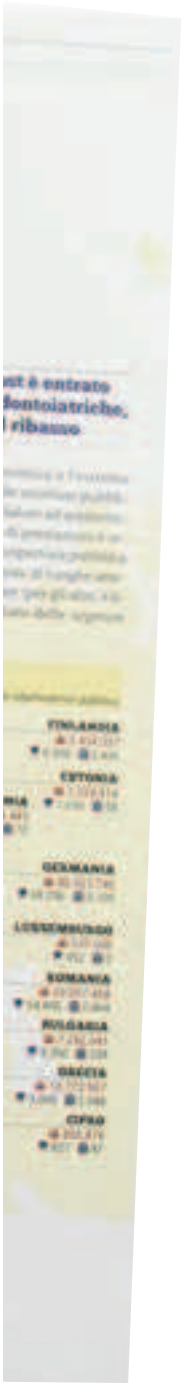
# Die Negativ-Schlagzeilen häufen sich

***Frankreich: Nicht-Zahnärzte, die implantieren. Spanien: Praxen, die zum Schutz der Patienten zwangsweise von der Polizei geschlossen werden. Großbritannien: Vier Millionen Patienten, die auf einen Schlag von der Insolvenz einer einzigen Dentalkette bedroht sind. Der Blick nach Europa zeigt, was passiert, wenn Dentalketten die Versorgung bestimmen. Insider und Betroffene berichten.***



Aus ganz Europa liegen besorgniserregende Berichte über Fremdkapital-gesteuerte Dentalketten vor, die von unethischen Praktiken und unzulässigem Druck auf Zahnärzte zeugen. Dies hat großes Leid bei den Patienten verursacht, die falsch behandelt und mutwillig getäuscht wurden, und in einigen Ländern bereits zu Gerichtsverfahren geführt. Auch in Deutschland sind die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags und die freie Zahnarztwahl bedroht durch den ungehinderten Zustrom versorgungsfremder Investoren.

Schauen wir auf unsere Nachbarn: In Dänemark beträgt der Marktanteil der Dentalketten bereits 7 Prozent, in den Niederlanden 10 Prozent. Ganz vorne: Großbritannien (24 Prozent), Spanien (25 Prozent) und Finnland (35 Prozent).

In **Spanien** beschäftigte die einem Großinvestor gehörende Dentalkette iDental über 2.500 Mitarbeiter. Die mittlerweile zwangsweise geschlossene Kette setzte auf massive Werbekampagnen in den Medien, um Patienten in die Irre zu führen. So bot iDental bedürftigen Patienten 60 bis 100 Prozent Preisnachlass auf die Behandlungskosten. Allerdings wurden diese Preisnachlässe für Leistungen gewährt, die zu stark überhöhten Preisen angeboten worden waren. Zudem wurde Zeitdruck aufgebaut, um die Patienten zu einer Behandlung zu „überreden". Mehr als 350.000 Geschädigte blieben zurück.

Je mehr Marktmacht Dentalketten gewinnen, desto mehr hängt die Versorgungssicherheit von einzelnen Anbietern ab. In **Großbritannien** erwarb die Carlyle Group in den vergangenen sieben Jahren mit kreditfinanzierten Aufkäufen 237 Zahnarztpraxen. Heute ist die Kette Mydentist in Europa Marktführer: mit über 660 Standorten – und gravierenden finanziellen Problemen. Wie die „Times" schreibt, spekulieren Banker bereits über einen Zusammenbruch der Zahnarztkette. Sollte Mydentist tatsächlich bankrott gehen, wären landesweit auf einen Schlag vier Millionen Patienten betroffen.

Aus **Frankreich** kommen weitere Negativ-Schlagzeilen. So setzten einige Ketten auf aggressive Marketingkampagnen, um den Patienten Versorgungen zu überhöhten Preisen anzudrehen.

Boni für Vertragsabschlüsse, Verkäufer, die Implantate setzten, eklatante Hygienemängel: In Frankreich zieht der Skandal um die bankrotte Dentalkette Dentexia Kreise. Patienten wurden dazu gedrängt, sich für Implantate zu verschulden – und erhielten dafür keine oder eine schlechte Versorgung. Der Gründer sitzt mittlerweile im Gefängnis. Aber was ist mit den 3.000 Betroffenen?

Auch beim Blick über den Teich hätte man seit Längerem gewarnt sein können: In den USA erregte die Dentalkette Small Smiles Dental Centres Aufsehen. Eine Untersuchung des US-Senats 2011 bewies, dass die Dentalkette unnötige Behandlungen durchgeführt hatte, die erheblich unter den anerkannten Qualitätsstandards lagen. Den Patienten, meist Kinder, wurden schwerwiegende Schäden zugefügt, da der Profit über die Patientenversorgung gestellt wurde.

Doch nicht nur die Patienten sind geschädigt. Beim Dachverband der Europäischen Zahnärzte (CED) gingen Beschwerden von in Dentalketten angestellten Zahnärzten ein, die täglich mehr als zwölf Stunden arbeiten mussten, teils ohne Bezahlung. Gesetzliche Regelungen zu Pausen und arbeitsfreien Zeiten wurden nicht eingehalten. Auch klinische Ziele, wie Quoten für eingesetzte Implantate, wurden den Zahnärzten auferlegt.

Studien gibt es bisher wenige. Eine Untersuchung kommt aus Großbritannien: Hier hat die British Dental Association (BDA) die Arbeitszufriedenheit von Zahnärzten aus der Praxis mit der von Zahnärzten aus Dentalketten verglichen. Ergebnis: Zahnärzte aus der Praxis verfügen über deutlich mehr Autonomie und Entscheidungsfreiheit als Zahnärzte aus Dentalketten. Auch fühlten sich die in Ketten tätigen Zahnärzte weniger sicher und zufrieden. nb

## Lesen Sie in diesem Heft


- *Großbritannien: Endstation Versorgungszentrum* — *Seite 20–25*
- *Frankreich: Das Unternehmen Dentexia* — *Seite 26–28*
- *Schweiz: Konstant ist nur der Eigentümerwechsel* — *Seite 30–31*
- *CED-Statement: Wie Dentalketten die Versorgung zerschlagen* — *Seite 32–35*


NÄCHSTES HEFT

**Das sagen die Dentalketten-Betreiber**

In der zm 3/2018 kommen die Dentalketten-Betreiber selbst zu Wort und erklären, wie sie eine nachhaltige Versorgung garantieren wollen.

Foto: privat

*So sieht Praxiswerbung in Großbritannien aus, wenn direkt gegenüber eine Dentalkette operiert.*

*Großbritannien*

# Endstation Dentalkette: Rendite ist King

***Sven Thiele***

***„Ich dachte, ich traue meinen Augen nicht, als ich auf Spiegel Online die Schlagzeile las: ‚Großinvestoren kaufen Zahnarztpraxen – Das dicke Geld machen mit Zähnen'. Der Ausverkauf der Zahnheilkunde hat also jetzt auch in Deutschland begonnen." Sven Thiele praktiziert seit zehn Jahren als deutscher Zahnarzt in London. Dort ist Rendite mittlerweile King.***

Die in Deutschland seit einiger Zeit in verschiedenen Medien diskutierte Übernahme von Zahnarztpraxen durch Praxisketten und ihre Ausbreitung sind kein Naturereignis. Vielmehr sind sie das Resultat eines Gesetzes, von dem Politiker einst behaupteten, es sei dazu da, um Versorgungsproblemen auf dem Land entgegenzuwirken. Gut gemeint ist bekanntlich nicht gut gemacht, und der Versuch, Gutes zu tun, endete mehr als einmal in der Katastrophe.

Wer an dieser Stelle bereits denkt, dass eine solche Argumentation ein bisschen übertrieben sei, der gibt sich als jemand zu erkennen, der nicht ansatzweise eine Ahnung davon hat, wie zahnärztliche Praxisketten in Deutschland die Ausübung der Zahnmedizin, die Versorgungsqualität von Patienten, die Therapiefreiheit der Behandler und die Arbeitsbedingungen für Helferinnen verändern werden. Denn um das zu verstehen, muss man nicht nur über die Grenzen Deutschlands schauen, sondern in gleichem Maße die Fähigkeit besitzen, wirtschafts- und gesellschaftspolitische Veränderungen im Lande selbst seit den 1990er-Jahren wahrzunehmen.

Seit „Die-Rente-ist-sicher"-Blüm wollte jeder Gesundheitsminister seine Marke setzen. Spätestens mit Seehofer war so ziemlich auch dem letzten Kassenzahnarzt klar, wohin die Reise gehen muss, sollte die eigene Praxis wirtschaftlich gesund in die Zukunft geführt werden. In zunehmenden Maße wurden Privatleistungen angeboten, einige mehr, andere weniger sinnvoll. Patienten wurden für ihre Zahngesundheit sensibilisiert, die Medien unterstützten diese Veränderungen. Mit Fortschritten in der Implantologie öffneten sich nicht nur neue und interessante Behandlungsoptionen, sondern ebenso zusätzliche Möglichkeiten aufseiten der Praxiseinnahmen.

Vom Ausland aus betrachtet hat sich die Zahnmedizin in Deutschland im europäischen und im Weltmaßstab auf eine Spitzenposition vorgearbeitet: Das Gesundheitssystem ist verglichen mit anderen Ländern finanziell gut ausgestattet, es gibt hervorragend ausgebildete, an Weiterbildung interessierte Kolleginnen und Kollegen mit einer Praxisausstattung auf sehr hohem Niveau und motivierten, sich fortbildenden Helferinnen. Patienten sind gern bereit, für Leistungen dazuzuzahlen. Hervorragend – als Investor – sich jetzt die gesetzlichen Möglichkeiten im System zunutze zu machen.

## Einzelpraxis in der Pampa? Harakiri für Zahnärzte

Ganz anders sieht es zur gleichen Zeit im Vereinigten Königreich aus. Ein unterversorgtes und unterfinanziertes System der Zahnheilkunde innerhalb des National Health Service (NHS). Neben Geldern, die in unendlichen Tiefen eines bürokratischen Kraken versenkt werden, sorgte 2006 eine Reform der zahnärztlichen Gebührenordnung für eine weitere Verschlechterung der Lage. Eröffnete irgendwo auf dem flachen Land eine Zahnarztpraxis, bildeten sich nicht selten Patientenschlangen bis zum Horizont. Der NHS war bestrebt, die Zahl der Zahnarztpraxen zu erhöhen, allerdings glich es einem wirtschaftlichen Harakiri, als Zahnarzt in einer unterversorgten Region eine Einzelpraxis aufzumachen. Das lag am neu geschaffenen Gebührensystem für Zahnärzte. Nicht mehr individuelle Abrechnungspositionen wurden von nun an vergütet, sondern vier Behandlungsgruppen eingeführt. Kurz gefasst: Egal ob eine Füllung erbracht wird oder drei Füllungen und eine Wurzel-

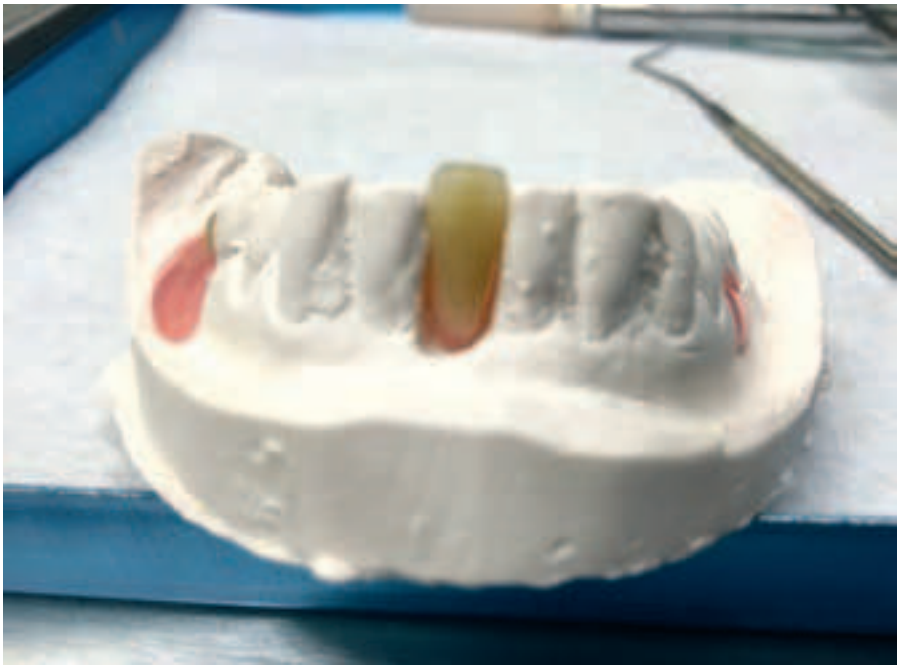


Foto: privat

*Ein alltägliches Bild im Vereinigten Königreich: Präzisionszahntechnik!*

kanalbehandlung sowie obendrauf noch zwei Extraktionen – es wird derselbe Betrag gezahlt. Ebenso im prothetischen Bereich: Es spielt keine Rolle, ob der Patient eine Unterkieferteilprothese bekommt oder eine Oberkiefertotalprothese und zwei Kronen im Unterkiefer mit einer Teilprothese – auch hier gibt es jeweils dasselbe Geld. Laborkosten, wie hoch auch immer sie sein mögen, sind ebenfalls abgegolten. Jeder dieser vier Behandlungsgruppen entspricht ein „Punktwert", sogenannte Units of Dental Activity (UDA). Vom NHS bekommt eine jede Zahnarztpraxis ein bestimmtes Kontingent an UDAs pro Jahr. Erbringt man mehr Leistungen, dann werden diese nicht bezahlt, liegen die erbrachten Leistungen darunter, müssen die Praxisinhaber nicht nur Geld zurückzahlen, sondern gleichzeitig auch eine Strafzahlung.

## Wer clever ist, kauft NHS-Praxisketten

Eröffnete ein Zahnarzt seine Praxis in einem bisher unterversorgten Gebiet, dann musste der Bohrer glühen wie der Hochofen bei Krupp in Essen, um die Illusion einer wirtschaftlichen Praxisführung zu erzeugen. Allerdings, entgegen den Aussagen deutscher Politiker, ist nichts wirklich alternativlos. Wer clever ist, weiß, wie es geht. Man gründet eine Limited, nimmt Geld aus der reich gefüllten Portokasse, nachdem man zuvor „Short" in Derivate gegangen ist und kauft bestehende Praxen mit NHS-Verträgen. In diese Praxen setzt man ein paar zusätzliche Behandlungsstühle und junge Zahnärzte aus europäischen Ländern, denn ausreichend englische Zahnmediziner stehen nicht zur Verfügung. Verträge innerhalb der EU machen es möglich, problemlos das griechische, portugiesische, spanische oder rumänische Examen in Großbritannien anerkennen zu lassen, sich beim General Dental Council (GDC) als Zahnarzt zu registrieren und eine Zulassung beim NHS zu beantragen. Das ist besonders attraktiv, da es in diesen und anderen europäischen Ländern nicht wirklich eine Zukunft für junge Zahnmediziner gibt. Diesen jungen Zahnärzten, froh darüber, endlich einen bezahlten Job zu haben und gegebenenfalls auch noch die Familie im Heimatland unterstützen zu können, gibt man einen Vertrag als Associate, was man als Partner, aber auch als Mitarbeiter übersetzen kann. In Deutschland wurden derartige Verträge einmal mit dem Label „Scheinselbständigkeit" versehen. Bevor es mit dem Bohren englischer unterversorgter Gebisse losgehen konnte, gibt es für die jungen Zahnmediziner eine mehrtägige Einführungsveranstaltung durch die jeweilige Praxiskette. Darin werden neben Grundlagen der NHS-Abrechnung und rechtlichen Bestimmungen auch wichtige Themen wie Gewalt in der Familie und das Erkennen von verdeckter Sklaverei, aber auch das wasserdicht-unangreifbar-gerichtsfeste Abfassen von Behandlungsnotizen behandelt. Zudem geht mehrmals täglich eine Liste im Saal herum, auf der die Teilnehmer unterschreiben, dass sie über das jeweilige Thema ausreichend, umfassend und verständlich aufgeklärt wurden. Schließlich muss man sich als Praxiskette ja auch absichern und rechtssicher beweisen können, alles als Unternehmen getan zu haben, wenn der selbstständige Mitarbeiter aus dem Ruder läuft.

## Therapiefreiheit? Ja klar – auf dem Papier!

Ich hatte das Glück, einen Tag an solch einer Veranstaltung teilnehmen zu können und mich mit jungen Kollegen zu unterhalten. Diese hatten in Spanien an der Informationsveranstaltung einer englischen Zahnarztkette teilgenommen, direkt im Anschluss daran einen Vertrag unterschrieben, ihre Koffer gepackt und sich ein paar Tage später auf die Reise ins Königreich gemacht, ohne zu wissen, in welcher Stadt genau sie von der Zahnarztkette eingesetzt werden sollten. Irgendwann später, nachdem sie sich in einer Praxis innerhalb eines bisher unterversorgten Gebiets wiederfanden, haben sie langsam begriffen, wie heiß sie den Bohrer glühen lassen müssen, um ein halbwegs vernünftiges Gehalt zu bekommen. Gern werben die Ketten auch mit internen Akademien und Fortbildungen. Aber manchmal ist es wie mit den tollen Angeboten auf einer Kaffeefahrt. Nicht alles an Lama-Gold war auch Gold. Die hausinternen Fortbildungen sind meist Veranstaltungen, in denen es den Unternehmen darum geht, sich nach außen abzusichern und Verantwortlichkeiten auf zahnärztliche Mitarbeiter zu übertragen. Wer an dieser Stelle noch altem Gedankengut

nachhängt und denkt, dass es ja letztlich auch die Zahnärztin oder der Zahnarzt ist, der Verantwortung trägt, der ist noch nicht in der neuen schönen Welt der zahnärztlichen Praxisketten angekommen. Hier werden die Ansagen durch Praxis- oder Area-Manager gemacht, die von zahnmedizinischen Belangen oftmals so viel Ahnung haben, wie Oma Pachulke von der Quantentheorie. Es geht um Zahlen, Zahlen, Zahlen. Also um die Anzahl der erbrachten UDA und Privatleistungen. Kronenrand? Welcher Kronenrand? Prothese im Artikulator? Warum das denn, Okklusion kann man doch frei Hand gestalten!

„Ich habe gerade die neuen Zahlen vom Headquarter bekommen und wir sind mit unseren UDA im Rückstand. Könntet ihr nicht mal darüber nachdenken, ob die braune Verfärbung nicht doch schon eine Karies ist und mit einer Füllung versorgt werden muss! Außerdem bringt ein Inlay die vierfache Anzahl an UDAs gegenüber einer Amalgamfüllung."

Foto: privat

*Keine Seltenheit: Das Büro im Behandlungszimmer*

## Reparatur? Erst wenn das Handstück steht!

Natürlich muss man auch darauf achten, dass die Kosten für Verbrauchsmaterialien nicht aus dem Ruder laufen. Zehn Spiegel, Sonden, Pinzetten pro Zimmer müssen reichen. Da geht die Helferin zwischendurch öfter mal sterilisieren. Nö, das Handstück müssen wir noch nicht zur Reparatur schicken, bringt zwar nur noch die halbe Leistung, dreht doch aber noch. Es spielt kaum eine Rolle, ob es sich um Praxisketten mit zwei oder drei Zahnarztpraxen handelt oder um die großen Player, deren größter immerhin mehr als 650 Praxen betreibt, Rendite ist King – und was interessieren vernünftige Arbeitsbedingungen oder eine zeitgemäße Zahnmedizin? Die Ausstattung wird erst erneuert, wenn auch endlos viele Packungen von Papierhandtüchern das aus irgendeinem Leck an der Behandlungseinheit austretende Wasser nicht mehr aufhalten können.

Angesichts der Arbeitsbedingungen und größtenteils schlechten Bezahlung, der nicht vorhandenen Wertschätzung ihrer Arbeit, ist die Fluktuation an Helferinnen hoch. Für viele Zahnärzte besteht das Problem inzwischen darin, aus diesen fließbandähnlichen Strukturen wieder ausscheiden zu können. Denn inzwischen ist der Markt an NHS-Zahnärzten in Großbritannien gesättigt.

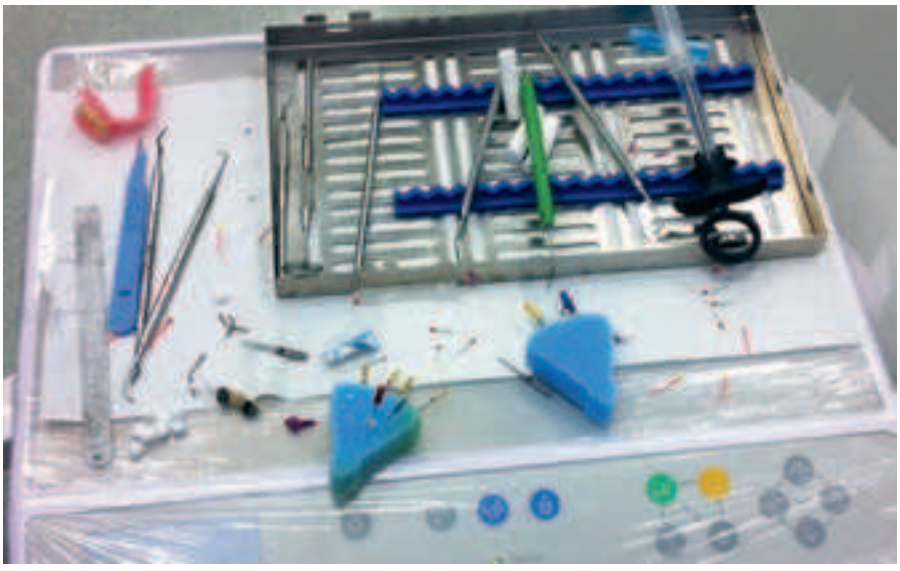


Foto: privat

*Wozu ein keimarmes Umfeld bei der Wurzelkanalbehandlung schaffen? An der Uni interessiert dies wenig.*

## Dental Therapists: Füllungen legen ohne Studium

Universitäten fahren die Zahl der Studenten bereits schrittweise zurück, ebenso bekommen nicht mehr alle Absolventen der Zahnmedizin eine Stelle als Ausbildungsassistent. Ausbildungen zur Dental Hygienist finden in London nicht mehr statt, stattdessen werden jetzt Dental Therapists ausgebildet, die zusätzlich zur Zahnreinigung auch Füllungen legen dürfen. Ein Schelm, wer Böses denkt, etwa nach dem Motto: Vielleicht kosten sie

ja weniger als Zahnärzte, wenn sie in den Praxen arbeiten. Eine eigene Praxis zu eröffnen ist für Zahnärzte ebenfalls schwierig geworden, denn es gibt kaum noch neue Verträge mit dem NHS, das heißt, man muss zu überhöhten Preisen eine bestehende Praxis kaufen und steht dazu noch in Konkurrenz mit weiterhin expandierenden Praxisketten, selbst bei weniger attraktiven Standorten.

Gleichzeitig macht es das System immer schwieriger, eine eigene, unabhängige Praxis zu betreiben. Da sind zum einen Inspektionen durch die Quality Care Commission (CQC), zum anderen Forderungen des NHS nach einer volldigitalisierten Praxis bis 2020, genauso wie die neuen, europaweit geltenden Bestimmungen zum Datenschutz. Für Einzelpraxen entstehen dadurch organisatorische und finanzielle Herausforderungen, die von größeren Organisationsformen wesentlich einfacher abzufangen und zu tragen sind. Hinzu kommt, dass verschiedene Praxisketten eigene Dentallabore betreiben, was zu einer weiteren Konzentration des Umsatzes in wenigen Händen beiträgt.

Der Platz reicht nicht aus, um hier weiter in die Tiefe zu gehen und langfristige Entwicklungen darzustellen, jedoch dürften diese wenigen Beispiele ausreichend sein, um zu zeigen, dass es bei Praxisketten nicht um die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten geht. Der Politik ist an solch einer Entwicklung durchaus gelegen, befriedigt sie doch einerseits die Interessen von Private-Equity-Firmen und macht es gleichzeitig aber auch den eigenen Behörden leichter, mit den Anbietern von zahnärztlichen Leistungen zu verhandeln.

In Großbritannien sind etwa 15 Prozent der zahnärztlichen Praxen in Ketten organisiert, wobei diese offizielle Zahl nicht die Praxisketten erfasst, deren Eigentümer im Hintergrund bleiben und auf einen einheitlichen „Brand-Name" ihrer einzelnen Praxen verzichten.

Der derzeitige Einstieg von Investoren in die zahnärztliche Landschaft in Deutschland wird auch diese in zehn Jahren vollständig verändert haben. Mit welchem Druck dabei vorgegangen wird, wird in einem Artikel auf Spiegel Online deutlich, der über den Markteinstieg der Colosseum-Gruppe berichtet [www.spiegel.de]. Dieser (Marketing-)Artikel war länger als manch anderer Beitrag auf der Homepage zu finden, verschwand für kurze Zeit, um dann erneut aufzutauchen. Dieser Gruppe, einem Ableger der Jacobs-Stiftung („Jacobs Krönung"), gehören in Großbritannien etwa 120 Praxen.

Foto: privat

*Stuhl kaputt? Geweband aus dem Baumarkt spart den Techniker!*

Hat die deutsche Politik ein signifikantes Interesse an diesen tiefgreifenden Veränderungen? Man könnte auch fragen: Ist der Papst katholisch? Wäre es nicht im Sinne der politischen Agenda, würde die Politik handeln, so wie sie es beispielsweise beim Fahrdienst „Uber" getan hat. Und eine derzeitige Reformierung der Zulassung zum Medizin- und Zahnmedizinstudium wird nicht jeder in Verbindung mit der Konzentration von Zahnarztpraxen bringen, unterstützt diese fatale Entwicklung jedoch langfristig. Dazu kommen dramatische Fortschritte im digitalen Bereich, die in den Zahnarztpraxen und Laboren fundamentale und bisher kaum vorstellbare Veränderungen in den nächsten fünf bis zehn Jahren nach sich ziehen werden. Investitionen in diese auf den Markt drängenden digitalen Techniken werden genauso wie die zunehmenden bürokratischen Hürden von Einzel- oder kleinen Gemeinschaftspraxen nicht mehr zu bewältigen sein. Und wer glaubt, dass Banken ein Interesse daran haben, Zahnarztpraxen in der Nähe von bestehenden Versorgungszentren zu finanzieren, der denkt auch, dass die Erde eine Scheibe ist.

Allerdings, das liegt in der Natur der Sache, ergibt sich durch diesen Konzentrationsprozess auch eine brillante Chance für Zahnärzte, die keine Lust auf das Hamsterrad haben und ihren Beruf als Herausforderung zur bestmöglichen Versorgung ihrer Patienten ausüben. Denn Versorgungszentren wird es mittel- und langfristig unmöglich sein, eine patientenzentrierte und hochqualifizierte, qualitativ erstklassige Zahnheilkunde zu bieten. Wer jedoch seine exzellenten zahnärztlichen Fähigkeiten ausbaut, eine absolut patientenzentrierte Praxiskultur schafft, ja, das ist in der Tat Arbeit, der hat alle Möglichkeiten in der Hand, jenseits von Versorgungszentren eine Patientenklientel zu behandeln, der diese gesundheitspolitischen Entwicklungen ebenso wenig gefällt und die Wert auf persönliche Betreuung und hochwertige Zahnmedizin legt.

Viele, die heute hauptsächlich über eine Work-Life-Balance schwadronieren, werden in wenigen Jahren im Hamsterrad aufwachen und sich darüber wundern, wie wenig ihre noch vorhandenen ethischen Gedanken mit dem zu tun haben, was sie aufgefordert werden, umzusetzen, um für die Rendite zu sorgen, die man als Investor von seinem zahnärztlichen Versorgungszentrum erwartet.

***Literaturhinweis:***

*http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/deutschland-grossinvestoren-kaufen-zahnarztpraxen-a-1209882.html*

Foto: privat

*Sven Thiele ist Zahnarzt, Autor und Dozent am Londoner King's College. Regelmäßig schreibt er über die Zahnheilkunde im Vereinigten Königreich, u.a. in dem Blog www.foreigndentist.wordpress.com (deutsch).*

Fotos: francetvinfo.fr, Auszug aus: „Dentexia : le scandale des sans-dents", 27 April 2017

*Frankreich*

# Das Unternehmen Dentexia

***Boni für Vertragsabschlüsse, Verkäufer, die Implantate setzen, eklatante Hygienemängel: In Frankreich zieht der Skandal um die bankrotte Dentalkette Dentexia Kreise. Hier wurden Patienten dazu animiert, sich für Implantate zu verschulden – und erhielten dafür keine oder eine minderwertige Versorgung. Der Gründer sitzt mittlerweile im Gefängnis. Aber was ist mit den 3.000 Betroffenen?***

Am 4. März 2016 wurde Dentexia für bankrott erklärt, am 3. Mai 2016 landete der erste Fall vor dem Obersten Gericht von Chalon-sur-Saone in Saone-et-Loire: Massive Beschwerden über schlechte, falsche und abgebrochene Behandlungen hatten die Ermittlungen ausgelöst.

Zwei Jahre später, am 20. September 2018, werden der Gründer Pascal Steichen, seine Ehefrau sowie der Schatzmeister in Untersuchungshaft genommen. Die Richter verdächtigen das Trio gravierender Straftaten, darunter „betrügerische Geschäftspraktiken", „schwere Täuschung", „organisierte Geldwäsche", „Vertrauensbruch", „Missbrauch von Unternehmenseigentum", „Steuerhinterziehung" und „organisierter Bandenbetrug". Insgesamt 22 Millionen Euro Schulden hat Steichen hinterlassen, vier von fünf Millionen bereits bezahlten Behandlungen wurden niemals durchgeführt, etwa 60 Gehälter sind noch offen.

## 480 Euro für ein Implantat, 390 für eine Krone

Alles beginnt mit der „Loi Bachelot", einem 2009 in Frankreich verabschiedeten Gesetz, das es gemeinnützigen Vereinigungen, sogenannten Associationen, im Gesundheitssektor erlaubt, sich an rein profitorientierte Firmen anzudocken. Dieses Schlupfloch nutzt der ehemalige Berater Steichen, als er 2011 nach ersten Erfahrungen im Dentalmarkt die Association Dentexia gründet. Sein vorgebliches Ziel: „Die Zahngesundheit für alle zugänglich zu machen – mit Angeboten, die zwei- bis dreimal niedriger als der Marktpreis sind!" 480 Euro soll ein Implantat kosten, 390 Euro eine Keramikkrone.

> ***Ein Implantologe ging in steriler OP-Kleidung auf die Toilette. Ein anderer fand die Röntgenaufnahmen eines Patienten nicht und fragte: „Wie viele Implantate wurden ihm verkauft?" „Elf." „Gut, ich inseriere elf." (Ohne überhaupt zu wissen, wo.)***
>
> *Dr. Jean-Claude Pagès in seinem Tagebuch „Steichen m'a tuer"*

Das entspricht der Hälfte der in Frankreich üblichen Sätze. Dumpingpreise. Das Angebot richtet sich explizit an Bedürftige – einkommensschwache Bürger, die über die Couverture de maladie universelle (CMU) krankenversichert sind. Eingestellt werden vor allem unerfahrene Assistenzzahnärzte – und Verkaufsassistenten. Etwa 200.000 bis 300.000 Euro Umsatz erwirtschaftet eine freie Zahnarztpraxis durchschnittlich pro Jahr. Steichens Vorgabe lautet: 90.000 Euro pro Dépendance – und pro Monat.

Dr. Jean-Claude Pagès ist nicht der Einzige, der an die Sache glaubt. Der Implantologe baut die Zentren unter Steichens Aufsicht auf und sieht sich als „Papst der Luxuszahnmedizin, der sein Talent in den Dienst der Ausgeschlossenen stellt". Für diese Fehleinschätzung muss er später büßen: Er wird am Ende aus der Kammer ausgeschlossen, ist finanziell ruiniert, alkoholabhängig. Bis heute leidet er an Depressionen. In seinem offenen Tagebuch „Steichen m'a tuer" („Steichen hat mich umgebracht") erzählt er, wie er Stück für Stück hinter Steichens Fassade blickte, aber keinen Weg sah, einen Schlussstrich zu ziehen.

Auch dank Pagès erfährt die Öffentlichkeit, wie Steichen vorging, um sich zu bereichern: Mit aggressiven Spots bewirbt er sein Billigangebot. Bereits beim ersten Termin erfasst der Empfang, welche Patienten für eine Implantatbehandlung infrage kommen. Wer eine andere – minimalinvasivere oder günstigere – Versorgung benötigt, ist unerwünscht, wird weggeschickt. Für die

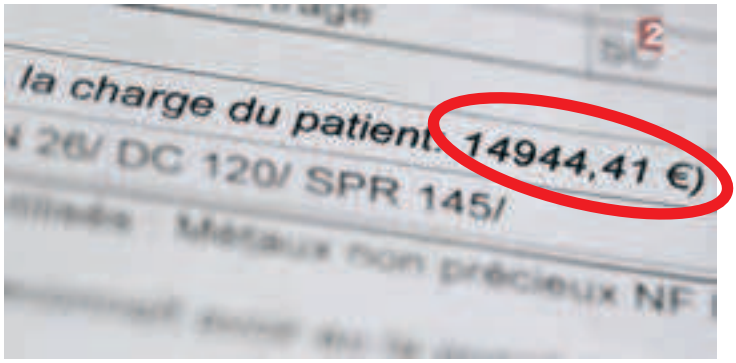
*Abdel Aouacheria*

## „Der Absturz konnte nicht vermieden werden!“

Aus meiner Sicht handelt es sich bei Dentexia um die Kommerzialisierung der Zahnmedizin. Nur das frische Geld, das von neuen Patienten vor Behandlungsbeginn eingebracht wird [...], kann die Versorgung früherer Patienten finanzieren. Grundsätzlich ist die Dentexia-Affäre für mich die gescheiterte Geschichte einer Analogie zu den „Billigfliegern“ der Zivilluftfahrt. Der Kunde, der sein Ticket bei einem Billigunternehmen kauft, [...] wird sich mit Handgepäck und einem Glas Wasser statt mit einem großen Koffer und einem Erfrischungsgetränk zufriedengeben, aber er weiß, dass das Flugzeug normalerweise nicht abstürzt. Bei Dentexia aber war dieses Risiko einkalkuliert. Mehr noch: Der Absturz konnte nicht vermieden werden. ■

*Abdel Aouacheria, Sprecher des Collectif contre Dentexia, im Dezember 2018, gekürztes Statement*

Erläuterung des Behandlungsplans sowie für die Unterzeichnung der Einverständniserklärung und der Finanzvereinbarung steht ein Zeitfenster von insgesamt 45 Minuten zur Verfügung. Bezahlt werden muss im Voraus. Eine mit Dentexia verbandelte Finanzfirma (Franfinance) vergibt die Kredite. Leitfäden




geben den Ablauf strikt vor: Implantat verkaufen, Rechnung stellen, Bargeld einziehen beziehungsweise Kredit vergeben und – falls Material, Zeit und Geld vorhanden – die Behandlung ausführen.

### Verkäufer setzten Implantate

Es dauert nicht lange, bis das System kollabiert: Die Preise sind viel zu niedrig kalkuliert, so dass Rechnungen nicht bezahlt werden. Lieferanten behalten daraufhin die Ware ein. Die Folge: Es fehlt überall an Material. Behandlungen können kaum noch durchgeführt werden. Trotzdem werden immer mehr Patienten akquiriert, immer mehr Verträge abgeschlossen. Verkäufer erhalten, vermutet Pagès, einen Bonus. Viele Zahnärzte kündigen in dieser Situation. Zurück bleiben: die Unfähigen, die Verzweifelten und die Skrupellosen. Immer mehr Fachfremde werden eingesetzt: zur Rekrutierung, für die Verträge, aber auch zur Überprüfung der Hygienevorschriften – und für die Behandlung. Da die französischen Zahntechniker nicht bezahlt wurden, wird ein Labor in Vietnam beauftragt: mit miserablen Leistungen. 24 der 25 Implantologen beschweren sich, dass die Abutments nicht halten. Pagès wird Zeuge, wie ein Angestellter, der zuständig für die Kundenakquise war– kein Zahnarzt! –, auf Steichens Anweisung in Lyon Implantate setzt. Der Verkäufer hatte offenbar einem Implantologen beim Implantieren kurz über die Schulter geschaut, dann zog er sich den Chirurgenkittel an und implantierte selber.

Fünf Minuten sind für einen Sinuslift vorgesehen, 45 für die Herstellung einer Prothese. Berufsvorschriften und Leitlinien werden ignoriert: Selbst bei Kontraindikationen – Rauchen – wird implantiert.

> ***Einige Prothetiker schickten mir Fotos von unbrauchbaren Präparationen und Abdrücken aus dem Labor mit der Frage: „Was mache ich damit?“ Die Antwort lautete immer: „Nichts, du nimmst den Abdruck.“***
>
> *Dr. Jean-Claude Pagès in seinem Tagebuch „Steichen m'a tuer“*

Die geltenden Hygieneverordnungen werden unterlaufen: Geräte werden nicht ordnungsgemäß gereinigt, Sterilisatoren unsachgemäß weil von Laien betrieben, und für Ultraschallwannen gibt es kein Budget. Immer Praxen beschweren sich über schmutzige Instrumente. „Die geleistete Arbeit entspricht absolut nicht den Mindeststandards“, resümiert Pagès.

Im Frühjahr 2016 fliegt Steichen schließlich endgültig auf. Die Bilanz: Neun von zehn Patienten, fast 3.000, die bei Dentexia behandelt worden waren, blieben mit unvollendeten Therapien oder den Folgen von Behandlungsfehlern zurück. Zum Teil wurde die Versorgung über Nacht abgebrochen. Auf den extra aufgenommenen Krediten bleiben sie sitzen. „Sie sind in der Falle, weil

*Christine Teihol*

## „Zu Hause bin ich den ganzen Tag zahnlos“

„Zu Hause bin ich den ganzen Tag zahnlos“, erzählt die 60-jährige Christine Teihol. Die Französin zahlte Dentexia 12.000 Euro für Implantate und Kronen, um ihre durch Zahnfleischerkrankungen verlorenen Zähne zu ersetzen. Nachdem das Zentrum in diesem Frühjahr pleite ging, bleibt sie zurück – nur mit den Schrauben, die aus ihrem Zahnfleisch ragen – schwarze Stümpfe für die weißen Keramikkronen, die sie nie bekam. „Glauben Sie mir: Auch nach vielen Jahren Ehe ist das sehr hart für ihr Privatleben.“ ■

*aus: Politico vom 26. Juli 2016*

sie ihre Therapie im Voraus, aus eigenen Mitteln oder durch Darlehen bezahlt haben", heißt es auf der Website des „Collectif contre Dentexia", das die Opfer vertritt.

> **Der beste Zahn ist das Implantat!**
> *Ex-Dentexia-Präsident Pascal Steichen*

Insgesamt 1.553 Patientenbeschwerden haben Pariser Richter in einem bundesweiten Dossier erfasst. Sie untersuchen sowohl die Gründe für dem Zusammenbruch des Konglomerats als auch die Fachmängel bei den Behandlungen. Im Fokus stehen die Dentexia-Zentren in Paris, Colombes, Lyon, Vaulx-en-Velin und Châlon-sur-Saône. Die damalige Gesundheitsministerin Marisol Touraine kündigte auf Druck die Freigabe „finanzieller Mittel" für die Opfer an und bat die regionalen Gesundheitsbehörden (ARS) und das Bundessozialamt (IGAS) um Unterstützung bei der Betreuung der Patienten.

## Vier angeklagte Zahnärzte – die Sündenböcke?

Anfang Oktober vergangenen Jahres wurden außerdem vier ehemalige Zahnärzte von Dentexia, die in Zentren in Chalon-sur-Saône arbeiteten, mit einem vorübergehenden Berufsverbot belegt. Die Disziplinarstelle der regionalen Zahnärztekammer in Dijon untersagte ihnen unter Strafe die Berufsausübung für einen Zeitraum von sechs Monaten. Für ihren Anwalt Philippe Rudyard Bessis sind seine Mandanten die Bauernopfer: „Insgesamt arbeiteten 23 Zahnärzte in der Kette, und diese vier müssen jetzt als Sündenböcke herhalten!"
Der Berufsverband zahnärztlicher Implantologen von Saône-et-Loire sieht das anders. Er bezichtigt die angeklagten Zahnärzte, die Gesundheit der Patienen aufs Spiel gesetzt und das ärztliche Ethos verletzt zu haben. Es gebe Fälle von Verstümmelung, Überbehandlung und mangelnder Aufklärung. „Wenn es diese Profitgier nicht gegeben hätte, wäre es nicht zu diesen Exzessen gekommen", sagte die Anwältin des Verbands, Marie Vicelli, bei der Anhörung.
Ein Zahnarzt könne sich nicht mit dem Argument aus der Verantwortung ziehen, er habe in einer „besonderen" Umgebung, wie einem Billig-Dentalzentrum gearbeitet, bekräftigt Marc Sabek, Vizepräsident des Verbands zahnärztlicher Implantologen, Chirurgiens-Dentistes de France (CNSD).
„Wir sind Opfer des Systems, das der Gründer von Dentexia, Pascal Steichen, ins Leben gerufen hat", sagt Abdel Aouacheria, Sprecher des Collectif contre Dentexia und selbst eines der Opfer. Ihn erreichten seit Beginn der Affäre fast 25.000 Nachrichten – Briefe, E-Mails und Anrufe von Geschädigten, die ihm von ihrem Leid erzählten: große Schmerzen, entstellte Münder, soziale Ausgrenzung, Depressionen, Selbstmordversuche. „Auf der anderen Seite gibt es die, die diesen Skandal ermöglicht haben, in diesem Fall der Gesetzgeber und die Gesundheitsbehörden. Und schließlich diejenigen, die alles getan haben, um ihn am Laufen zu halten: die Ordre National du Dentiste, die eine echte Vendetta gegen preiswerte Versorgungen organisierte, um ihr Monopol zu schützen."

## „Wir sind Opfer des Systems"

Die Opfer gehen als „Sans Dents", die „Zahnlosen", auf die Straße, „sans dents, mais pas sans voix", „Zahnlos, aber nicht ohne Stimme". Die Bezeichnung ist eine Anspielung auf den ehemaligen Präsidenten François Hollande. Der Sozialist hatte 2008 Leute aus der Unterschicht als „Zahnlose" verhöhnt.
Ziel sei, eine Entschädigung von Axa, der Versicherungsgesellschaft von Dentexia, zu bekommen. „Alles wurde zum Nachteil des Patienten geregelt", sagt Aouacheria und fügt als Beleg die Kopie eines Versicherungsscheins bei. Dabei handele sich eigentlich um einen Nichtversicherungsvertrag, da alle Behandlungen vertraglich ausgeschlossen seien: „Nichts, was bei Dentexia gemacht wurde, könnte also demnach zu einer Opferentschädigung führen."
Odontological Efficiencies heißt die Firma, die Steichen während seiner Beraterzeit gegründet hatte. Eigentlich hätte sie längst zumachen müssen, doch Steichen führte sie als Verwaltungsgesellschaft für die Dentexia-Praxen und -Satelliten fort – und ließ sich regelmäßig über NPS dorthin Gelder transferieren. Über den Verbleib der Mittel haben wir nichts herausfinden können. ck

### *Steichens Methoden*
### Die Schulungsvideos

Nach einer telefonischen Auswahl wurden die Patienten in einer Dentexia-Praxis empfangen, wo ein Zahnarzt eine Anamnese durchführte und über den Mundgesundheitszustand informierte. Wenn alles nach Plan lief, war der Patient am Ende überzeugt, dass sich seine Zähne in einem sehr viel schlechteren Zustand befanden, als er zuvor dachte. Die im Intranet des Unternehmens geposteten Schulungsvideos geben Aufschluss über Steichens Methoden: Darin lernen die „Klinischen Berater", die Angstzustände des Patienten einzuschätzen. Je besorgter der Patient ist, desto besser. Hat er nicht genug Angst, muss der Berater das Stresslevel erhöhen: „Wenn wir nichts tun, wird sich der Knochen zurückbilden und die anderen Zähne werden sich lockern ..."
Denn ein Patient „in Panik" wird wahrscheinlich nicht nachdenken (und den Betrug erahnen). Beim ersten Termin soll der Berater allerdings keine Therapie vorschlagen. Im Gegenteil: „Lassen Sie den Patienten für eine gute Woche schmoren!" ■

*francetvinfo.fr, Auszug aus: „Dentexia: le scandale des sans-dents", 27. April 2017*

*Mehr auf ZM-online*
**„Die Politik hat zugekuckt"**
Abdel Aouacheria, Sprecher des Collectif contre Dentexia und selbst betroffen, rechnet mit Dentexia ab.

*Schweiz*

# Konstant ist nur der Eigentümerwechsel

***In der Schweiz sind seit gut einem Jahrzehnt eine Reihe von Dentalketten vor allem in städtischen Ballungsräumen aktiv. Die Ketten sorgen für öffentliche Diskussionen. Beanstandet werden Qualitätsmängel, eine geringere Patientenzufriedenheit und „Überversorgung" – nur zu gern werden den Patienten teure Behandlungen aufgeschwatzt.***

Illustrationen: adobestock - Felix Pergande, jpgon

*Überversorgung und mangelhafte Behandlungsqualität werden in der Schweiz in der öffentlichen Debatte überwiegend mit ausländischen Zahnärzten und Dentalketten in Verbindung gebracht.*

In der Schweiz beginnt der Aufstieg der Dentalketten kurz nach der Jahrtausendwende mit einem Bündel aus sieben Verträgen mit den Staaten der Europäischen Union. In diesen „Bilateralen Verträgen I" war neben diversen Ausarbeitungen zur wissenschaftlich-technischen Zusammenarbeit, zum Handel mit landwirtschaftlichen Erzeugnissen, zum Land- und Luftverkehr auch ein Abkommen zur „schrittweisen Einführung der Personenfreizügigkeit" enthalten. Das Abkommen erlaubt jedem Bürger aus der Schweiz und der EU, Wohnsitz und Arbeitsplatz innerhalb der Territorien der Vertragspartner frei zu wählen. 2005 wurde das Abkommen auf die 2004 der EU beigetretenen acht osteuropäischen Länder, 2009 auf Rumänien und Bulgarien ausgedehnt.

## Tausende Zahnärzte strömen in die Schweiz

Dieses Personenfreizügigkeitsabkommen führte zu einer massiven Zuwanderung von Zahnärzten aus dem EU-Raum. Von Juni 2002 bis Ende 2014 ließen 4.222 EU-Zahnärzte ihre Diplome in der Schweiz anerkennen – heute dürfte deren Zahl die Zahl der 4.800 Schweizer Zahnärzte deutlich überschritten haben. Knapp drei Viertel der Zahnärzte kamen aus Deutschland, Frankreich und Italien. Auf den Plätzen vier bis zehn der Herkunftsländer stehen Zahnärzte aus Rumänien, Schweden, Griechenland, Ungarn, Portugal, Belgien und den Staaten des ehemaligen Jugoslawien.

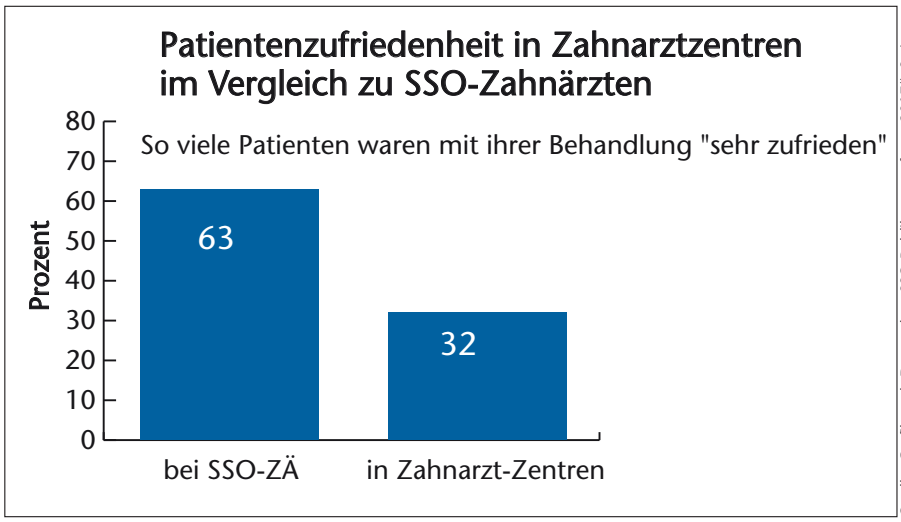
Die Zuwanderung erfolgte zum großen Teil in die städtischen Ballungsgebiete und befeuerte dort die Konkurrenz. Im Zuge dieser Entwicklung entstanden in den Städten die ersten überregionalen Dentalketten.

## Die ersten Dentalketten entstehen in den Städten

Die 2003 gegründete Dentalkette zahnarzt zentrum.ch ist heute Marktführer, sie betreibt Praxen an 33 Standorten mit nach eigenen Angaben „über 300 Zahnärzten und Spezialisten für Kieferorthopädie, Implantate und Dentalhygiene". Im gleichen Jahr starteten die „Glamour"-Zahnärztinnen Haleh und Golnar Abivardi ihre Dentalkette swiss smile mit der Eröffnung des ersten „swiss smile Kompetenzzentrums an prominenter Lage im Zürcher Hauptbahnhof", wie es in der Firmeninformation heißt. swiss smile hat heute 16 Standorte – die Kette wurde 2017 von der Jacobs Holding übernommen. Als dritte große Dentalkette ist die Adent Cliniques Dentaires-Gruppe mit 22 Zahnarztzentren und rund 400 Mitarbeitern im Schweizer Markt vertreten. Adent wurde mehrfach von Investmentgesellschaften ge- und verkauft: Im August 2014 kaufte die britische Hesira Group Adent von der Beteiligungsgesellschaft Swiss Equity Capital Partners. 2018 übernahm dann die Investmentgesellschaft Nordic Capital die Dentalkette in ihr Portfolio.

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (Società svizzera odontoiatri – SSO) als

Berufs- und Standesorganisation der Zahnärztinnen und Zahnärzte beobachtet die Entwicklung kritisch und sorgt sich um die qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung: „Der Zustrom ausländischer Behandler stellt uns vor die vielleicht größte Herausforderung überhaupt. Nicht immer entspricht die formelle Gleichwertigkeit eines ausländischen Diploms der tatsächlichen Qualität des Ausbildungsganges“, heißt es in einer 2015 veröffentlichten Broschüre der Gesellschaft. Zuwanderung und das Aufkommen der Dentalketten „haben zu einem stärkeren Konkurrenzdruck in jenen Regionen geführt, in denen bereits eine hohe Zahnärztedichte herrscht; dies besonders in urbanen Zentren wie Zürich oder Genf“.




Quelle: Grafik nach Daten der „SSO-Publikumsumfrage 2017“, Swiss Dental Journal SSO, 6/2018.

*Im Vergleich zu den (überwiegend niedergelassenen) SSO-Zahnärzten waren nur rund halb so viele Patienten von Zahnarztzentren mit ihrer zahnärztlichen Behandlung „sehr zufrieden“. 54 Prozent dieser unzufriedenen Patienten aus den Zahnarztzentren bemängelten die Behandlungsqualität. Weitere Kritikpunkte waren unerwartet teure Rechnungen (39 %), häufig wechselnde Zahnärztinnen und Zahnärzte (16 %) sowie Fehlbehandlungen (8 %).*

## Harter Konkurrenzkampf in Zürich und Genf

„Zürich ist überversorgt, es gibt rund ein Drittel zu viel Zahnärzte“, warnte der ehemalige Präsident der Kantonszahnärzte, Sven Priester, bereits 2013. Zahnarztzentren seien auf Umsatz ausgerichtet und müssten möglichst viele Patienten in kurzer Zeit behandeln – darunter leide „automatisch die Qualität“, erklärte er seinerzeit Reportern der Basler Zeitung. Das Blatt verwies in einem Beitrag auf Informationen verschiedener Kantonszahnärzte, wonach Dentalketten „überdurchschnittlich stark von Patientenklagen betroffen“ seien. Nach Angaben des Berner Kantonszahnarztes Thomas Schochat handelt es sich um „sechs- bis zehnmal mehr Reklamationen“. Der Mitgründer der Dentalkette zahnarztzentrum.ch, Christoph Hürlimann, widersprach den Vorwürfen der Kantonszahnärzte, räumte aber gegenüber der Basler Zeitung ein, dass zwei Drittel seiner Angestellten aus dem EU-Raum stammen.

Das Thema „Behandlungsqualität“ beschäftigt inzwischen nicht nur Kantonszahnärzte, sondern auch Patientenschutzorganisationen und die Öffentlichkeit. So berichtete die Neue Zürcher Zeitung (NZZ) im Dezember 2018, dass zehn Prozent der jährlich 3.400 Anfragen an die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz „mangelhafte, zu teure oder überflüssige Behandlungen durch Zahnmediziner“ betreffen. Das tatsächliche Ausmaß der Probleme dürfte jedoch nur schwer abzuschätzen sein. Bis ein Fall an Patientenschutzorganisationen wie die SPO gelange, müsse ein „gewaltiger Vertrauensbruch“ vorliegen, sagt die SPO-Expertin für Zahnbehandlungen, Maggie Reuter, gegenüber der Aargauer Zeitung: „Wir kriegen lediglich die Spitze des Eisbergs zu sehen.“

Überversorgung und mangelhafte Behandlungsqualität werden in der öffentlichen Debatte überwiegend mit ausländischen Zahnärzten und Dentalketten in Verbindung gebracht. Die NZZ berichtet im Dezember 2018: „Patientenschutzorganisationen und Kantonszahnärzte verzeichnen konstant viele Reklamationen wegen mangelhafter Behandlungen durch Zahnärzte, die nicht in der Schweiz ausgebildet wurden.“ Und: „Viele dieser ausländischen Zahnmediziner praktizieren in größeren Zahnarzt-Zentren, entsprechend oft wird die Arbeit von solchen Gemeinschaftspraxen beanstandet.“

## Patientenbeschwerden in Dentalketten häufen sich

Um die Debatte mit konkreten Zahlen zu unterstützen, hat die Aargauer Sektion der SSO über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg sämtliche Patientenbeschwerden analysiert, die bei der Zahnärztlichen Begutachtungskommission der Gesellschaft eingingen. Das Ergebnis bestätigt die bislang in den Medien beschriebenen Zusammenhänge: Die Hälfte der Beschwerden gegen Nicht-SSO-Mitglieder betrifft Zahnärzte mit ausländischen Abschlüssen, obwohl deren Zahl im Aargau deutlich geringer ist als die der Schweizer Zahnärzte.

Da die Entwicklungen nun nicht mehr rückgängig zu machen sind, werden aktuell allerlei Maßnahmen diskutiert, um die entstandenen Probleme in den Griff zu bekommen. So sollen etwa die Kantonszahnärzte mehr Kompetenzen erhalten und deren Stellen personell aufgestockt werden. „Unzufriedene Patienten müssen eine Anlaufstelle haben, die auch tatsächlich Zeit hat und sich um ihre Anliegen kümmern kann“, erklärte Peter Suter, Präsident der Vereinigung der Kantonszahnärzte der Schweiz, gegenüber der NZZ. Die Verwaltung unzufriedener Patienten, eine strengere Aufsicht über die Berufsausübung, Sanktionen, Bußgelder und vermutlich insgesamt ein deutliches Mehr an Verwaltung, Streitschlichtung, Reglementierung und damit natürlich auch Kosten, die letztlich die Allgemeinheit zu tragen hat – die Bilanz des Markteintritts der Dentalketten in der Schweiz sieht nicht gerade ermutigend aus. br

**Mehr zu Dentalketten finden Sie auf der zm-Themenseite.**

*Resolution des Council of European Dentists*

# Wie Dentalketten die Versorgung zerschlagen

***Angestellte Zahnärzte sollen Quoten für eingesetzte Implantate erreichen, Patienten erhalten minderwertige Behandlungen und bleiben geschädigt zurück: Der Council of European Dentists (CED) begründet, warum von Fremdinvestoren betriebene Dentalketten die zahnmedizinische Versorgung zerstören.***

Foto: Adobe Stock_4designersart

Die Expansion der Dentalketten in Europa ist von großer Tragweite im Hinblick auf die Erbringung von zahnärztlicher Versorgung und Behandlung: Auf ihrer Vollversammlung in Brüssel im November kamen die europäischen Zahnärzte zu dem Schluss, dass sich die profitgetriebenen Interessen hinter dem Geschäftsmodell solcher Organisationen durch die Arzt-Patienten-Beziehung, die Behandlung und die Arbeitsbedingungen negativ auf die Patientensicherheit auswirken können.

Dem CED geht es vor allem um die Sicherheit der Patienten und die Kontinuität der Behandlung, die ihnen geboten wird. Diesbezüglich befürchtet der CED, dass die kommerziellen Interessen, die dem Geschäftsmodell von Dentalketten zugrunde liegen, der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Patienten abträglich sind.

Berichte über geschlossene Zahnarztketten in Frankreich und in Spanien dokumentieren demzufolge die unethischen Praktiken und den unzulässigen Druck auf Zahnärzte, bestimmte klinische Ziele zu erreichen, etwa mit Quoten für eingesetzte Implantate. Und die laufenden Gerichtsverfahren enthüllen das dadurch verursachte großes Leid bei den Patienten, die falsch behandelt und getäuscht wurden. Diese Fallbeispiele zeigen laut CED auf besorgniserregende Weise, wie die Sicherheit der Patienten missachtet wird, die am Ende ohne eine angemessene Versorgung – teils auch verschuldet – zurückgelassen werden.

## 1. Risiken für Patienten

Behandlungsentscheidungen werden in diesen Gesellschaften auf der Grundlage von profitorientierten Erwägungen getroffen, rügt der CED, vielleicht sogar von Personen, die nicht im Besitz der erforderlichen beruflichen Qualifikationen sind.

In einigen Ländern haben Patienten bereits die negativen Folgen der von Zahnarztketten angewandten Methoden zu spüren bekommen: So untersuchte die spanische

Zahnärztekammer (Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España) 2017 alle Patientenbeschwerden, die bei offiziellen spanischen Zahnärzteverbänden eingegangen waren und kam zu dem Schluss, dass die Hälfte davon zwischen 2013 und 2015 auf Dentalketten entfielen, obwohl diese lediglich 4 Prozent aller Zahnarztpraxen in Spanien ausmachen.

> ***„Wir sind uns bewusst, dass die Art der Organisation von Zahnarztpraxen in Zukunft Änderungen unterliegen kann und dass in Bezug auf Dentalketten belastbarere Daten benötigt werden; allerdings ist es unabdingbar, dass der Patientenschutz jederzeit sichergestellt wird. Daher muss die primäre Beziehung bei der Erbringung zahnmedizinischer Leistungen stets zwischen Zahnarzt und Patient bestehen, die bei der Entwicklung von Strategien zusammenarbeiten, um positive Gesundheitsergebnisse sicherstellen. Profitgetriebene Überlegungen dürfen die in einem solchen Rahmen getroffenen Behandlungsentscheidungen nicht beeinflussen."***
>
> *Aus der CED-Resolution vom 16.11.2018*

Einige Ketten lancierten aggressive Marketingkampagnen, um den Patienten mithilfe irreführender Nachlässe Versorgungen zu überhöhten Preisen anzudrehen. Die Zwangsschließung dieser Ketten aufgrund von unethischem Verhalten und finanziellem Fehlverhalten hatte zur Folge, dass Behandlungen – obwohl bereits bezahlt – nicht zu Ende geführt wurden. Durch Werbung und Druck in der Praxis können solche Unternehmen Patienten auch zu Behandlungen drängen, die medizinisch gar nicht notwendig sind und damit zusätzliche Kosten für die jeweiligen Gesundheitssysteme verursachen.

## Der CED fordert

- Sind privatrechtlich organisierte juristische Personen zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt, dürfen diese nur von Zahnärzten gegründet und betrieben werden.
- Zahnärzte, die Gesellschafter sind, müssen als Zahnärzte in dem Unternehmen praktizieren.
- Es muss sichergestellt sein, dass:

a) das Unternehmen hauptverantwortlich von einem Zahnarzt geführt wird – die Geschäftsführer müssen Zahnärzte sein;

b) die Mehrheit der Anteile und Stimmrechte in den Händen von Zahnärzten liegen;

c) das Hauptinteresse des Unternehmens nicht in der Gewinnmaximierung, sondern in der ordentlichen Versorgung der Patienten besteht.

- Kapitalgesellschaften oder Investoren dürfen Zahnärzte nicht von der Erfüllung der im geltenden Berufskodex und in den nationalen Rechtsvorschriften festgelegten Pflichten abhalten.
- Unternehmen dürfen ihren rechtlichen Status nicht dafür einsetzen, Patienten das Recht auf Wiedergutmachung zu nehmen, wenn diese Bedenken hinsichtlich ihrer Behandlung äußern.
- Kapitalgesellschaften oder Investoren dürfen keinen Einfluss auf die vom Zahnarzt mit Einwilligung des Patienten getroffenen Behandlungsentscheidungen nehmen, sie dürfen keine klinischen Zielgrößen formulieren.
- Kapitalgesellschaften oder Investoren dürfen Patienten nicht durch falsche Werbung und Preise oder irreführende Finanzpläne täuschen. Unternehmen dürfen Patienten nicht über die Besitzverhältnisse einer Praxis irreleiten.

*Diese Forderungen wurden von der CED-Vollversammlung am 16. November 2018 in Brüssel einstimmig angenommen.*

## 2. Risiken für Beschäftigte

Für den CED ist offensichtlich, dass ein Geschäftsmodell, das nur auf Gewinnmaximierung ausgelegt ist, die ethischen

## Die Marktmacht der Dentalketten in Europa

Der Begriff Dentalketten bezieht sich meist auf Organisationen, die Zahnarztpraxen an mehreren Orten in einem oder mehreren Ländern errichten, Zahnärzte rekrutieren und verpflichten und normalerweise von Investmentgesellschaften betrieben werden, deren Hauptinteresse auf der Erzielung von Rendite statt auf der Erbringung hochwertiger zahnmedizinischer Leistungen für Patienten liegt. Häufig werden diese Organisationen nicht von einem Zahnarzt, sondern von einer fachfremden Führungskraft geleitet. Zu diesen Organisationen gehören unter anderem zahnärztliche Praxisketten, gemeinnützige Organisationen, Wohltätigkeitsorganisationen, soziale Unternehmen und gewinnorientierte soziale Unternehmen.

Private-Equity-Gesellschaften haben den Dentalmarkt als Investitionsmöglichkeit entdeckt und damit begonnen, Einzelpraxen und kleinere Gruppenpraxen aufzukaufen, um in einer Reihe von Ländern Ketten zu bilden. Als Folge expandieren Dentalunternehmen und eröffnen Praxen in vielen Ländern der EU. Einige beschäftigen bis zu 1.000 Zahnärzte.

Solche Unternehmen unterhalten Filialen in der Schweiz, Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland, Italien, Deutschland, Belgien, den Niederlanden, Frankreich und dem Vereinigten Königreich mit dem Ziel, große Ketten in Europa zu errichten.

In Europa sind Dentalunternehmen am weitesten in Finnland verbreitet: Bezogen auf die Anzahl der Zahnärzte beträgt ihr Marktanteil 35 Prozent. Danach kommen Spanien (25 Prozent) und Großbritannien (24 Prozent). ■

*Quelle: CED*

Grenzen in Bezug auf Patienten, aber auch in Bezug auf den Umgang mit den Beschäftigten stetig verschiebt und auch überschreitet.

So gingen Beschwerden von in Zahnarztketten angestellten Zahnärzten ein, die täglich mehr als zwölf Stunden arbeiteten, mitunter unbezahlt. Die gesetzlichen Regelungen zu Ruhepausen und arbeitsfreien Zeiten wurden nicht eingehalten. Wegen Angst und Überlastung fielen überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten an. Klinische Ziele wurden auch den angestellten Zahnärzten auferlegt.

## 3. Risiken für das System

Dem CED zufolge besteht ein inhärentes Systemrisiko für die Erbringung von zahnärztlicher Versorgung, wenn Ketten oder Kapitalgesellschaften, die die zahnmedizinische Versorgung einer Region oder eines großen Anteils der Bevölkerung erbringen, ihre Tätigkeit – warum auch immer – einstellen. Dann nämlich besteht die Gefahr, das Patienten ohne Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung zurückbleiben. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die Anwesenheit der Kette zuvor zu einem Rückgang der Zahl anderer Zahnarztpraxen in der betreffenden Region geführt hat.

Investoren verfolgen häufig die sogenannte Buy-and-build-Strategie, das heißt, sie kaufen Unternehmen – in diesem Fall Praxen – (häufig, indem sie ‚reguläre' Zahnärzte überbieten) und versuchen anschließend, das Geschäft auszubauen und nach einigen Jahren mit Gewinn zu veräußern. Dies steht im Widerspruch zum langfristigen Planungsbedarf der Gesundheitssysteme.

ck

*Colosseum Dental Group*

### 450 Millionen Euro Umsatz

„Derzeit betreiben wir mehr als 260 Kliniken mit über 1.000 Zahnärzten in Finnland, Norwegen, Schweden, Dänemark, Großbritannien, der Schweiz, Italien und Deutschland.

Der Umsatz beläuft sich auf 450 Millionen Euro. Wir sind weiterhin bestrebt, das Unternehmen sowohl organisch als auch durch Akquisitionen weiter auszubauen." ■

*Patrick De Maeseneire, Vorsitzender der Colosseum Dental Group und CEO der Jacobs Holding AG, am 28. Mai 2018*


Ausführliche Informationen: www.apw.de/apw-select

APW SELECT

Goethe Universität Frankfurt

SAMSTAG, 9. MÄRZ 2019
9.00 – 17.15 UHR

RUND UM DEN 8er

Chair/Moderation: Dr. Markus Bechtold und Prof. Dr. Michael Bornstein

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
■ **Indikationen zur 8er-Entfernung** – Was ist wichtig für die Praxis

Dr. Dr. Markus Tröltzsch
■ **Medizinische Risikofaktoren und Kontraindikationen bei der 8er-Entfernung**

Prof. Dr. Dr. Bernd Stadlinger
■ **Die 8er-Entfernung im Unterkiefer: step-by-step**

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
■ **Die 8er-Entfernung im Oberkiefer: step-by-step**

Prof. Dr. Dr. Bernd Stadlinger
■ **Komplikationen bei der 8er-Entfernung im UK/OK**

Prof. Dr. Michael Bornstein
■ **Die Koronektomie – Indikationen, Vorgehen und Prognose**

Prof. Dr. H. Korbmacher-Steiner
■ **Der 8er aus der Sicht der KFO**

Prof. Dr. Patrick Schmidlin
■ **Der 8er aus der Sicht der Parodontologie und Zahnerhaltung**

Ihre Ansprechpartnerin bei der APW:
Monika Huppertz · Fon 0211.66 96 73 43 · apw.huppertz@dgzmk.de
Liesegangstraße 17a · 40211 Düsseldorf

APW Akademie Praxis und Wissenschaft