gesamt	96 100%	106 100%

Tabelle 13: Der Behandlungsanlass, Männer 2010/2011; die Tabelle gibt die Anzahl der Fälle in den beiden Jahren 2010 und 2011 wieder.

In den beiden Perioden 2010 und 2011 zeigt sich in der Verteilung der ICD keine Signifikanz (Tabelle 13). Lediglich die Diagnose K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“ weist eine minimale Abweichung auf, eine Signifikanz liegt nicht vor (Abbildung 24).

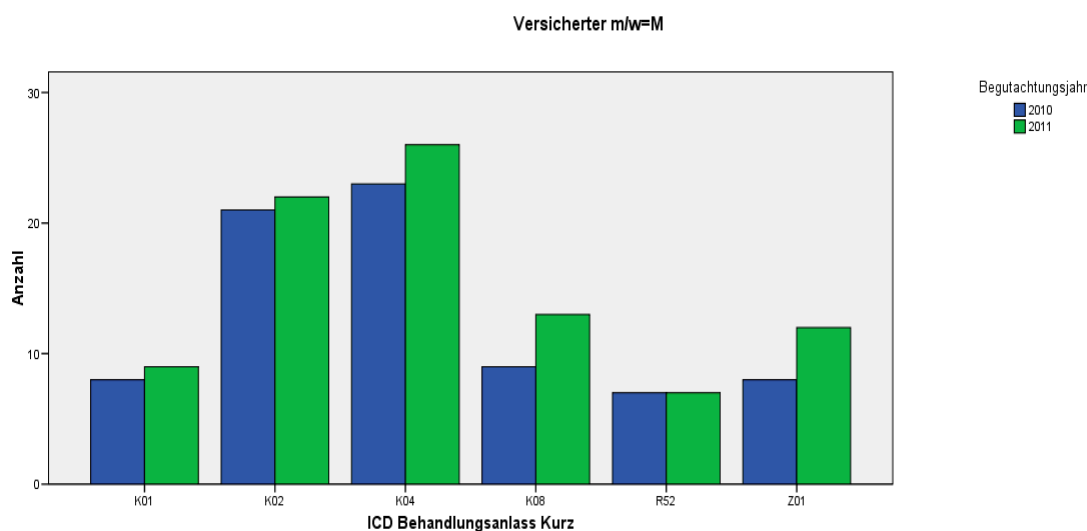


Abbildung 24: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2010/2011-Männer: Die X-Achse gibt die verschlüsselten Kodip-Diagnosen an und die Y-Achse die Anzahl in 10-er Schritten. Die blauen Balken geben die Zahlen des Jahres 2010 und die grünen die des Jahres 2011 wieder.

In der Gruppe der Frauen wurde 2010 die Diagnose K02-„Zahnkaries“- in 36 Fällen mit 21,3%, die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 33 Fällen mit 19,5%, die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 27 Fällen mit 16,0% benannt. Die Diagnose Z01-„Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebener Diagnose“- wurde in 22 Fällen mit 13,0%, die K05-„Gingivitis und

Krankheiten des Parodonts“- wurde in 12 Fällen mit 7,1%, die Diagnose R52- „Schmerz, andernorts nicht klassifiziert“- wurde ebenfalls in 12 Fällen mit 7,1% festgestellt. 2011 wurde die Diagnose K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 41 Fällen mit 24,6%, die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 28 Fällen mit 16,8% und die K02- „Zahnkaries“- in 23 Fällen mit 13,8% angegeben (Tabelle 14). Bei der Verteilung zeigen sich auch hier lediglich kleine Unterschiede (Abbildung 25), z.B. bei der K02 und der K04. Eine Signifikanz liegt nicht vor (Tabelle 15).

ICD Behandlungsanlass kurz Frauen 2010 und 2011	Begutachtungsjahr	
	2010 Anzahl % von Begutachtungsjahr	2011 Anzahl % von Begutachtungsjahr
07	0 0,0%	1 0,6
B18 chronische Virushepatitis	0 0,0%	1 0,6
C03 <i>Bösartige Neubildung des Zahnfleisches</i>	1 0,6	0 0,0
K0	0 0,0	1 0,6
K00 Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	0 0,0	2 1,2
K01 Retinierte und impaktierte Zähne	9 5,3	9 5,4
K02 Zahnkaries	36 21,3	23 13,8
K03 Sonstige Krankheiten der Zahnhartsubstanzen	0 0,0	2 1,2
K04 Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	27 16,0	41 24,6
K05 Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	12 7,1	8 4,8
K06 Sonstige Krankheiten der Gingiva und des zahnlosen Alveolarkammes	1 0,6	0 0,0
K07 Dentofaziale Anomalien	7 4,1	7 4,2
K08 Sonstige Krankheiten Zähne und des Zahnhalteapparates	33 19,5	28 16,8
K10 Sonstige Krankheiten der Kiefer	2 1,2	1 0,6
K12 Stomatitis und verwandte Krankheiten	1 0,6	0 0,0
M89 Sonstige Knochenkrankheiten	1 0,6	0 0,0

R20 <i>Sensibilitätsstörung der Haut</i>	0 0,0	1 0,6
R52 Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	12 7,1	18 10,8
S02 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	2 1,2	0 0,0
S03 Luxation, Verstauchung und Zerrung von gelenken und Bändern des Kopfes	0 0,0	1 0,6
T78 <i>Unerwünschte Nebenwirkung, andernorts nicht klassifiziert</i>	0 0,0	1 0,6
Z00 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0 0,0	1 0,6
Z01 Sonstige spez. Untersuchung und Abklärung bei Pat. ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	22 13,0	18 10,8
Z46 Versorgung mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	0 0,0	1 0,6
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	0 0,0	1 0,6
Z97 Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	3 1,8	1 0,6
Gesamt	169 100,0	167 100,0

*Tabelle 14: Der Behandlungsanlass, Frauen: 2010/2011; die Tabelle gibt die Anzahl der Fälle in den beiden Jahren 2010 und 2011 wieder.*

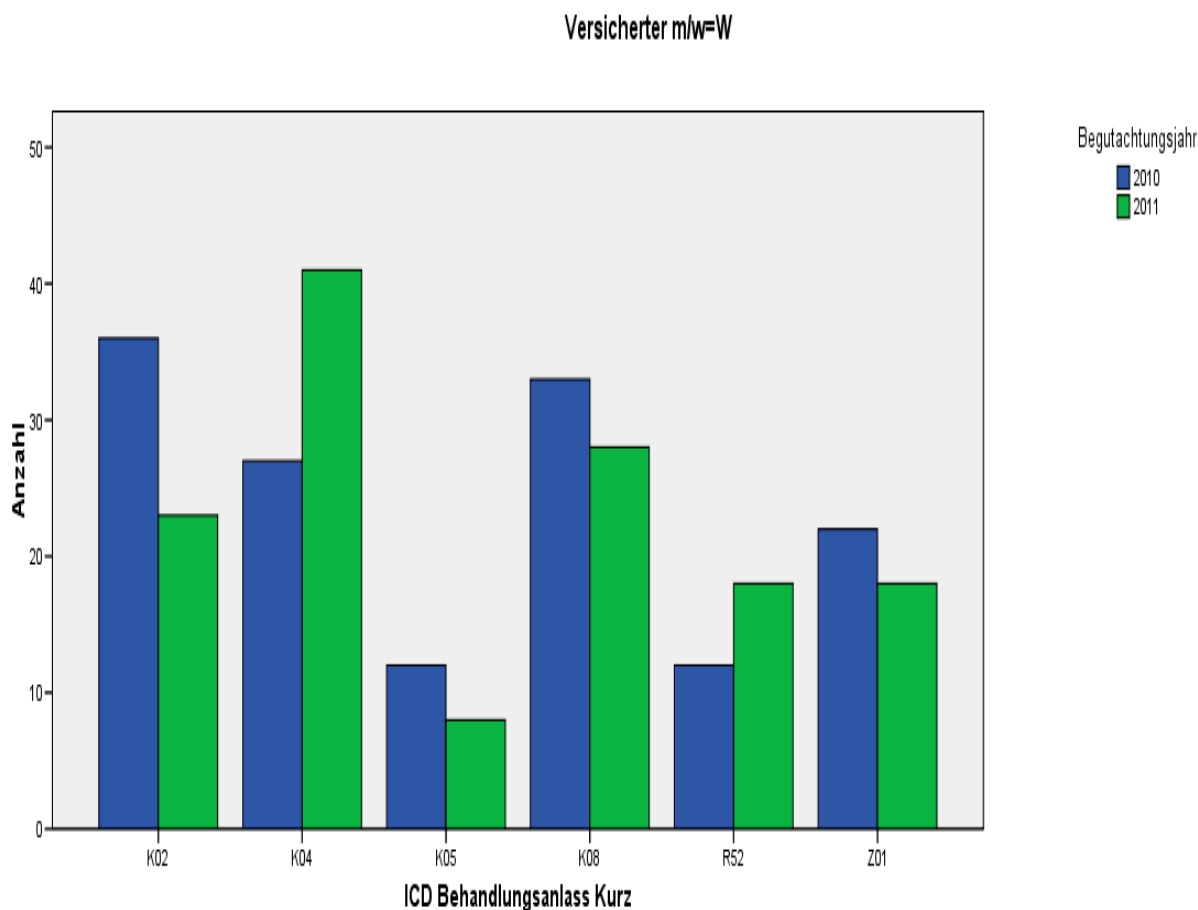


Abbildung 25: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2010/2011- Frauen; die X-Achse gibt die verschlüsselten Kodip-Diagnosen an und die Y-Achse die Anzahl in 10-er Schritten. Die blauen Balken zeigen die Werte des Jahres 2010 und die grünen die des Jahres 2011 an.

Versicherter männlich/weiblich		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-Seitig)
m	Chi-Quadrat nach Pearson	11,6 <sup>a</sup>	17	0,84
	Likelihood-Quotient	14,4	17	0,64
	Anzahl der gültigen Fälle	202		
w	Chi-Quadrat nach Pearson	28,9 <sup>b</sup>	25	0,27
	Likelihood-Quotient	36,3	25	0,67
	Anzahl der gültigen Fälle	336		

- a. 23 Zellen (63,9%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimal erwartete Häufigkeit ist 0,48.
- b. 36 Zellen (69,2%) haben eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5. Die minimal erwartete Häufigkeit ist 0,50.

Tabelle 15: Der Chi-Quadrat-Test: Der Signifikanzwert ist festgelegt mit 0,05. Eine Signifikanz bei einem Wert von 0,843 und 0,269 liegt somit nicht vor.

### 4.5.3 Die Auswertung ICD Behandlungsanlass kurz- Kodip- Gruppen

Die Verteilung in den beiden Perioden 2010 und 2011 zeigt sich annähernd ähnlich. Die „K- Diagnosen“-„Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer“ wurden in 202 Fällen in 2010 mit 76,2% und in 203 Fällen in 2011 mit 74,4% am häufigsten aufgeführt. In 35 Fällen mit 13,2% in den Jahren 2010 und in 36 Fällen in 2011 folgen die „Z-Diagnosen“-„Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen“. In 20 Fällen in 2010 mit 7,5% und in 26 Fällen in 2011. Mit 9,5% folgen anschließend die „R- Diagnosen“-„Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde die anderenorts nicht klassifiziert sind“ (Abbildung 26).

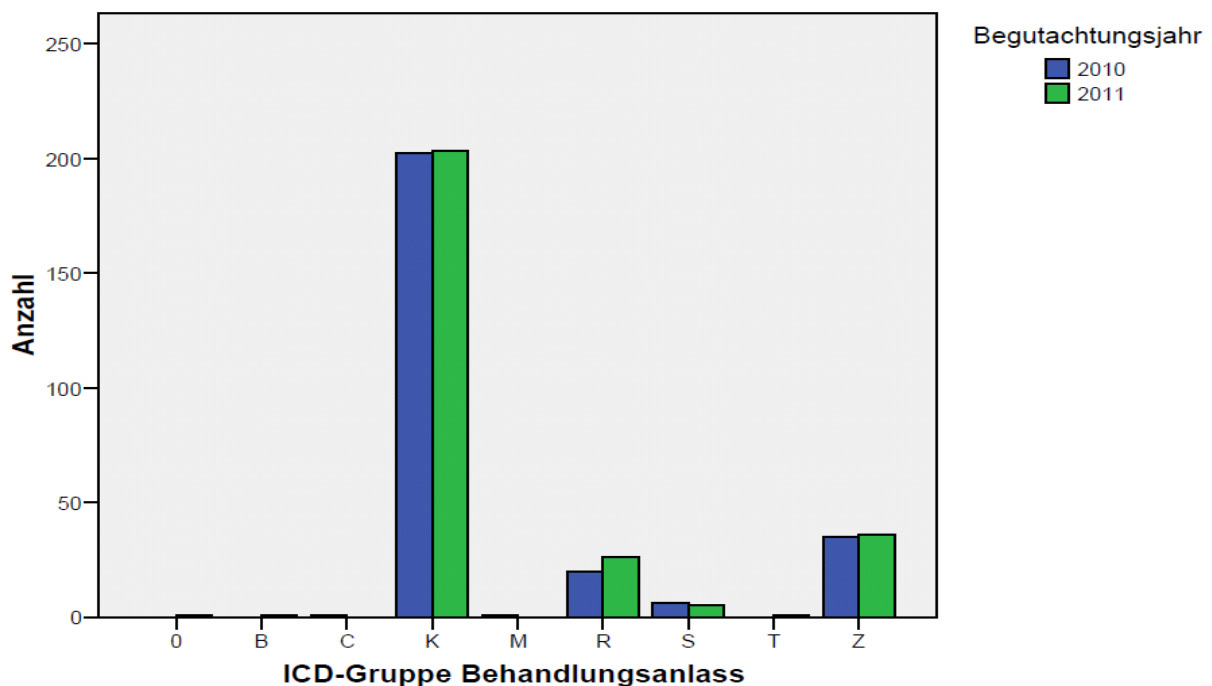


Abbildung 26: Die ICD Kodip- Gruppe ‚Behandlungsanlass‘; auf der X-Achse sind die einzelnen Kodip-Gruppen und auf der Y-Achse ist die Anzahl in 50-er Schritten angegeben. Die blauen Balken geben die Größen des Jahres 2010 und grün diejenigen des Jahres 2011 wieder.



#### 4.5.4 Der ICD Behandlungsanlass kurz – K-Diagnosen-„Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer K00-K14“

Bei den K-Diagnosen-„Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer“ wurde 2010 am häufigsten die K02-„Zahnkaries“- in 57 Fällen mit 28,2%, die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 50 Fällen mit 24,8% und die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 42 Fällen mit 20,8% aufgelistet.

2011 wurde die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 67 Fällen mit 33%, danach die K02-„Zahnkaries“- in 45 Fällen mit 22,2% und die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 41 Fällen mit 20,2% registriert.

Im Vergleich zu den angeblich fehlerbedingten Diagnosen wurde 2010 die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 43 Fällen mit 25,7%, danach die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 33 Fällen mit 19,8% und die K02-„Zahnkaries“- in 42 Fällen mit 13,2% angegeben.

2011 wurde die K08-„Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 70 Fällen mit 41,4%, die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 42 Fällen mit 24,9% und abweichend von der Verteilung in 2010 wurde an dritter Stelle die K07-„Dentofaziale Anomalien (einschließlich fehlerhafter Okklusion)“- in 20 Fällen mit 12,2% verzeichnet (Abbildung 27).

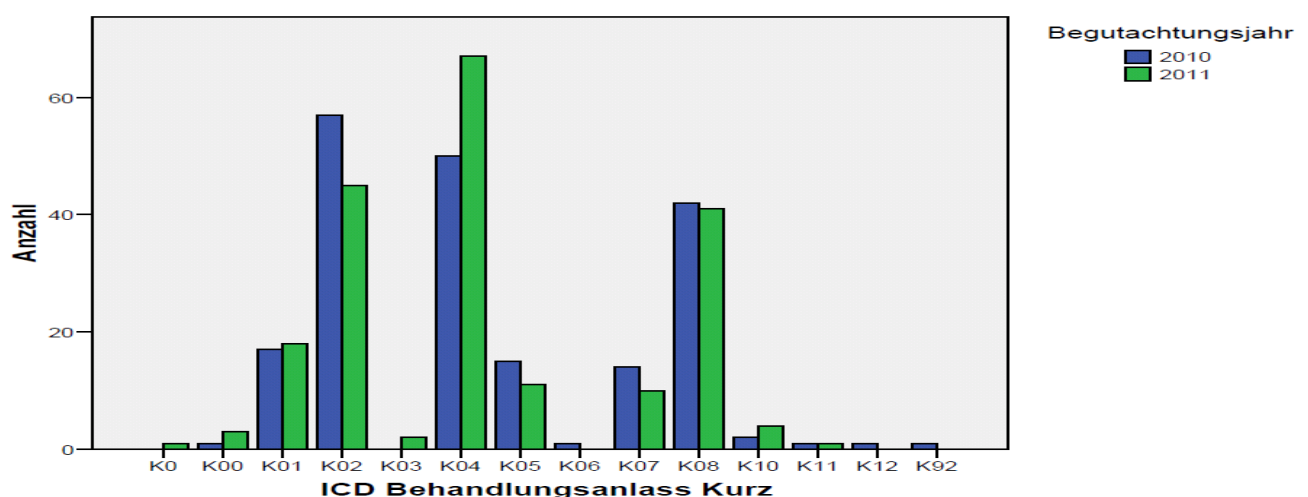


Abbildung 27: Der ICD-10-GM Behandlungsanlass 2010/2011; auf der X-Achse werden die verschiedenen K-Diagnosen angegeben, die Y-Achse gibt die Anzahl in 20-er Schritten an. Die blauen Balken imitieren die Werte des Jahres 2010 und grün die des Jahres 2011.

#### 4.6 Die Auswertung ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose kurz

Eine direkte Verbindung zu Kodip liegt hier ebenfalls vor. Hier sollte ggf. eine neue Diagnose, welche durch den angeblichen Fehler entstanden ist, eingetragen werden.

Wenn es sich um einen diagnostischen Fehler handelt, der nur zu einer Diagnoseverzögerung geführt hat, so ist als Diagnose dieselbe Diagnose wie unter Behandlungsanlass zu wählen gewesen. Sind allerdings durch die verzögerte oder fehlerbedingte Diagnose Folgeschäden entstanden, so musste dies als fehlerbedingte Diagnose angegeben werden [55].

2010 wurden die Diagnosen K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 43 Fällen mit 16,2%, die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 33 Fällen mit 12,5%, auch die R52-„Schmerz, andernorts nicht anders klassifiziert“- wurde in 33 Fällen mit 12,5%, die K02-„Zahnkaries“- in 22 Fällen mit 8,3%, die K07-„Dentofaziale Anomalien“- in 21 Fällen mit 7,9% aufgeführt (Tabelle 16).

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
K08 Sonstige Krankheiten Zähne und des Zahnhalteapparates	43	16,2	16,2	16,2
K04 Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebe	33	12,5	12,5	28,7
R52 Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	33	12,5	12,5	41,1
K02 Zahnkaries	22	8,3	8,3	49,4
K07 Dentofaziale Anomalien	21	7,9	7,9	57,4

Tabelle 16: Die ICD-10-GM angeblich fehlerbedingte Diagnose, 2010

2011 wurden die Diagnosen K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- in 70 Fällen mit 25,8%, die Diagnose K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- in 42 Fällen mit 15,4%, die Diagnose R52-„Schmerz, andernorts nicht anders klassifiziert“- in 31 Fällen mit 11,4%, die Diagnose K07-„Dentofaziale Anomalien“- in 20 Fällen mit 7,3%, die R20-„Sensibilität der Haut“- wurde in 13 Fällen mit 4,8% verzeichnet (Tabelle 17).

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
K08 Sonstige Krankheiten Zähne und des Zahnhalteapparates	70	25,6	25,6	25,6
K04 Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebe	42	15,4	15,4	41,0
R52 Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	31	11,4	11,4	52,4
K07 Dentofaziale Anomalien	20	7,3	7,3	59,7
R20 Sensibilitätsstörung der Haut	13	4,8	4,8	64,5

Tabelle 17: Die ICD-10-GM angeblich fehlerbedingte Diagnose, 2011

Der Vergleich der beiden Perioden macht deutlich, dass die Diagnose K08-„sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- die häufigste Diagnose war, Tendenz steigend. Es folgt die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“-, auch hier mit steigender Tendenz von 2010 zu 2011. Die K02-„Zahnkaries“- erfährt von 2010 zu 2011 einen deutlichen Rückgang (Abbildung 28).

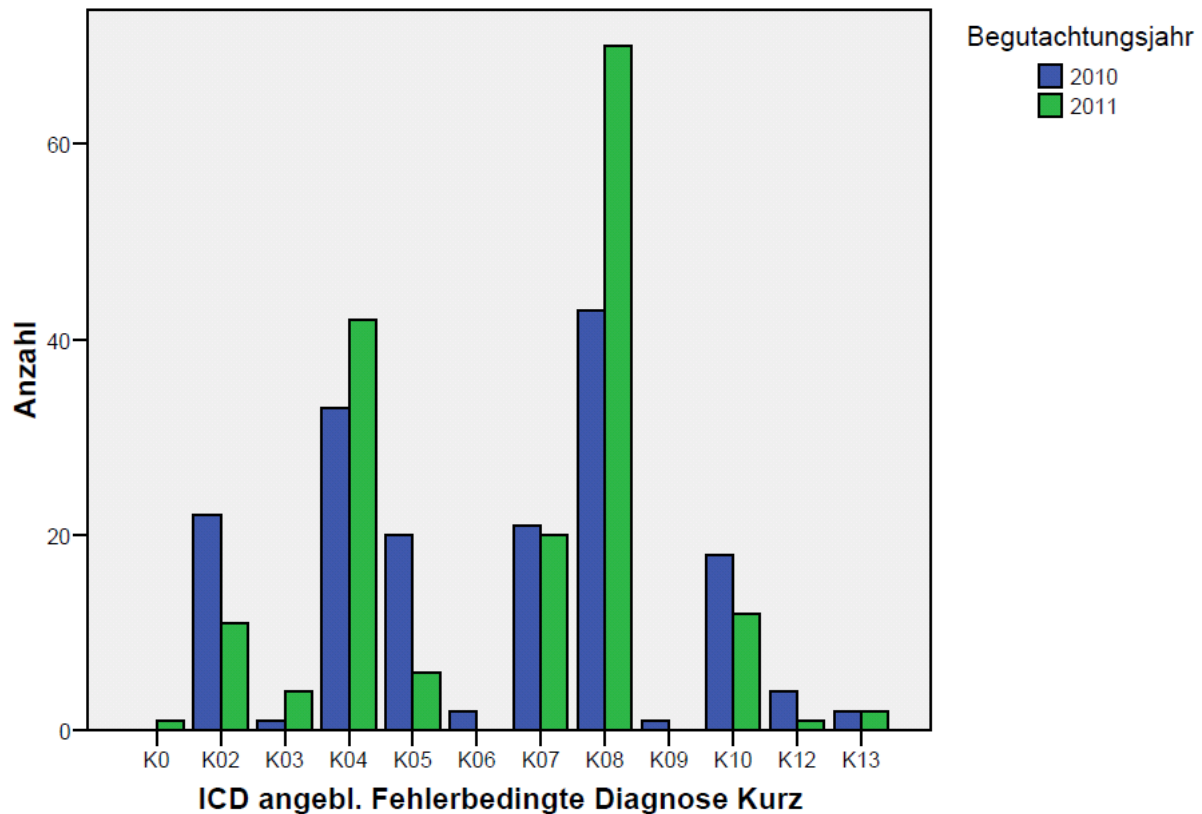


Abbildung 28: Der Vergleich ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose, 2010/2011; auf der X-Achse sind die verschlüsselten Kodip Diagnosen der beiden Jahre 2010 und 2011 angegeben. Die Y-Achse zeigt die Anzahl in 20-er Schritten an. Die blauen Balken verkörpern die Werte des Jahres 2010 und grün die des Jahres 2011.

#### 4.6.1 Die Auswertung ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose (Gruppeneinteilung)

2010 wurden in 167 Fällen mit 63,0% und 2011 in 169 Fällen mit 61,9% die „K-Diagnosen“ als angeblich fehlerbedingte Diagnose am häufigsten angegeben. Zu den K-Diagnosen zählten hauptsächlich die K02-„Zahnkaries“- , die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- und die K08-„Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- . Danach folgen 2010 in 50 Fällen mit 18,9% und 2011 in 45 Fällen mit 16,5% die „R-Diagnosen“. Hier wurden hauptsächlich die R20-„Sensibilitätsstörungen, z.B. infolge oralchirurgischer Maßnahmen oder Lokalanästhesien der Haut“- und die R52-„Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert“- registriert.

2010 wurden an dritter Stelle in 11 Fällen mit 4,2% die „T-Diagnosen“ angeführt, während 2011 in 19 Fällen mit 7,0% die „Z-Diagnosen“ an dritter Stelle angegeben wurden (Abbildung 29). Zu den Z-Diagnosen zählen hauptsächlich die Z01-„Sonstige

spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“- und die Z97-„Vorhandensein anderer medizinischer oder Geräte oder Hilfsmittel (Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate), sowie die T78-„Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert“- . Hierbei handelte es sich vornehmlich um Allergien gegen zahnmedizinische Werkstoffe, z. B. bei Füllungs- oder Zahnersatzversorgung, aber auch gegen zahnärztlich verwendete Medikamente.

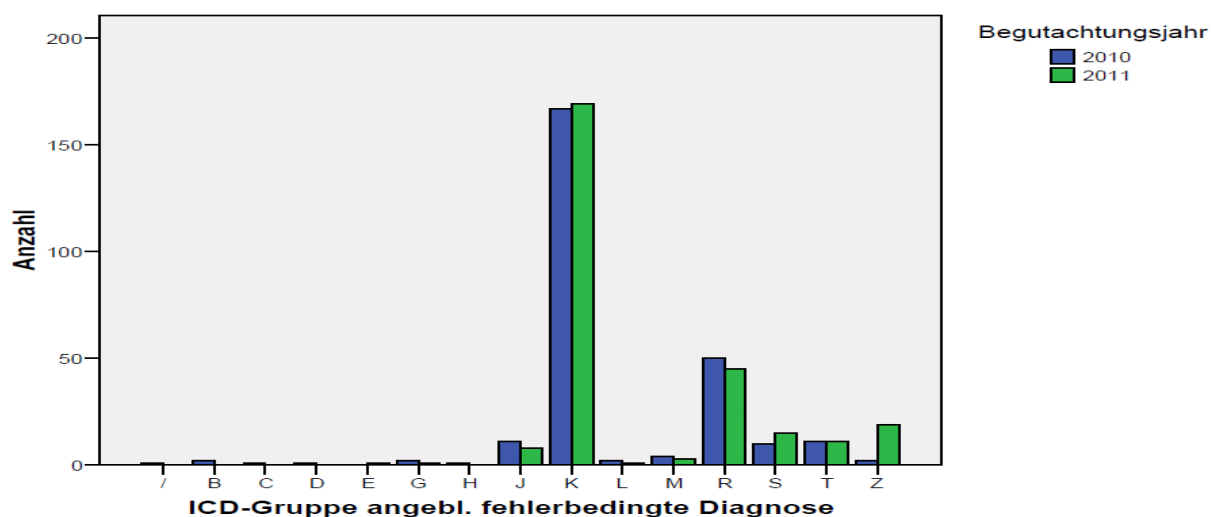


Abbildung 29: Die ICD-Gruppe angeblich fehlerbedingte Diagnose; 2010/2011. Auf der X-Achse sind die Kodip- Gruppen und auf der Y-Achse ist die Anzahl in 50-er Schritten angegeben. Die blauen Balken bilden die Zahlen des Jahres 2010 und die grünen die des Jahres 2011 ab.

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson weist keine Signifikanz bei den „K-Diagnosen“ auf (Tabelle 18). Jedoch liegt der Wert in dem Fall nur ganz knapp darüber. Eine Signifikanz hätte vorgelegen bei einem Wert von unter 0,05, hier liegt der Wert jedoch bei 0,057.

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-Seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	23,2 <sup>a</sup>	14	0,06
Likelihood-Quotient	28,1	14	0,01
Anzahl der gültigen Fälle	538		

a. 18 Zellen (60,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimal erwartete Häufigkeit ist 0,49.

Tabelle 18: Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson, eine Signifikanz bei den „K-Diagnosen“ von  $p=0,06$  liegt nicht vor.

#### 4.7 Die Auswertung vermeintlich fehlerhafter Verantwortungsbereich

Hier konnte durch Mehrfachauswahl der Fehlervorwurf präzisiert werden. Bei Auswahl „Sonstiger“ erschien ein Freitextfeld. Hier sollte eingetragen werden, wenn tatsächlich keiner der genannten Verantwortungsbereiche zugetroffen hatte. Der erste Punkt der Auswahlmöglichkeiten betrifft dezidiert das Übernahmeverschulden [55].

##### 2010

Im Jahr 2010 wurde in 109 Fällen mit 23,29 % vorgeworfen, dass Fehler bei der nichtoperativen nichtmedikamentösen invasiven Therapie entstanden sind. In 65 Fällen mit 14,84 % wurde von den Patienten angenommen, dass die Durchführung der operativen Behandlung fehlerhaft durchgeführt worden ist. In 57 Fällen mit 13,01 % wurde die Aufklärung als unvollständig oder fehlerhaft angesehen (Tabelle 19).

##### 2011:

Im Jahr 2011 wurden mit 82 Fällen mit 15,3 % wie schon im Jahr 2010 die meisten Fehler bei der Durchführung der operativen Behandlung vorgeworfen. In 77 Fällen mit 14,3 % folgt der Verdacht, dass Fehler in der Aufklärung erfolgten. In 68 Fällen mit 12,7 % wurden Fehler in der Befunderhebung vorgeworfen (Tabelle 19).

vermeintlicher Verantwortungsbereich	Häufigkeit 2010	Prozent 2010	Häufigkeit 2011	Prozent 2011
Ärztliche Disposition (z. B. Überweisung Konsil)	2	0,5%	3	0,6%
Aufklärung	57	13,0%	77	14,3%
Befunderhebung	40	9,1%	68	12,7%
Diagnosestellung	35	8,0%	52	9,7%
Diagnostische Eingriffe	0	0,0%	3	0,6%
Dokumentation	6	1,4%	21	3,9%
Erkennen/Beherrschen von Komplikationen	27	6,2%	33	6,2%
Geräte Medizinprodukte	0	0,0%	0	0,00%
Kommunikation	1	0,2%	2	0,4%
Medikamentöse Behandlung	2	0,5%	5	0,9%
Nachsorge (exklusive post-OP)	9	2,1%	5	0,9%
Nichtoperative nichtmedikamentöse Therapie - invasiv	102	23,3%	52	9,7%
Nichtoperative nichtmedikamentöse Therapie - nichtinvasiv	13	3,0%	14	2,6%
Nichtoperative Behandlung - Indikation	24	5,9%	32	6,0%
Operative Behandlung - Indikation	27	6,2%	46	8,6%
Operative Behandlung - Durchführung	65	14,8%	82	15,3%
Organisation	0	0,0%	1	0,2%
Sonstiger	24	5,5%	35	6,5%
Übernahme der Behandlung	4	0,9%	6	1,1%
<b>Gesamt</b>	<b>438</b>	<b>100,0%</b>	<b>537</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 19: Der vermeintliche Verantwortungsbereich 2010 und 2011

#### 4.8 Die Auswertung tatsächlich fehlerbehafteter Verantwortungsbereich

Hier erfolgte die Bewertung, ob der vorgeworfene Fehler bestätigt werden konnte, ob evtl. ein anderer Fehler vorliegt oder kein Fehler nachweisbar ist. Auch hier ging bei „Sonstiger“ ein Freitextfeld auf. Bei Auswahl „kein Fehler nachweisbar“ endete die Abfrage an dieser Stelle, d.h. die "Datenerfassung Behandlungsfehler" ist hier beendet, weil eine Weiterführung nicht mehr möglich ist [55].

##### Tatsächlicher Verantwortungsbereich

Einer der oben genannten tatsächlich fehlerhaften Verantwortungsbereiche musste als Hauptursache benannt werden [55].

##### 2010 und 2011

2010 wurde in 93 Fällen mit 18,3 % und 2011 in 104 Fällen mit 20,6 % die Aufklärung gutachtlich als fehlerhaft eingestuft. In 83 Fällen mit 16,3 % in 2010 und in 67 Fällen mit 13,2 % in 2011 verlief die Befunderhebung aus gutachtlicher Sicht fehlerhaft. 2010 wurde in 63 Fällen mit 12,4 % die Diagnosestellung bemängelt. 2011 wurden hingegen in 53 Fällen mit 10,5 % sonstige Fehler als fehlerhaft eingestuft (Tabelle 17).

tatsächlicher Verantwortungsbereich	Häufigkeit 2010	Prozent 2010	Häufigkeit 2011	Prozent 2011
Ärztliche Disposition (z. B. Überweisung Konsil)	1	0,2%	2	0,4%
Aufklärung,	93	18,3%	104	20,6%
Befunderhebung	83	16,3%	67	13,2%
Diagnosestellung	63	12,4%	48	9,5%
Diagnostische Eingriffe	0	0,0%	1	0,2%
Dokumentation	52	10,2%	37	7,3%
Erkennen/Beherrschen von Komplikationen	57	11,2%	40	7,9%
Geräte Medizinprodukte	1	0,2%	1	0,2%
Kommunikation	6	1,9%	6	1,2%
Medikamentöse Behandlung	3	0,6%	5	1,0%
Nachsorge (exklusive post-OP)	18	3,5%	2	0,4%
Nichtoperative nichtmedikamentöse Therapie - invasiv	47	9,2%	34	6,7%
Nichtoperative nichtmedikamentöse Therapie - nichtinvasiv	4	0,8%	8	1,6%
Nichtoperative Behandlung - Indikation	26	5,1%	18	3,6%
Operative Behandlung - Indikation	20	3,9%	29	5,7%
Operative Behandlung - Durchführung	25	4,9%	48	9,5%
Organisation	0	0,0%	0	0,0%
Sonstiger	7	1,4%	53	10,5%
Übernahme der Behandlung	3	0,6%	3	0,6%
<b>Gesamt</b>	<b>509</b>	<b>100,00%</b>	<b>506</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 20: Der tatsächliche fehlerbehafteter Verantwortungsbereich 2010 und 2011

#### 4.9 Die Schwere des Fehlers

Hier wurde präzisiert, ob beim Vorliegen eines Behandlungsfehlers dieser als schwerer Verstoß gegen die elementaren Regeln oder als noch nachvollziehbare Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht zu werten ist.

Im Jahr 2011 ist im Vergleich mit 2010 eine deutliche Zunahme von bestätigten groben Behandlungsfehlern zu verzeichnen. 2010 wurden 27,2% der Fälle als grob eingestuft, während es 2011 schon 38,5% waren. Bei 44,2% der Fälle im Jahr 2010 wurde hingegen keine Einstufung angegeben, 2011 wurde bei 38,5% keine Klassifizierung vorgenommen, weil in diesen Fällen keine (relevanten) Verstöße gegen medizinische Standards nachweisbar waren, d. h. Vorwürfe von größerer medizinischer und ggf. rechtlicher Bedeutung konnten (patientenseitig) nicht aufrecht erhalten werden. 2011 ist diesbezüglich ein Rückgang zu verzeichnen, so dass insgesamt mehr Fälle in grob oder nicht grob behandlungsfehlerhaft eingruppiert wurden (Tabelle 21), d.h. dass insgesamt mehr Fälle als schwere Verstöße gegen elementare Regeln zugeordnet wurden.

Hier handelt es sich also sowohl um schwere Verstöße gegen elementare Regeln als auch um weniger schwere Verstöße gegen medizinische Standards.

Schwere des Fehlers	Begutachtungsjahr		Gesamt
	2010 Anzahl % von Begutachtungsjahr	2011 Anzahl % von Begutachtungsjahr	
Keine Einstufung	117 44,2	105 38,5	222 41,3
grob	72 27,5	105 38,5	177 32,9
Nicht grob	76 28,7	63 23,1	139 25,8
Gesamt	265 100,0	273 100,0	538 100,0

Tabelle 21: Die Schwere des Fehlers



## **5. Die Diskussion der erhobenen und ausgewerteten Daten**

### **5.1 Das Gesamtkollektiv:**

**Fragestellung:** Ist es in den Jahren 2010 und 2011 zu einer Zunahme an Behandlungsfehlervorwürfen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Patienten/Versicherten gekommen?

Von 2010 zu 2011 ist eine Zunahme an eingereichten vermuteten Verstößen gegen zahn-/ärztliche Standards festzustellen. So sind 2010 265 Fälle und 2011 bereits 273 Fälle von den gesetzlichen Krankenversicherungen eingereicht, und vom MDK Bayern ausgewertet worden. Auf Grund der hohen Selbstbeteiligung bei der zahnärztlichen Behandlung ergibt sich, dass Versicherte die durchgeführten Therapieschritte im Vergleich zu den früheren Jahren wahrscheinlich kritischer betrachten und bei unerwünschten Ergebnissen sofort Fehler/Verstöße bei den gesetzlichen Krankenkassen oder bei den Rechtsanwälten anmelden. Dies könnte sicherlich auch mit der Zunahme der abgeschlossenen Rechtsschutzversicherungspolicen zusammenhängen, da die/der Versicherte im Falle eines Rechtsstreites keinen finanziellen Mehraufwand zu befürchten hat. So ist im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme von Rechtsschutzversicherungsverträgen um 1,4%, nämlich auf 20,9 Millionen Euro Umsatz zu konstatieren [23].

### **5.2 Ergebnisschlüssel/bestätigte Fehler**

**Fragestellung:** Wie viele zahnärztliche Behandlungsfehler konnten tatsächlich durch zahnärztliche Gutachter/Innen des MDK Bayern bestätigt werden?

Im Jahr 2010 wurden 52,3% und im Jahr 2011 wurden bereits 58,3% der vermuteten Behandlungsfehler bzw. Verstöße gegen zahnärztliche/ärztliche Standards seitens der Gutachter/innen des medizinischen Dienstes festgestellt, so dass insgesamt eine Zunahme der bestätigten Behandlungsfehler von 6%-Punkte zu verzeichnen ist.

Dies macht deutlich, dass etwas mehr als die Hälfte der vermuteten Behandlungsfehler tatsächlich durch Gutachter/innen des MDK Bayern bestätigt wurden.

Im Jahr 2010 wurde nicht zwischen Behandlungsfehlern mit oder ohne Schadensfolge unterschieden. Wie bereits oben angegeben, ist es sicherlich kontrovers zu diskutieren, ob es sinnvoll ist, Behandlungsfehler zu verfolgen, die ohne Schadensfolge geblieben sind.

Dass 2011 schließlich doch zwischen Behandlungsfehlern mit und ohne Schadensfolge unterschieden wurde, geht darauf zurück, dass mehr Transparenz bzgl. der möglichen medizinrechtlichen Bewertung erreicht werden sollte. In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass bei einem Behandlungsfehler ohne Schadensfolge eine Schadenersatzklage weniger Sinn macht, es sei denn im Gerichtsgutachten kommt die/der Sachverständige zu einem anderen Ergebnis als die/der MDK-Gutachter/in.

Dies kommt zwar nicht oft vor, ist aber immerhin möglich. Des Weiteren muss bedacht werden, dass das Nichtvorliegen eines bleibenden Gesundheitsschadens nicht zwangsläufig bedeutet, dass gar keine Ansprüche seitens der Patienten geltend gemacht werden können. Hier geht es vornehmlich um Schmerzensgeldansprüche und in diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Haftpflichtversicherungen ausschließlich Kosten für Schmerzensgeldansprüche übernehmen, sofern der Patient in einem Gerichtsprozess gegenüber einer Zahnärztin/einem Zahnarzt wegen eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers obsiegt.

Die Zunahme der festgestellten Behandlungsfehler 2011 gegenüber 2010 insgesamt beträgt 6%-Punkte.

Weiterhin soll nicht außer Acht gelassen werden, dass das erste Screening der MedR-Gutachten neben dem Logistikzentrum Ansbach auch vermehrt in den Krankenkassen vor Ort durch hierfür geschulte Gutachter des MDK Bayern erfolgt. In diesem Zusammenhang ist es nicht selten, dass diese MDK-Gutachter/Innen bei einem zahnärztlichen Kollegen Rat einholen, um zu entscheiden, ob ein MedR-Gutachten in dem einen oder anderen Fall überhaupt zu empfehlen ist. Auch gesetzliche Krankenkassen gehen im Einzelfall in dieser Art und Weise vor. Das führt dazu, dass ein Teil der Behandlungsfehlerfälle bereits ausgegrenzt wird, d.h. gar nicht erst zum zweiten (Inhouse-)Screening vorgelegt wird. Hierbei handelt es sich dann um Fälle, bei denen in der Erörterung bereits klar wurde, dass Verstöße gegen medizinische Standards nicht nachzuweisen sind.

Die Zunahme der bestätigten Behandlungsfehlervorwürfe im Jahr 2011 könnte auf das vorherige, primäre Screening zurückgeführt werden. Andererseits kann angenommen werden, dass dieser Umstand auch mit einer Zunahme der allgemeinen Lebenshaltungskosten und der vermehrten Herstellung von Zahnersatz im Ausland in Verbindung steht. Durch die gestiegenen Lebenshaltungskosten –Miete (Abbildung

30), Gehalt der Angestellten und Materialien - muss die/der Leistungserbringer/in mehr Patienten in derselben Zeit behandeln, um vergleichsweise konstante Einnahmen zu erzielen [42].

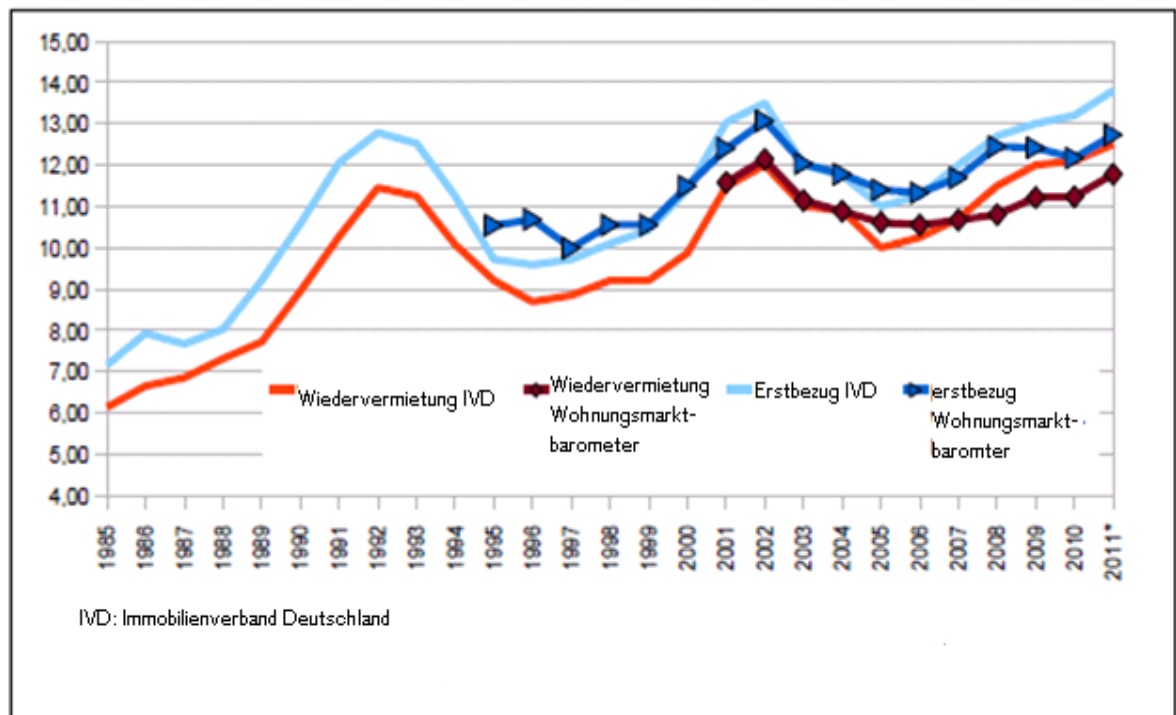


Abbildung 30: Die Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung 2011.

Die X-Achse gibt den Quadratmeterpreis in Euro wieder, die Y-Achse die Jahrgänge (Beobachtungszeitraum). Die Abbildung zeigt eine Mietpreisteigerung von 1985- 2010/ Frühjahr 2011.

Durch den Druck, weniger Zeit für die Beratung und die Behandlung der Patienten zu haben, wären Flüchtigkeitsfehler denkbar. Weiterhin denkbar wäre, dass hiervon häufiger höher frequentierte Praxen und Tageskliniken betroffen sind, bei denen der Personalaufwand und weitere Kosten höhere Stundenumsätze erfordern.

In diesen Praxen mag zudem die klare Zuordnung zwischen Patient und Behandler fehlen, wodurch Irritationen und Reibungsverluste durch unterschiedliche Behandlungskonzepte wahrscheinlich sein könnten.

Viele Zahnärzten/Innen bieten ihren Patienten Alternativen aus dem Ausland an. Dort kann der Zahnersatz aufgrund von niedrigeren Herstellungskosten günstiger produziert werden. Somit können die Behandlungskosten deutlich reduziert werden. Jedoch bestehen nicht in jedem ausländischen Dentallabor die gleichen strengen Qualitätsanforderungen (Medizinproduktegesetz) wie in Deutschland.

Folglich weist der im Ausland angefertigte Zahnersatz zum Teil große Qualitätsunterschiede zu dem in Deutschland hergestellten Zahnersatz auf, so dass dies ebenfalls eine Erklärung für die Zunahme vorgeworfener Behandlungsfehler im beschriebenen Sinne sein könnte.

Laut der IDZ Studie "Dentaltourismus und Auslandszahnersatz" ist eine Zunahme von Auslandszahnersatz zu verzeichnen, jedoch handelt es sich in der Summe nur um eine statistische Minderheit. „Von 1.368 befragten Patienten hatten 2,3% der Kohorte in der Vergangenheit ausländischen Zahnersatz in Anspruch genommen“ [39]. Von den 300 befragten Zahnärzten verwenden nur 12,3% häufig, 15,3% gelegentlich, 23,4% eher selten und 49,9% gar keinen ausländischen Zahnersatz [39], somit stellt der Auslandszahnersatz nur einen kleinen Anteil der entsprechenden Gesamtheit dar (Abbildung 31).

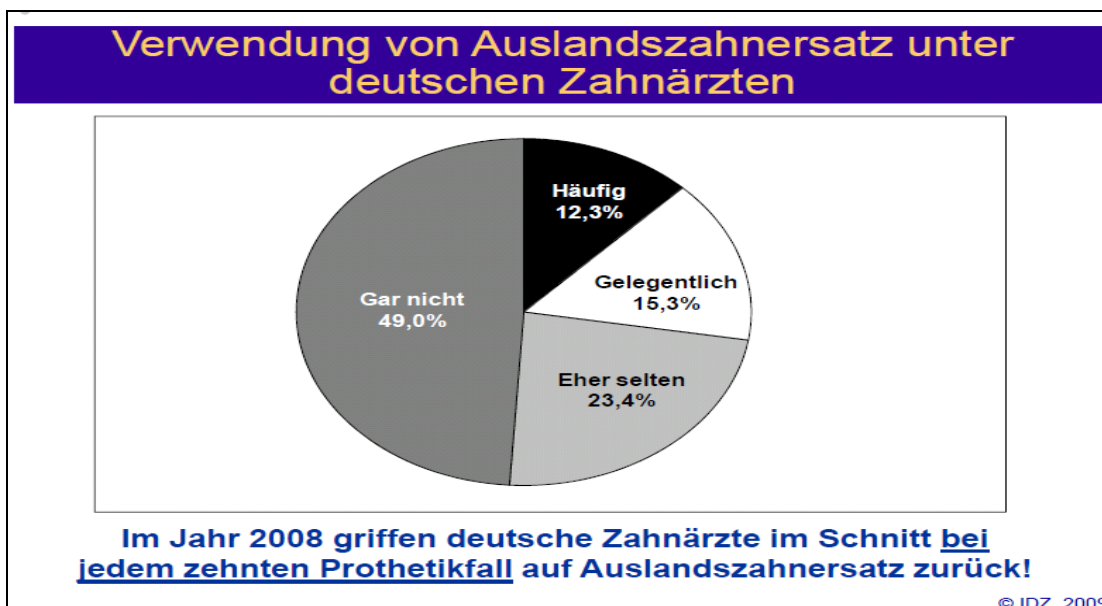


Abbildung 31: Die Verwendung von Auslandszahnersatz, Empirische Zahlungsbereitschaftsanalysen auf der Grundlage repräsentativer Stichproben im Jahre 2008

Die 52,3% und die 58,3% (s. S. 37) bestätigten Behandlungsfehlervorwürfe beziehen sich nicht auf alle in Deutschland durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen, sondern nur auf die von den Krankenkassen bei dem MDK Bayern eingereichten Fälle.

Die Gesetzlichen Krankenkassen dürfen neben dem MDK (umlagefinanziert) auch andere Gutachterdienste (auftragsfinanziert) beanspruchen.

Überdies darf als bekannt vorausgesetzt werden, dass die Unterstützung der Versicherten bei vermeintlich fehlerhaften Behandlungen von den Krankenkassen recht unterschiedlich gehandhabt wird. Während einige Krankenkassen hierin eine besondere Serviceleistung für ihre Versicherten sehen, gibt es auch einzelne (GKV-)Krankenkassen, die aufgrund des hohen Verwaltungsaufwandes bei der Bearbeitung von vermeintlichen Behandlungsfehlern keine umfassende Betreuung ihrer Kunden vornehmen können. Eine gewisse Zurückhaltung einiger Krankenkassen könnte auch darin bestehen, dass die Zahl der von Versicherten gewonnenen Schadensersatz-Prozesse nicht besonders ermutigend ist. Wie viele BHF-Vermutungen im Vorfeld von der Krankenkasse für eine MedR-Begutachtung vorbereitet werden, ist nicht veröffentlicht.

Die Anzahl von Behandlungsfehlervermutungen, welche von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bearbeitet werden, liegt ebenfalls nicht vor. Eine Statistik, wie viele Fälle nach Feststellung eines Behandlungsfehlers durch gerichtliche Verfahren positiv und/oder negativ für den Patienten ausgehen, ist bis dato nicht erhoben. Abgesehen davon ist auch nicht bekannt, in wie weit bestätigte Behandlungsfehler von Seiten der Versicherten weiterverfolgt werden.

Um diesbezüglich valide Zahlen in Deutschland zu erhalten, müssten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen/Zahnärztekammern und die Medizinischen Dienste in Deutschland einheitliche Bewertungsmaßstäbe anwenden und eine gemeinsame Datenbank/Datenerfassung aufbauen.

Außerdem muss bedacht werden, dass ein Teil von möglichen Gerichtsprozessen wegen vermeintlicher zahnärztlicher Behandlungsfehler ohne Beteiligung von Krankenkassen und dem MDK angestrebt werden.

Hierbei ist in Betracht zu ziehen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten über Rechtsschutzversicherungen verfügt. Andererseits gehen Rechtsanwälte immer öfter dazu über, MDK-Gutachten einzuholen, weil diese für den Mandanten keine Kosten verursachen.

Weiterhin ist nicht bekannt, ob die Fälle, die letztendlich vor Gericht entschieden werden, den Krankenkassen am Schluss auch mitgeteilt werden. Außerdem werden

diese Ergebnisse auch nicht von allen Krankenkassen an die zuvor eingeschalteten MDK-Gutachter weitergeleitet.

In diesem Zusammenhang soll auch nicht unerwähnt bleiben, dass in Einzelfällen MDK-Gutachten eingeholt werden, obwohl bereits ein vom Gericht beauftragtes Sachverständigen-Gutachten vorliegt. In diesen Fällen handelt es sich meist um für die Versicherten und deren Anwälte nicht nachvollziehbare bzw. negative Gutachten, weswegen oftmals die Rechtsanwältin/der Rechtsanwalt ein MDK-Gutachten durch die Krankenkasse erbitte bzw. beantragt. Hier ist eine zunehmende Tendenz festzustellen.

An dieser Stelle befindet sich der MDK allerdings noch ganz am Anfang. Das Erscheinen von MDK-Gutachtern vor Gericht wird bisher noch selten gewünscht. Es wird sich zeigen, ob es zukünftig bei Verhandlungen auf mehr Präsenz durch den MDK und die Krankenkassen ankommen wird.

### **5.3 Das Alter**

**Fragestellung:** Kann eine bestimmte Altersgruppe identifiziert werden aus der vermehrt „Behandlungsfehler“ vorgeworfen wurden?

Das Durchschnittsalter (Mittelwert = M) im Jahr 2010 bei den bearbeiteten 265 Behandlungsfehlervorwürfen lag bei M = 41,46 Jahren und der Median bei 42,00. Das jüngste Versicherungsmitglied war 2 Jahre und das Älteste war 85 Jahre alt.

Im Jahr 2011 lag das Durchschnittsalter (Mittelwert) bei den 273 untersuchten Patientenfällen bei 40,68 Jahren und der Median lag bei 40,00. Hier war das jüngste Versicherungsmitglied 4 Jahre alt und damit 2 Jahre älter als im Jahr 2010. Das älteste Versicherungsmitglied von dem ein Vorwurf erhoben und eingereicht worden ist, war im Jahr 2011 90 Jahre alt.

Die Altersgrenze hat sich folglich von 2010 zu 2011 leicht erhöht.

Da laut vorliegender Auswertung ein Mittelwert von ca. 41 Jahren ermittelt wurde, der Median lag zwischen 40 und 42, kann die Frage, ob es ein bestimmtes Lebensalter gibt, in dem vermehrt Behandlungsfehler/Verstöße gegen zahn-/ärztliche Standards vermutet wurden, theoretisch mit Ja beantwortet werden.

Die meisten vermuteten Behandlungsfehler wurden laut der ausgewerteten Statistik von den Patienten mit einem Lebensalter von im Durchschnitt 41 Jahren eingereicht. Hierbei handelt es sich jedoch nur um einen errechneten Mittelwert bzw. Median. Es

könnte also durchaus sein, dass praktisch sehr wenige Behandlungsfehlervorwürfe von 41-Jährigen eingereicht bzw. vermutet wurden.

Auf Grund der Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) von 2005 ist der Durchschnittswert von ca. 41 Jahren jedoch absolut plausibel, denn in dieser Studie wurde festgestellt, dass 76,1% der 35 - 44-jährigen den jährlichen Zahnarzttermin am häufigsten von allen Altersgruppen wahrnehmen [48].

Somit würde die Möglichkeit also bestehen, dass während der jährlichen zahnärztlichen Kontrolle Behandlungsbedürftigkeiten festgestellt worden sind, welche dann nach Meinung der/des Versicherten nicht richtliniengemäß bzw. lege artis durchgeführt wurden. An der Stelle handelt es sich jedoch nur um eine Spekulation.

Aus der zugrunde liegenden Statistik geht hervor, dass von 1997 bis 2005 eine Zunahme an den jährlichen Kontrolluntersuchung in der Altersgruppe der 35 – 44-jährigen zu verzeichnen war. So wurden 1997 von 67,0% der 35 – 44-jährigen der zumindest jährliche Zahnarzttermin wahrgenommen, während dies 2011 bereits 76,1% taten. Damit könnte auch die Zunahme des Gesamtkollektivs erklärt werden. Je mehr Patienten die/den Zahnarzt/-ärztin aufsuchen, desto mehr Behandlungsfehler können auch vermutet bzw. angemeldet werden [48].

Des Weiteren ist auch ein gewisser Zusammenhang mit dem Fortschritt der demografischen Entwicklung – älter werden der Bevölkerung - denkbar. Durch die Altersverschiebung der Bevölkerung und durch den gesteigerten Stellenwert der Ästhetik werden auch noch bis ins sehr hohe Alter anspruchsvolle Zahnbehandlungen von Zahnärzten/-Innen auf Wunsch der Patienten durchgeführt [63]. Man kann sogar sagen, je älter die Patienten werden, desto schwieriger sind die durchzuführenden Behandlungen. Dies liegt zum Teil daran, dass die Patienten auch noch im höheren Lebensalter zunehmend festsitzenden Zahnersatz wünschen. Die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz ist durch die ständige Weiterentwicklung von Implantatsystemen und Knochenaufbautechniken zunehmend möglich.

Je anspruchsvoller die zahnärztliche Behandlung und die Ansprüche bzw. Erwartungen des Patienten sind, desto häufiger kann es auch zu Missverständnissen und daraus resultierenden Vorwürfen kommen.

Auch die so genannte „Midlife crisis“ sollte hier ebenfalls mit in Betracht gezogen werden, obwohl sie in der Literatur sehr kontrovers diskutiert wird. Sie wird

beschrieben als ein psychischer Zustand der Unsicherheit und kann zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auftreten:

In diesem Falle wird sehr kritisch über das bisher Erreichte, über das eigene Leben, die Lebensumstände, die Familie und die Arbeit reflektiert [8].

Manche Patienten nehmen in dieser Zeit starke Veränderungen in ihrem Leben vor. Diese können das äußere Erscheinungsbild, die berufliche Situation oder auch Partnerschaft betreffen. Es wird vermutet, dass es bei Frauen mit der hormonellen Umstellung (Menopause) zusammenhängen könnte. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird die Midlife crisis eher mit Männern in Zusammenhang gebracht. Wie viele Patienten in Deutschland unter der sog. Midlife crisis leiden ist nicht bekannt, da bisher keine einheitlich formulierten Kriterien für diese „Erkrankung“ vorliegen. Abgesehen von der „Mittlebenskrise“ handelt es sich bei dieser Patientengruppe oft um Menschen, die bereits einiges in ihrem Leben erreicht haben, die aber noch vor der Bewältigung von großen Aufgaben stehen, um ihre Lebensziele zu verwirklichen. Diese Individuen sind häufig aufgrund ihrer Lebenserfahrung und den noch bevorstehenden Aufgaben kritischer gegenüber ihrer eigenen Leistung und auch der Leistung Anderer eingestellt.

In Einzelfällen ergibt sich der Vorwurf der Patientinnen oder Patienten aus deren Beschreibungen (Gedächtnisprotokoll zum Behandlungsablauf). Hier wird häufig darauf verwiesen, dass man für die eigene Handwerksleistung eine Gewährleistung zusichern muss. Es wird nicht selten davon ausgegangen, dass es neben der 2-jährigen Gewährleistungspflicht für Zahnersatz und Füllungen eine allgemeine Gewährleistungspflicht für ärztliche und zahnärztliche Leistungen gibt oder geben sollte.

Ein weiterer Grund für das höhere Bedürfnis zur Ausübung von Kritik bei den ca. 40-jährigen dürfte auch damit im Zusammenhang stehen, dass diese Altersgruppe häufiger mit Selbstzweifeln und Unzufriedenheit belastet ist und nicht selten eine weniger glückliche Phase des Lebens durchstehen muss. Laut dem führenden englischen Glücksforscher Andrew Oswald befindet sich der Tiefpunkt der meisten Menschen im chronologischen Umfeld des 40. Lebensjahres. Wird in dieser Zeit eine rein ästhetische Zahnbehandlung durchgeführt, so sollten dem Patienten vor Behandlungsbeginn die Möglichkeiten, und die zu erwartenden Ergebnisse klar und



verständlich sein, da ansonsten Enttäuschungen in den meisten Fällen vorprogrammiert sind.

Das statistische Ergebnis des Lebensalters zeigt deutlich, dass die Patienten im Alter um die 40 Jahre die/den Zahnärztin/-arzt von allen Altersgruppen am häufigsten aufsuchen. Um Missverständnisse im Nachhinein zu vermeiden, sollte der Patient vor Behandlungsbeginn nach seiner genaueren Vorstellung und seinen Erwartungen zu der durchzuführenden Behandlung befragt werden. Die/der Zahnärztin/-arzt sollte dem Patienten so genau wie möglich schon vor Beginn der Behandlung erklären, welche Ergebnisse realistisch mit den vorhandenen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei komplikationsfreiem Behandlungsverlauf zu erzielen sind. Gleichzeitig sollte eine Risikoaufklärung erfolgt sein.

#### **5.4 Das Geschlecht**

**Fragestellung:** Handelt es sich bei der Einreichung von Anträgen zur gutachtlichen Prüfung vermeintlicher Behandlungsfehler um einen geschlechtsspezifischen Vorgang?

In den Jahren 2010 und 2011 fällt auf, dass die meisten vermuteten Behandlungsfehler von Frauen eingereicht wurden. So wurden in 2010 169 Fälle mit 63,8% von Frauen, und in 2011 167 Fälle mit 61,2% eingereicht. Bei den Männern hingegen sind 96 Fälle in 2010 mit 36,2% und in 2011 106 Fälle mit 38,8% zu verzeichnen. Da Frauen laut IDZ Studie von 1999 (Tabelle 22) einen höheren DMFT (decayed, missed, filled teeth) als Männer haben, werden bei Frauen häufiger Zahnarztbehandlungen notwendig. Dadurch bedingt, können evtl. auch von Frauen mehr Behandlungsfehlervorwürfe als von Männern erhoben werden [49].

Dies belegen auch die Zahlen, welche von der Krankenkasse Barmer GEK 2012 (Tabelle 7) erhoben worden sind. Insgesamt ist festzuhalten, dass Frauen 54,4% der Zahnbehandlungen in Deutschland im Jahr 2010 ausgemacht haben. Damit haben sie einen leicht überproportionalen Anteil an den Zahnbehandlungen, machen jedoch nur 50,9% der Gesamtbevölkerung aus. Zusammenfassen können damit die oben getroffenen Aussagen bestätigt werden.

Behandlungsfälle insgesamt	Anteil Männer an Behandlungsfällen	Anteil Frauen an Behandlungsfällen	Anteil Männer an der Bevölkerung	Anteil Frauen an der Bevölkerung
104319204,4	45,6%	54,4%	49,1%	50,9%

*Tabelle 7: Behandlungsfälle insgesamt, Anteil Männer und Frauen an Behandlungsfällen insgesamt und Anteil Männer und Frauen an der Bevölkerung, Barmer GEK , 2010*

Bestätigt wird somit, dass Frauen einen überproportionalen Anteil an Zahnbehandlungsfehlervorwürfen ausmachen, der nur zu einem sehr geringen Teil an ihrem leicht höheren Bevölkerungs- sowie Zahnbehandlungsanteil liegt.

Aus den absoluten Zahlen die beim MDK Bayern erhoben worden sind, lässt sich leider keine Hochrechnung auf die Anzahl von Zahnbehandlungsfehlern insgesamt, sowie die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungsfehlers, in Deutschland ableiten. Da die Daten lediglich die beim MDK Bayern eingereichten Behandlungsfehlervorwürfen umfassen. Die bei anderen Einrichtungen wie z.B. bei der KZVB werden nicht berücksichtigt und in keiner Datenbank einheitlich erfasst.

<b>DMFT-Index</b>	<b>12-Jährige</b>	<b>35- bis 44-Jährige</b>	<b>45- bis 74-Jährige</b>
weiblich	1,9	16,8	24,3
männlich	1,6	15,4	22,5

*Tabelle 22: Die Mundgesundheit von Frauen, 1999, DMFT ist bei Frauen in allen geprüften Altersgruppen bei den weiblichen Probanden höher gewesen als bei den männlichen Probanden. Quelle: IDZ Informationen.*

Eine weitere Erklärung für dieses Ergebnis könnte auch damit zusammenhängen, dass Frauen mehr Wert auf das äußere Erscheinungsbild legen als Männer und deshalb auch vermehrt den Zahnarzt für zahnärztliche/ästhetische Korrekturen aufsuchen.

Die „American Society of Plastic Surgeons“ bestätigt die ästhetische Vorliebe der Frauen, indem sie 2010 veröffentlichte, dass 91% der kosmetischen Eingriffe beim weiblichen Geschlecht und nur 9% beim männlichen Geschlecht durchgeführt worden sind (Abbildung 32) [1]. Somit kann festgehalten werden, dass das weibliche Geschlecht mehr Wert auf das Aussehen legt und dafür gegebenenfalls auch deutlich mehr Geld dafür ausgibt, als das männliche Geschlecht.

Gender	
Female	2010 vs. 2009
91% of all cosmetic procedures	
11.5 million cosmetic procedures	↑ 5%
1.4 million surgical	↑ 2%
10.2 million minimally-invasive	↑ 6%
Male	2010 vs. 2009
9% of all cosmetic procedures	
1.1 million cosmetic procedures	↑ 2%
203,000 surgical	↑ 2%
918,000 minimally-invasive	↑ 2%
Ethnic	2010 vs. 2009
Hispanics	↑ 2%
African Americans	↑ 6%
Asians	↑ 2%

Abbildung 32: American Society of Plastic Surgeons, Report of the 2010 Plastic Surgery Statistics, Stand Februar 2013

Zum anderen könnte als Grund für die oben genannte Annahme gelten, dass die Zahnbehandlungen laut Bundesamt für Statistik erst im höheren Alter zunehmen, und da Frauen statistisch älter werden als Männer, suchen demnach Frauen häufiger die/den Zahnärztin/-arzt auf als Männer.

Des Weiteren lässt sich durchaus behaupten, dass Frauen grundsätzlich kritischer gegenüber Ärzten und Zahnärzten eingestellt sind und sich oftmals vor der Wahl eines Zahnarztes genaue Informationen bei Verwandten, Bekannten und Freunden, aber auch im Internet oder zahnärztlichen Körperschaften/Krankenkassen einholen. Die zahnärztlichen Körperschaften und die gesetzlichen Krankenversicherungen dürfen jedoch keine Empfehlungen von Einzelpersonen aussprechen. Bei den zahnärztlichen Körperschaften ist es jedoch möglich, einige Namen von Zahnärzten zu bestimmten Spezialgebieten zu erhalten.

Abschließend kann noch darauf hingewiesen werden, dass sich die Zahlen bzw. das Verhältnis Frauen/Männer bzgl. des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers mit den Anträgen auf Ehescheidung in etwa gleichen. 2010 wurde laut Bundesamt für Statistik der Scheidungsantrag in 52,9% der Fälle von der Frau gestellt, 38,9% von den Männern und in den übrigen Fällen wurde er von beiden Ehepartnern gemeinsam eingereicht [21].

### **5.5 Behandlungsanlass /ICD Behandlungsanlass kurz**

**Fragestellung:** Gab es 2010 und 2011 unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte/Häufigkeitsverteilungen bei vermuteten Behandlungsfehlervorwürfen?

Die Gruppeneinteilung - ICD-Behandlungsanlass kurz - macht deutlich, dass mit 76,2% im Jahr 2010 und mit 74,4% im Jahr 2011 die K-Diagnosen –„Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer“ am häufigsten angegeben wurden. Bei den K-Diagnosen handelt es sich hauptsächlich um die K02-„Zahnkaries“, K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“ und um die K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“.

2010 wurde bei Frauen die Diagnose K02-„Zahnkaries“- in 36 Fällen mit 21,3% als Behandlungsanlass genannt. In 33 Fällen mit 19,5% wurde die Diagnose K08-„Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“- und in 27 Fällen mit 16,0% die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- aufgeführt.

2011 wurde die Diagnose K04- Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes- in 41 Fällen mit 24,6%, in 28 Fällen mit 16,8% die K08- Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates- und in 23 Fällen mit 13,8% die K02-„Zahnkaries- bestimmt.

Bei den Männern wurde 2010 in 23 Fällen mit 24% die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“-, in 21 Fällen mit 21,9% die K02-„Zahnkaries“- und in 9 Fällen mit 9,4% die K08-„Sonstige Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- genannt. Die Verteilung zeigt sich in 2011 ähnlich, nur ist die Anzahl der Fälle gestiegen: Die K04-„Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes“- wurde in 26 Fällen mit 24,5%, die K02-„Zahnkaries“- in 22 Fällen mit 20,8% und die K08-„ Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates“ wurde in 13 Fällen mit 12,3% aufgeführt.

Als 2. Hauptdiagnose imponieren die Z-Diagnosen-„Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ mit 13,2% in 2010 und 2011. Darauf folgen die R-Diagnosen-„Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde andernorts nicht klassifiziert sind“ mit 7,5% (2010) und mit 9,5% (2011).

Bei den angeführten Z-Diagnosen handelte es sich, um die Z01-„Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene

Diagnose“ oder um die Z97-„Vorhandensein anderer medizinischer Hilfsmittel oder Geräte (Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate)“.

Wie bereits oben erwähnt, wurden auch diese "Z-Diagnosen" bei Anlass (Erstdiagnose) in der "Datenerfassung Behandlungsfehler" genannt. Der Grund hierfür ergab sich immer dann, wenn aufgrund der Behandlungsunterlagen eine Diagnose im Zusammenhang mit der Erstbehandlung nicht dokumentiert und auch nicht rekonstruierbar war. Somit wurden diese Z-Diagnosen in Einzelfällen quasi als "Verlegenheits-Diagnosen" angegeben. Insofern könnte sicherlich die Frage gestellt werden, weswegen in diesen Fällen unter Behandlungsanlass einfach gar keine Angabe erfolgte.

Diese Frage kann dahingehend beantwortet werden, dass es einerseits diese Z-Diagnosen nun einmal gibt und andererseits, dass eine Angabe bei Behandlungsanlass "Befunderhebung Behandlungsfehler" obligatorisch ist und ansonsten eine Freigabe des Gutachtens nicht erfolgen kann.

Die R-Diagnosen bestanden zum größten Teil aus der R20-„Sensibilitätsstörungen der Haut“- und der R52-„Schmerz, andernorts nicht klassifiziert“-.

Diese Zahlen werden von D. Oesterreich und S. Ziller insofern bestätigt, dass die Zahnkaries neben den Entzündungen des Zahnhalteapparates zu den häufigsten Zahnerkrankungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich zählen. „In Deutschland sind noch immer 95% der Erwachsenen von einer der beiden Krankheiten betroffen“[66].

Das Ergebnis macht deutlich, dass sich der Behandlungsanlass von 2010 zu 2011 kaum verändert hat. Laut der KZBV und der Bundeszahnärztekammer wurde 2009 die Summe von 6,32 Milliarden Euro für die Zahnerhaltung und nur 0,35 Milliarden Euro für die Behandlung von Parodontalerkrankungen ausgegeben (Abbildung 33).

Laut der vorliegenden Statistik liegt der Tätigkeitsschwerpunkt der Zahnärzte/Innen mit großem Abstand im Bereich der konservierenden Füllungstherapie, obwohl die Parodontalerkrankungen mit ca. 16% in den beiden Jahren 2010 und 2011 an dritter Stelle genannt wurde.

In Anbetracht dieser Ausgabenverteilung und im Vergleich zu den auftretenden und vorhandenen Erkrankungen, sollten die Untersuchungen des Parodontiums zur

jährlichen Routineuntersuchung eines jeden Zahnarztes dazugehören und nicht außer Acht gelassen werden.

Im Hinblick auf die Therapie von Parodontalerkrankungen ist damit zu rechnen, dass Patienten zukünftig deren Zahnärzte/Innen häufiger wegen unterlassener oder unzureichend durchgeführter Behandlungen kritisieren und belasten/verklagen werden. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass die Parodontalerkrankungen nicht selten auch im Zusammenhang mit inneren, speziell kardiologischen Erkrankungen im Zusammenhang gestellt werden können, da die Mundhöhle faktisch eine wichtige Eingangspforte für endogene Infektionen repräsentiert. Hier ist z. B. an eine mögliche Endokarditis durch zahnärztliche Eingriffe zu denken, bzw. an die ggf. unterlassene Endokarditis-Prophylaxe zu Beginn einer zahnärztlichen Intervention.

### Ausgaben für zahnärztliche Behandlung

Zahnerhaltung¹			Parodontalbeh.		Kieferorthopädie		Zahnersatz	
	Mrd. €	Veränd. in %	Mrd. €	Veränd. in %	Mrd. €	Veränd. in %	Mrd. €	Veränd. in %
1991	4,45		0,22		0,75		3,48	
1992	5,16	+ 15,8	0,27	+ 23,2	0,90	+ 19,8	4,88	+ 40,4
1993	5,13	- 0,4	0,31	+ 12,5	0,89	- 1,5	3,12	- 36,0
1994	5,26	+ 2,4	0,38	+ 22,7	0,95	+ 6,7	3,59	+ 15,1
1995	5,30	+ 0,8	0,41	+ 9,6	0,96	+ 1,1	3,79	+ 5,6
1996	5,66	+ 6,8	0,47	+ 14,1	1,02	+ 6,6	4,20	+ 10,7
1997	5,63	- 0,4	0,48	+ 2,2	1,05	+ 2,3	4,31	+ 2,7
1998	5,77	+ 2,4	0,50	+ 4,1	1,12	+ 7,2	2,99	- 30,6
1999	5,59	- 3,2	0,47	- 6,4	1,14	+ 1,4	3,27	+ 9,2
2000	5,60	+ 0,3	0,47	- 0,6	1,13	- 0,8	3,52	+ 7,8
2001	5,77	+ 3,0	0,48	+ 3,1	1,12	- 0,5	3,66	+ 4,0
2002	5,81	+ 0,8	0,47	- 1,5	1,10	- 1,7	3,52	- 3,8
2003	5,87	+ 1,0	0,48	+ 0,8	1,08	- 2,0	3,79	+ 7,4
2004²	5,71	- 2,8	0,33	- 29,8	0,98	- 9,5	3,67	- 3,0
2005	5,76	+ 0,9	0,30	- 9,5	0,83	- 15,4	2,43	- 33,7
2006	5,90	+ 2,3	0,32	+ 4,6	0,83	0,0	2,70	+ 10,8
2007	6,03	+ 2,3	0,33	+ 5,5	0,83	+ 0,1	2,83	+ 5,0
2008	6,12	+ 1,5	0,34	+ 2,5	0,86	+ 3,5	2,92	+ 3,0
2009	6,32	+ 1,6	0,35	+ 3,8	0,89	+ 3,2	3,03	+ 3,8

Abbildung 33: Die Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen

### 5.6 Der Vergleich vermeintlich und tatsächlicher Verantwortungsbereich in den Jahren 2010 und 2011

2010 wurden mit 23,3% am häufigsten Fehler in der „Nichtoperativen nichtmedikamentösen Therapie - invasiv“ (z.B. Füllungstherapie) vermutet. Hier wurden von den befassten Gutachtern 9,2% der Fälle eingeordnet. An erster Stelle wurde im tatsächlichen Verantwortungsbereich die Aufklärung mit 18,3% von den Gutachtern als fehlerhaft angesehen.

Mit 14,8% werden Fehler in der „Operativen Behandlung - Durchführung“ vorgeworfen. Die Gutachter haben in diesem Bereich nur 4,9% der Fälle eingruppiert. Bei dem tatsächlichen Verantwortungsbereich wurde an zweiter Stelle mit 16,3% die Befunderhebung als fehlerhaft angesehen.

An dritter Stelle wurden im Bereich „Vermeintlicher Verantwortungsbereich“ Fehler in der „Aufklärung“ mit 13,0% vorgeworfen. Durch die eingebundenen Gutachter wurde die Aufklärung mit 18,3% als größte Fehlerquelle beurteilt.

2011 wurden die häufigsten Fehler in der „Operativen Behandlung – Durchführung“ mit 15,3% angegeben und mit 14,3% Fehler in der „Aufklärung“ vermutet.

Es folgt dann an vierter Position der Vorwurf „Fehler bei der Befunderhebung“ mit 12,7%. Wie bereits 2010 wurde bei den tatsächlichen Fehlern mit 20,6% die Aufklärung von den Gutachtern/Innen als fehlerhaft angesehen. Mit 13,3% folgt als bestätigte Fehlerquelle die Befunderhebung. Weiterhin fügen sich als weitere Fehlerquellen mit 9,5% die Diagnosestellung und operative Behandlung – Durchführung an.

Die Statistik macht deutlich, dass die vorgeworfenen und die tatsächlichen Fehlerbereiche zwar dieselbe Tendenz aufzeigen, aber dessen ungeachtet kann der/die Versicherte einen Fehler in der operativen Durchführung vermutet haben, während aber gutachtlich z.B. ein Fehler in der Aufklärung oder in der Befunderhebung festgestellt wurde.

Es ist somit von größter Bedeutung, eine vollständige und verständliche Befundung und Aufklärung im zahnmedizinischen Bereich vor allen zahnärztlichen Interventionen durchzuführen, denn tatsächlich wurden nicht nur die Eingriffe seitens der Gutachter/Innen als fehlerhaft eingestuft, sondern auch die Aufklärung über geplante/vorzunehmende Behandlungen und damit verbundene Risiken.

Die vorliegenden Zahlen könnten in der Art interpretiert werden, dass Patient/Innen bei verständlicher(er) (Risiko-)Aufklärung weniger Fehler in der „Nichtoperativen nichtmedikamentösen Therapie - invasive oder operative Behandlung – Durchführung“ vorgeworfen hätten. Mit großer Wahrscheinlichkeit sind den Patienten/Innen auf Grund der mangelnden Aufklärung die Durchführung der Behandlung oder auch die

damit verbundenen Prozeduren nicht verständlich gewesen, so dass in diesen Bereichen schnell der Vorwurf einer fehlerhaften Behandlung entstand.

### **5.7 Die Schwere des Fehlers**

2010 wurden in 72 Fällen mit 27,2% die bestätigten Behandlungsfehler als grob eingestuft, 2011 wurde hier bereits eine Steigerung auf 38,5% der Fälle festgestellt. Eine Zunahme in diesem Bereich könnte auf die fortschreitend aufwändigeren Behandlungsansätze, wie zum Beispiel in der implantologischen Therapie, zurückzuführen sein

Immer mehr Patienten wünschen zum Beispiel, trotz ungünstiger Kieferverhältnisse und/oder ungenügendem Knochenangebotes, eine Zahnersatzversorgung mit festsitzendem Zahnersatz. Dies ist heute nur mit enossalen Implantaten und in einigen Fällen zusätzlich mit augmentativen Verfahren möglich. Auch wenn die Prognose seitens des durchführenden Zahnarztes als zweifelhaft oder sogar schlecht beurteilt werden würde, wird doch in den meisten Fällen eine Behandlung trotz alledem vorgenommen, da eventuell der Patient sonst einen anderen Zahnarzt aufsuchen würde, der die gewünschte Behandlung durchführt. So befindet sich der Zahnarzt heute mehr als früher noch in einem ökonomisch-therapeutischen Dilemma, nämlich Behandlungen mit schlechter Prognose durchführen zu müssen, die zudem noch sehr anspruchsvoll in der Umsetzung, sehr kostenintensiv für den Patienten sind und gewisse Risiken mit sich bringen.



## **6. Die kritische Betrachtung:**

Die vorliegende Statistik liefert Daten mit den Operatoren: welches Geschlecht, in welchem Lebensalter, in welchem Tätigkeitsfelds einen Behandlungsfehler vermutet hat. Anhand der errechneten Zahlen kann keine Aussage darüber erfolgen, wie viel Prozent der vermuteten Behandlungsfehler mit den tatsächlich bestätigten Behandlungsfehlern übereinstimmen. So kann der Versicherte zum Beispiel einen Fehler in der durchgeführten Behandlung vorgeworfen haben, tatsächlich wurde von den Gutachtern/innen des MDK Bayern allerdings nur ein Fehler in der Aufklärung gesehen.

Somit kann mit der vorliegenden Dissertation keine Aussage dahin gehend getroffen werden, dass 52,1% in 2010 und 58,3% in 2011 der in Bayern durchgeführten Behandlungen und Therapien fehlerhaft waren. Es kann lediglich aufgezeigt werden, dass bei den in 2010 eingegangenen, vorgeworfenen Behandlungsfehlern tatsächlich 52,1% und in 2011 58,3% gutachtlich bestätigte Behandlungsfehler gefunden wurden. Es kann sich dabei also vielleicht nur um Aufklärungsfehler gehandelt haben, die klinisch ohne relevante Bedeutung verlaufen sein können.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass aufgrund der vielen verschiedenen Therapiemöglichkeiten und der unterschiedlichen Lehrmeinungen an den Universitäten, kein einheitlicher Bewertungsmaßstab für die Gutachter/Innen besteht, so dass beauftragte Gutachter/Innen zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Die verschiedenen Fachabteilungen der MDKen versuchen ständig durch regelmäßige Treffen in speziellen Plattformen sowie durch eine interaktive Intranet-Webpräsenz, einheitliche Bewertungskriterien zu erarbeiten und weiter zu entwickeln. Die Umsetzung jedoch gestaltet sich aufgrund der eben erwähnten vielen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Materialien noch sehr schwierig.

In diesem Zusammenhang sollte nicht unbeachtet bleiben, dass jeder Organismus als Einheit jeweils unterschiedlich auf kongruente Therapien bzw. Behandlungsmethoden reagieren kann. Damit ist gemeint, dass z.B. die durchgeführte Behandlung/Therapie bei dem einem Individuum zum Erfolg führen kann, während genau die gleiche Behandlungsmethode/Therapie bei dem anderen Individuum zum Misserfolg/Schadensereignis führen kann. Dies ist für die Versicherten nicht immer nachvollziehbar, so dass in einem solchen Fall sehr schnell die Vermutung eines vorliegenden Behandlungsfehlers entstehen kann.

## **7. Die Zusammenfassung**

In der vorgelegten Dissertation unterlagen 538 Fälle aus den Jahren 2010 (n = 265 Fälle) und 2011 (n = 273 Fälle) einer gutachtlichen Prüfung. Anschließend wurden die Patientendaten anonymisiert in einer Datenbank eingegeben. In die statistische Erfassung gingen als Bewertungskriterien das Alter, das Geschlecht, der Ergebnisschlüssel/bestätigte Fehler, Behandlungsanlass ICD kurz, angebliche fehlerbedingte Diagnose/ICD angeblich fehlerbedingte Diagnose kurz, vermeintlich fehlerbehafteter Verantwortungsbereich/vermeintlicher Verantwortungsbereich, tatsächlich fehlerbehafteter Verantwortungsbereich/tatsächlicher Verantwortungsbereich und Schwere des Fehlers ein und anschließend mit dem SPSS-Programm ausgewertet.

In der Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 zu 2011 wird eine Zunahme an Behandlungsfehlervermutungen von 265 Fällen auf 273 Fälle abgebildet.

Auf Grund der ständig steigenden Selbstbeteiligungsquote/Zuzahlungen der Versicherten ist es sicher nicht unzulässig, zu vermuten, dass sich diese nicht mehr ohne weiteres mit einem zahnärztlichen Behandlungsergebnis zufrieden geben. Ein nicht voll und ganz den Vorstellung entsprechendes Behandlungsergebnis kann im Vergleich zu früher viel eher zu einer Behandlungsfehlervermutung führen.

Allerdings könnte auch die Zunahme von abgeschlossenen Rechtsschutzversicherungen in diesen Kontext gestellt werden, denn wenn es zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung käme, würden für den Patienten aufgrund der Rechtsschutzversicherung keine weiteren Kosten auftreten.

### **1. Ist es in den Jahren 2010 und 2011 zu einer Zunahme an Behandlungsfehlervorwürfen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Patienten/Versicherten gekommen?**

Insgesamt wurden 538 Fälle aus den Jahren 2010 (n = 265 Fälle) und 2011 (n = 273 Fälle) bearbeitet. Eine Zunahme von ca. 3% liegt in den beiden Jahren vor.

### **2. Wie viele zahnärztliche Behandlungsfehler konnten tatsächlich durch zahnärztliche Gutachter/Innen des MDK in Bayern bestätigt werden?**

Im Jahr 2010 wurden 52,1% und 2011 wurden 58,3% der vermuteten Behandlungsfehler seitens der Gutachter/Innen des MDK Bayerns bestätigt, so dass hier eine Zunahme von 6,2% zu verzeichnen ist. Die Werte beziehen sich nicht auf alle Behandlungsfehlervermutungen, sondern nur auf die Fälle, die von den Krankenkassen beim MDK Bayern eingegangen sind.

### **3. Kann eine bestimmte Altersgruppe identifiziert werden, aus der vermehrt Behandlungsfehler vorgeworfen wurden?**

Das Durchschnittsalter, in dem Patienten Behandlungsfehler vermuten und anmelden, liegt in 2010 bei 41,46 Jahren, der Median bei 42,00 und im Jahre 2011 bei 40,68 und der Median bei 40,00 Jahren.

### **4. Handelt es sich bei der Einreichung von Anträgen zur gutachtlichen Prüfung vermeintlicher Behandlungsfehler um einen geschlechtsspezifischen Vorgang ?**

Sowohl 2010 als auch 2011 wurden die meisten Behandlungsfehlervermutungen von Frauen eingereicht. So wurden 2010 169 Fälle, dies entspricht 63,8%, und 2011 167 Fälle, dies entspricht 61,2%, eingereicht.

### **5. Gab es in den Perioden 2010 und 2011 unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte/ Häufigkeitsverteilungen bei Behandlungsfehlervorwürfen?**

Es werden 2010 mit 76,2% am häufigsten Fehler in der Behandlung der Zahnkaries, Behandlungen der Pulpa und des periapikalen Gewebes und bei sonstigen Zahnkrankheiten vermutet. Ähnlich zeigt sich die Vermutung im Jahr 2011 mit 74,4%.

### **Handelte es sich bei den vorgeworfenen Fehlern, um tatsächlich bestätigte zahnärztliche Verstöße oder ergaben sich gutachtlich andere Fehlerquellen?**

Bei den vermeintlichen und tatsächlichen Verantwortungsbereichen wurde die größte Fehlerquelle von den Patienten in 2010 mit 23,3% bei nichtoperativen nichtmedikamentösen Therapie- invasiv vermutet. Tatsächlich wurde von den Gutachtern die größte Fehlerquelle in der Aufklärung mit 18,3 % gesehen. An zweiter Stelle mit 14,8% wurden Fehler in der operativen Behandlung/Durchführung vorgeworfen. Die beauftragten Gutachter/Innen sahen in diesem Bereich nur 4,9 % der Fälle als fehlerhaft an.

Ein ähnlicher Sachverhalt ergibt sich in dem Jahr 2011. Mit 15,3% wurden Fehler in der operativen Behandlung- Durchführung vermutet, gutachtlich bestätigt wurden in diesem Bereich 9,5%. Es folgt mit 14,3% die Vermutung, dass Fehler in der Aufklärung begangen wurden. Gutachtlich wurden in diesem Bereich 20,6% der Fälle als fehlerhaft verifiziert. Somit beurteilen die Patienten ihre Behandlungen anders, als sie gutachtlich festgestellt und bestätigt werden können

In der Kategorie „Schwere des Fehlers“ ist von 2010 zu 2011 eine Zunahme an Behandlungsfehlern, welche als grob eingestuft wurden, zu verzeichnen. So wurden in 2010 27,2% und in 2011 38,5% der Fälle in diesem Bereich eingestuft.

## **Literaturverzeichnis**

[1.]

American Society of Plastic Surgeons; Report of the 2010 Plastic Surgery Statistics, Stand Februar 2013

[2.]

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Die Fachgesellschaften Stand 2013 N

[3.]

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: methodische Empfehlungen

[4.]

Ärzttekammer Nordrhein: Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein: § 11

[5.]

Bauch J. et al.: Behandlungsfehler und Haftpflicht in der Viszeralchirurgie, Springer Medizin Verlag Berlin Heidelberg 2010

[6.]

Bayerische Landesärztekammer: Körperschaft des öffentlichen Rechtes: Heilberufes-Kammergesetz-HKaG ; Artikel 18(1)

[7.]

Bayerische Zahnärztekammer, Heindl O.: Aus den Referaten Schlichtungsstelle der BLZK, ZBay 12/99, Stand 2013

[8.]

Blanchflower D., Oswald A.: Is well-being U-shaped over the life cycle, Social Science and Medicine, 66:2008: 1733-1749

[9.]

Brand-Bloier U., ICD 10 auch für Zahnärzte, ZBay Online, Stand 2013

[10.]

Bühl A, SPSS 10: Einführung in die moderne Datenanalyse, Pearson Studium 2011

[11.]

Bundesärztekammer: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern, 2011

[12.]

Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Jahr 2008,

[13.]

Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Jahr 2009

[14.]

Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Jahr 2010

[15.]

Bundesärztekammer: Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen, Stand 2012

[16.]

Bundesgerichtshof: 19.11.1996-VI ZR 350/95

[17.]

Bürgerliches Gesetzbuch §§ 823

[18.]

Bürgerliches Gesetzbuch: §§ 280

[19.]

BZAEK: Umsatzhoffnung der Dentalindustrie auf ungünstigem Boden

[20.]

Der Medizinische Dienst, Gliederung und Organisation, Stand 2013

[21.]

Destatis Statistisches Bundesamt Scheidungen

[22.]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Stand 2013

[23.]

Die Deutschen Versicherer; Jahrbuch 2011 Die Deutsche Versicherungswirtschaft, 2011

[24.]

Diez C: Die medizinische Doktorarbeit, Lehmanns Media 2007

[25.]

Ehlers A., Bitter H.: Die ärztliche Behandlung aus juristischer Sicht, Thieme 2006, 1(3):251-267

[26.]

Fritze J., Mehrhoff F.: Die ärztliche Begutachtung, Steinkopff Verlag 2008

[27.]

Gerst T.: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen: Hohe Akzeptanz des Verfahrens

[28.]

Grande S.: Unerwünschte Ereignisse und Behandlungsfehler: Wenn Ärzte irren, ZM 2010, 1036

[29.]

Grundgesetz Artikel 3

[30.]

Güntheroth H., Geisler A.: Mündliche Prüfung, Grüner und Jahr AG&Co. KG 2011;108:39-42

[31.]

Hansis M. et al: Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, 04:57-59

[32.]

Hartmann G.: Schlichten ist besser als Richten, Bay. Zahnärzteblatt 2005;46: 31-40 54

[33.]

Hatzinger R., Nagel H.: PASW Statistics, Pearson Studium 2009

[34.]

Hefendahl R et al: Vorlesung Strafrecht (WS08/09) Universität Freiburg, Stand 2013

[35.]

Imhof M.: Behandlungsfehler in der Medizin- Was nun? Schulz-Kirchner-Verlag GmbH 2010

[36.]

Juraforum: Kausalität, Stand 2013

[37.]

Kulsenheimer K. und Biermann E.: Leitlinien – medico-legale Aspekte Anästh Intensivmed 2008; 49:105-106 Aktiv Druck & Verlag GmbH

[38.]

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern: Patientenwissen Behandlungsfehler: Als Patient gut informiert, Stand 2012

[39.]

Klingenberger D.. et al: : Dentaltourismus und Auslandszahnersatz, Deutscher Ärzteverlag 2013

[40.]

Klinger S.: MDK Vortrag, 2011

[41.]

König-Ouvrier I.: Grober Behandlungsfehler und Aufklärungsfehler, Hessisches Ärzteblatt, 4/2003, 197ff

[42.]

Landeshauptstadt München Kommunalreferat: Immobilienmarkt München, 03/2010

[43.]

Ludolph E.: Der Kausalitätsbegriff im Strafrecht, Zivilrecht und Sozialrecht, Unfallchirurgie 7(1981), 41-47 (Nr1.)

[44.]

Lutz P.: Einführung in das Strafrecht, Niederle 2006

[45.]

Madea B., Dettmeyer R.: Medizinische Schadensfälle und Patientensicherheit, Deutscher Ärzteverlag 2013

[46.]

MDK: Der Medizinische Dienst als Arbeitgeber, Stand 2013

[47.]

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes, Kurz und bündig, Stand 2013

[48.]

Micheelis W., Süßlin W.: Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland- Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011 IDZ Information 1/2012

[49.]

Ndouma M., Hinze L., Robra B.-P.: Mundgesundheit von Frauen- Ein klinischer und epidemiologischer Problemaufriss, IDZ-Information 5/99 49

[50.]

Oehler K.: Der zahnärztliche Sachverständige, Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln 1999

[51.]

Pliny, Brotier G., Valpy A.: C. Plinii Secundi Naturalis historiae libri XXXVII, London, 1826

[52.]

Sander T.: Arzthaftungsrecht (Grundlagen), Script 2011, Stand 2013

[53]



Schott H.: Medizingeschichte(n): Arztrecht- Kodex Hammurapi, Dtsch Ärzteblatt 2005; 102(30): A-2101/ B-1773/ C-1677

[54.]

Singer I. et al.: Jahresstatistik 2011 zur Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft, MDS 2013

[55.]

Singer I.: Erweiterter Datensatz bei Behandlungsfehlerbegutachtung, MDK Bayern Stand 2013 55

[56.]

Sozialgesetzbuch V: § 295

[57.]

Sozialgesetzbuch V §275 Abs.5,

[58.]

Sozialgesetzbuch V §66

[59.]

Sozialgesetzbuch V, 282

[60.]

Sozialgesetzbuch V: §301

[61.]

Sozialgesetzbuch X: §116

[62.]

Sozialgesetzbuch XI §18

[63.]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demografischer Wandel in Deutschland, Statistisches Bundesamt 2011

[64.]

Weiß C., Bauer A.: Promotion. Die medizinische Doktorarbeit von der Themensuche bis zur Dissertation, Thieme 2008

[65.]

Weiß C.: Basiswissen Medizinische Statistik Springer 2010

[66.]

Ziller S., Oesterreich D.: „Dental Public Health“ in Deutschland eine Bestandsaufnahme, Präz. Gesundheitsf. 2007 2:31-38

## **Abkürzungsverzeichnis**

AWMF= Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften

BGB= Bürgerliches Gesetzbuch

BÄK= Bundesärztekammer

BHF= Behandlungsfehler

BLZK= Bayerische Landes Zahnärztekammer

DIMIDI= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation

Dmft= decayed, missed, filled Tooth

DRG= Diagnosis Related Groups, Diagnosebezogene Fallgruppen)

G-BA= Gemeinsamer Bundesausschuss, oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland

GKV= Gesetzliche Krankenversicherung

ICD= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und der verwandter Gesundheitsprobleme

i.d.R.= in der Regel

InEK= Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Kodip= ist eine Software-Lösung zur effizienten und präzisen Kodierung und Dekodierung von Diagnosen und Prozeduren nach den G-DRGs

LJ= Lebensjahr

M= Mittelwert

MDK= Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

MDS= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V:

MedR= Medizinrecht

MERS= Medical Error Reporting System

Mio.= Million

OPS= Operationen- und Prozedurenschlüssel

QB= Qualitätsbeauftragter

Qlik-View= leitet sich von Quik View ab, Quality, Understanding, Interaction, Knowledge

SD= Standardabweichung

SGB V= Sozialgesetzbuch

SQL= Structured Query Language

SPSS= Statistical Package for the Social Science

WHO= World Health Organisation

## **Danksagung**

Ich möchte mich an dieser Stelle bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. Christoph Benz, für die Überlassung des Themas, die freundliche Unterstützung und die fachliche Betreuung meiner Dissertation bedanken.

Mein ganz besonderer Dank geht an Herrn Reiner Kasperbauer, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bayern, für die Genehmigung meiner Dissertation und die Zurverfügungstellung der statistischen Daten sowie der Statistikerin.

Ich möchte mich herzlich auch bei Herrn Dr. Stephan Klinger, Leiter des Fachteams Zahnmedizin und bei meinem Kollegen, Herrn Dr. Joseph Macdonald und Frau Dr. Singer, bedanken. Sie haben mich ausdauernd und dynamisch während meiner Dissertation in meinem Gedankengut bestärkt, gefördert und kritisiert.

Außerdem möchte ich der Statistikerin, Frau Anne-Sophie Steffens meinen Dank für ihre Hilfe bei den statistischen Fragen und Auswertungen aussprechen.

Mein größter Dank gilt meinen Eltern, meinem Bruder und meiner Schwägerin. Das ganze Studium über haben sie mich als Zuhörer, als Ratgeber oder sogar als Patienten tatkräftig unterstützt und mir das Studium mit allen Annehmlichkeiten erst möglich gemacht. Des Weiteren haben sie immer an mich geglaubt und stets für Abwechslung gesorgt.

Weiter möchte ich mich mit aller Liebe bei meinem Mann Björn Weikert bedanken, denn ohne seine Unterstützung und Kritik wäre ich nie fertig geworden. Weiterhin möchte ich mich bei meinen Freunden, Lars Gernhoff, Andreas Werk und Timo Banderob bedanken, da sie mir immer Beiseite standen und mich bei sämtlichen „Word“-Fragen apodiktisch beraten haben.

---

## **Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgaben (Auflage und Jahr des Erscheinens) des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift