



Der mündige Patient Wissensasymmetrie und Partnerschaft im Arzt-Patienten-Verhältnis

Editorial:

Mündigkeit, Wissensasymmetrie und Partnerschaft 3

Prof. Dr. Dr. Dominik Groß:

Der „mündige Patient“ - Diktum oder Gebot? 4

Dr./RO Eric Banthien:

Der mündige Patient in der Zahnarztpraxis. 8

Dr. Jürgen Fedderwitz:

Guter Rat ist nicht teuer und trotzdem leicht zu finden. 10

Cornelia Prüfer-Storcks:

Auch die Zahnmedizin braucht den mündigen Patienten..... 14

Dietrich Wersich:

Der mündige Patient 16

Thomas Heilmann, Jana Gebhardt:

Stärkung der Patientensouveränität - Aufgabe einer Krankenkasse? 18

Thomas Lüttke: Zahnersatz anschauen, begreifen und besser entscheiden - Patientenberatung des Kuratoriums perfekter Zahnersatz 20

Dr. Benjamin Ewert:

Patient und Konsument in einer Person - Multiple Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen 22

Benn Rooff: Informationsquelle Internet: Rechtsprechung bedroht Qualität in der Zahnmedizin 26

Weil uns mehr verbindet.



Spezialisierte Beratung für Apotheker und Ärzte.

Ob beruflich oder privat: Die meisten Apotheker und Ärzte in Deutschland vertrauen auf unsere Leistung und spezialisierte Beratung.

Mehr Informationen erhalten Sie unter: www.apobank.de

Weil uns mehr verbindet.  deutsche apotheker-
und ärztebank

Benn Roolf

Mündigkeit, Wissensasymmetrie und Partnerschaft

Liebe Leserinnen und Leser,

nicht zufällig behaupten demokratisch verfasste Gemeinwesen auch unter den Bedingungen starker Konkurrenz technologisch Spitzenpositionen in der Welt und sind Taktgeber für den wirtschaftlichen und zivilisatorischen Fortschritt. Sie leben von der Mündigkeit und Initiative der Bürger und beziehen daraus ihre Kraft und ihren Erfolg. Wissensasymmetrien sind dabei ein ganz natürliches Phänomen arbeitsteiliger Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse und stehen der Mündigkeit von Individuen prinzipiell nicht im Wege. Niemand würde heute auf den Gedanken kommen, die Mündigkeit der Wähler in Frage zu stellen, obgleich wir uns nicht selten über simplifizierende, populistische Diskurse ärgern. Kaum jemand käme auf die Idee, vor dem Kauf eines Autos Automechaniker zu werden, um die technischen Merkmale der Automarken besser vergleichen zu können. Und so studiert auch niemand Zahnmedizin, bevor er in die Zahnarztpraxis geht.

Wir alle müssen im täglichen Leben mit Wissensasymmetrien umgehen und sind in den allermeisten Fällen in der schwächeren Position des Wenig-Wissenden, sind diejenigen, die auf den Anbieter- und Lieferanten-Experten vertrauen müssen. Wir vertrauen darauf, dass Strom aus der Steckdose kommt, dass die Lebensmittel möglichst wenige Schadstoffe enthalten, dass der Automechaniker wirklich nur das repariert, was kaputt ist, dass der Bankberater uns gute Produkte empfiehlt usw. usf.

Auch im Arzt-Patienten-Verhältnis ist die Wissensasymmetrie zwischen Experten und Laien letztlich nicht aufhebbar. Weil es hier jedoch um das hohe, besonders intime Gut der Gesundheit von Mitmenschen geht, hat sich der (zahn)ärztliche Berufsstand ethische Regeln für die Berufsausübung auferlegt. Damit korrespondiert die herkömmlich-paternalistische Rolle des Arztes als fürsorglicher Vater, für den die Gesundheit „seines“ Patienten im Mittelpunkt steht.

Anders als beim Einkauf sonstiger Waren und Dienstleistungen geht es im Gesundheitswesen jedoch nicht um standardisierbare Produkte und Leistungen, sondern um den Körper (und die Psyche) des Patienten. Als Betroffener ist der Patient nicht Laie, sondern Experte seines Leidens. Niemand weiß besser, wo und

unter welchen Umständen es zwick, als der Patient. An dieser Stelle entsteht idealerweise zwischen Arzt und Patient ein partnerschaftliches Beziehungsmodell, in dem beide einander zuhören, verstehen und das eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared decision making) möglich macht.

Shared decision making ist aber aufgrund individueller Patienteninteressen und auch verschiedenen Patiententypen in „Reinform“ nur selten anzutreffen, wie der Aachener Medizinethiker Dominik Groß schreibt. Er sieht daher die „umfassende Aufklärung des Patienten und die hierauf basierende ausdrückliche Einwilligung in die (zahn)ärztliche Behandlung – kurz zusammengefasst: de[n] Informed Consent“ als Goldstandard in der Praxis.

Dass der „mündige Patient“ in erster Linie ein informierter Patient sein sollte, darüber sind sich alle Akteure im Gesundheitswesen einig. Die Patienteninformation soll auf allen Ebenen ausgebaut werden. Patienteninformation findet aber vor allem im direkten Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient statt. Der IGZ-Vorsitzende Eric Banthien verweist darauf, dass die „sprechende Medizin“ als Kassenleistung bereits seit längerer Zeit aus wirtschaftlichen Erwägungen zusammengestrichen worden ist. Er fordert daher die Wiedereinführung der einst abgeschafften Gebührenposition für die ZE-Planung und die Definition neuer Gebührenpositionen für besonders aufwändige Patientenberatungen.

Der Politologe Benjamin Ewert macht uns darauf aufmerksam, dass die Entwicklung vom passiven Empfänger von Gesundheitsleistungen zum „mündigen Patienten“ auch das Gesundheitssystem stärkt. Wenn der Patient beispielsweise eine qualifizierte Wahl seiner Krankenkasse trifft, er zu einer günstigeren und/oder leistungsfähigeren Kasse wechselt, profitiert auch das Gesamtsystem durch wettbewerbliche Selektion. Die Qualität des Gesundheitswesens ist maßgeblich verknüpft mit der Qualität des Engagements aller Akteure - also auch der Patienten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre, ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Start ins neue Jahr.

Benn Roolf



Benn Roolf
Chefredakteur

Dominik Groß

Der „mündige Patient“ - Diktum oder Gebot?



Univ.-Prof. Dr. med.
Dr. med. dent. Dr. phil.
Dominik Groß

Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Uniklinik RWTH Aachen,
Vorsitzender des „Arbeitskreises Ethik“ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Die Beziehung zwischen (Zahn)Arzt und Patient unterliegt gegenwärtig einem weitreichenden Wandel. Damit einher geht die Forderung nach einem „mündigen Patienten“ – d.h. das Diktum eines selbstbestimmten Kranken, der auf Augenhöhe mit seinem (Zahn)Arzt kommuniziert und als Sachwalter seiner eigenen Gesundheit auftritt. Doch trifft dieses Diktum tatsächlich die Lebenswirklichkeit des Patienten, und – wenn ja – ist es überhaupt wünschenswert und alltagstauglich? Ebendiesen Fragen geht der vorliegende Beitrag nach.¹

Die Arzt-Patienten-Beziehung: Kennzeichen und Formen

Die Beziehung zwischen (Zahn)Arzt und Patient war und ist durch eine strukturelle Asymmetrie geprägt: Ein hilfeschender bzw. leidender Patient (Homo patiens = der Leidende) trifft auf einen Hilfe gewährenden (Zahn)Arzt. Die Vormachtstellung des (Zahn)Arztes tritt hierbei in Form einer Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht in Erscheinung:

(1) Der (Zahn)Arzt tritt im Regelfall als Experte auf, der Patient dagegen als medizinischer Laie. Durch seine fachliche Kompetenz besitzt der (Zahn)Arzt gegenüber dem Patienten eine Machtposition (*Expertenmacht*).

(2) Die (Zahn)Heilkunde als Wissenschaft und die (Zahn)Ärzte als ihre Vertreter besitzen die Macht zu definieren, was gesund und was „pathologisch“ ist: Der einzelne (Zahn)Arzt übt diese *Definitionsmacht* z.B. bei der Diagnosestellung oder bei der Indikationsstellung für eine Therapie aus.

(3) Die *Steuerungsmacht* des (Zahn)Arztes besteht darin, dass er den konkreten Umgang mit dem Patienten bestimmen kann, indem er festlegt, ob, wann, wie und in welchem Umfang eine präventive, therapeutische oder rehabilitative Maßnahme zur Diskussion gestellt oder vorgeschlagen wird oder nicht.

Weitere die beschriebene strukturelle Asymmetrie begünstigende Faktoren sind (4) die durch den (Zahn)Arzt repräsentierte *institutionelle Macht*, wie sie sich etwa bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Entscheidung über die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zeigt, (5) das *hohe Sozialprestige* des „akademischen“ (Zahn)Arztes, das gerade in

der Wahrnehmung eines Patienten mit niedrigem Bildungsgrad nicht selten eine Distanz schafft, und (6) *Ungleichheiten in Bezug auf den Gesundheitsstatus*, die sich darin manifestieren, dass ein kranker (und damit vulnerabler, ggf. emotional belasteter) Patient einem gesunden (emotional nicht betroffenen, nicht bedürftigen) (Zahn)Arzt gegenüber tritt. Während Krankheit für den Patienten eine besondere, außeralltägliche Erfahrung darstellt, ist sie für den Behandler Alltag – auch diese Ungleichheit verstärkt die eingangs beschriebene strukturelle Asymmetrie.

In der traditionellen Arzt-Patienten-Beziehung trifft dieser Behandler paternalistisch – d.h. wie ein fürsorglicher Vater (lat. pater = Vater) – Entscheidungen für „seinen“ Patienten. Das traditionelle paternalistische Beziehungsmodell wird auch als hippokratisches (Standes)Modell bezeichnet. Handlungsleitend ist hier die ärztliche Fürsorge, und das charakteristische Kennzeichen dieser Beziehung ist die Rolle des Arztes als „väterlicher“ Helfer (vgl. Tabelle 1). Besagtes Modell ist auch heute noch anzutreffen – gerade in akuten Notfallsituationen gilt ein paternalistisch agierender Arzt als alternativlos –, scheint vielen jedoch für Standardsituationen nicht mehr zeitgemäß.

Anstelle der paternalistisch geprägten Beziehung wird heute einer Begegnung von (Zahn)Arzt und Patient auf Augenhöhe das Wort gesprochen. Hier sucht ein mündiger Patient das Gespräch mit seinem Behandler, und das Ergebnis ihres Austausches ist ein Shared Decision Making – eine gemeinsame, geteilte Entscheidungsfindung von (Zahn)Arzt und Patient. Voraussetzung ist, dass der (Zahn)Arzt den Patienten und dessen Wertvorstellungen kennenlernt und versteht, um eine angemessene fachliche Hilfestellung geben zu können; das dahinter stehende Ideal ist das einer Partnerschaft, in der beide einander vertrauen und voneinander lernen (partnerschaftliches Beziehungsmodell). Handlungsmotivation ist die Mündigkeit und Autonomie des Patienten und charakteristisches Kennzeichen ist die gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. die „informierte Wahl“ des Patienten (Informed Choice, vgl. Tabelle 1).

Daneben finden sich mittlerweile in der Heilkunde, aber auch in der Zahnheilkunde Elemente einer reinen Klient-Dienstleister-Beziehung (Vertragsmodell): An die Stelle des Patienten tritt hierbei ein „Kunde“, der von seinem (Zahn)Arzt keine Therapie, sondern

¹ Der vorliegende Beitrag fußt auf dem Lehrbuch von Dominik Groß, *Ethik in der Zahnmedizin*, Berlin 2012, insb. Kapitel 3 (S. 67-84) und der dort zitierten Literatur.

eine Dienstleistung erbittet. Beispiele hierfür sind die kosmetische Zahnheilkunde und Dental Spa. Handlungsmotivationen sind hierbei das Eigeninteresse des (Zahn)Arztes und die Zufriedenheit des „Kunden“; charakteristisches Kennzeichen ist hier die Orientierung an den Gesetzmäßigkeiten des Marktes und am Selbstzahlerprinzip. Ob die beschriebene Beziehung allerdings überhaupt unter dem Oberbegriff „(Zahn)Arzt-Patienten-Beziehung“ gefasst werden sollte, ist umstritten, da der (Zahn)Arzt hier keinen Heilauftrag mehr ausführt – also nicht mehr als (Zahn)Arzt agiert – und der Behandelte dementsprechend nicht als Kranker in Erscheinung tritt, sondern als Klient.

Patiententypen

Doch auch das oft propagierte Modell des Shared Decision Making findet sich in der skizzierten „Reinform“ eher selten, was damit zu tun hat, dass jeder Patient eigene (spezifische) Vorstellungen und Interessen hat (Phänomen der Individualisierung) und es in modernen multikulturellen Gesellschaften eine Vielzahl verschiedener Patiententypen gibt (Phänomen der Pluralisierung). Tatsächlich bevorzugt nicht jeder Patient eine gemeinsame Entscheidungsfindung – gerade ältere, schwächere, multimorbide oder sozial bedrängte Patienten hängen bisweilen einem traditionellen Rollenverständnis an und überantworten die Therapieentscheidungen gerne dem (Zahn)Arzt. Die weltweit tätige Unternehmensberatung Boston Consulting Group hat vier Patiententypen unterschieden, welche die unterschiedlichen Erwartungshaltungen – zwar in idealisierter und vereinfachter Weise, aber durchaus pointiert – dokumentieren:

- Der akzeptierende Patient ist weiterhin von der fachlichen Autorität des (Zahn)Arztes geprägt. Das Beziehungsgefüge entspricht dem des oben beschriebenen klassischen (Zahn)Arzt-Patienten-Verhältnisses: Der akzeptierende Patient überträgt oder überlässt Entscheidungen dem „Experten“ (Zahn)Arzt.
- Der aufgeklärte Patient zeigt weniger Abhängigkeit und eine stärkere Autonomie: Gemeint ist damit ein Patient, der – z.B. aufgrund einer chronischen Erkrankung, die zu einer Auseinandersetzung mit der Krankheit und einer dauerhaft veränderten Lebensführung zwingt – eigenverantwortlich therapeutische oder sekundärprophylaktische Maßnahmen durchführt. Ein charakteristisches Beispiel wäre ein Patient mit einer fortgeschrittenen chronischen Parodontitis, der für den Zahnerhalt das Rauchen aufgibt und sich einer Schulung durch eine Prophylaxe-Fachkraft unterzieht, um z.B. auch anatomisch schwer zugängliche Bereiche des Zahnes selbst reinigen zu können.
- Der involvierte Patient zeigt ein hohes Engagement in Gesundheitsfragen und tritt mit fordernder Haltung gegenüber dem (Zahn)Arzt auf. Diese Patienten suchen das Gespräch oder die Diskussi-

on mit dem (Zahn)Arzt und interessieren sich für gesundheitsbewusstes Verhalten, für Prophylaxemaßnahmen und Gesundheitsleistungen.

- Der steuernde Patient agiert selbstbewusst und aktiv, indem er moderne Möglichkeiten der Informationsgewinnung nutzt und die ihn betreffenden Therapieentscheidungen eigenständig treffen möchte. „Steuernde Patienten“ greifen für die Entscheidungsfindung häufig auf Informationsangebote des Internet (NetDoktor.de, Blogs etc.) zurück und neigen grundsätzlich zur Einholung weiterer Meinungen.

Der Respekt vor der Patientenautonomie ist ein zentrales ethisches Prinzip.

Tatsächlich agiert der einzelne Patient je nach Lebenssituation, Krankheitszustand und (zahn)ärztlichem Gegenüber mal eher in der einen, mal eher in der anderen Weise. Insbesondere das von den Medien vermehrt propagierte postmoderne Bild des „steuernden Patienten“ trifft wohl nur für eine kleinere (allerdings wachsende) Gruppe von Mitbürgern zu, die an Neuen Medien und Gesundheitsfragen besonders interessiert sind.

Neue Entwicklungen

Die veränderten Patientenrollen zeigen zwangsläufig Rückwirkungen auf die moderne (Zahn)Arzt-Patienten-Beziehung, wie die folgenden Trends zeigen:

- Aktive Kontrolle statt blindem Vertrauen: In Zeiten zunehmender Eigenbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten (Zuzahlung bei Arzneimitteln, Prophylaxe oder prothetischer Versorgung) wächst der Bedarf an Information, um den Behandlungs- und Finanzierungsbedarf einschätzen zu können. Ärztliche Therapieempfehlungen und Kostenberechnungen werden von Seiten der Patienten zunehmend hinterfragt. Dadurch über-

Tabelle 1: Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung

Bezeichnung	Charakteristika
Traditionelles paternalistisches oder hippokratisches (Standes)Modell	Asymmetrie, Tradition, ärztliches Expertenwissen und ärztlicher Paternalismus
Partnerschaftliches oder interaktives Modell	Shared decision making, Informed choice, Respekt vor der Patientenautonomie
Vertragsmodell oder kommerzielles Modell (Klient-Dienstleister-Beziehung)	Dienstleistungscharakter, Gesetzmäßigkeiten des Marktes (Wettbewerb), „Kunden“ zufriedenheit

nimmt der Patient eine Kontrollfunktion – eine Entwicklung, die auch auf die (Zahn)Arzt-Patienten-Beziehung weitreichenden Einfluss hat.

- **Selbstermächtigung des Patienten:** Da das medizinische Wissen auf Seiten des Patienten (tatsächlich oder vermeintlich) zunimmt, werden andere thematische Einstiege in das Gespräch mit dem (Zahn)Arzt gewählt, entwickeln sich neue Gesprächstypen, die sich von der klassischen Rollenverteilung – ein übergeordneter (zahn)ärztlicher Experte trifft auf einen unkundigen, abhängigen Laien – deutlich abheben. Mit anderen Worten: Die klassische Asymmetrie mit ihren festgeschriebenen Handlungsmustern wird aufgebrochen; an die Stelle des die ärztlichen Anweisungen befolgenden, „führbaren“ und folgsamen Patienten treten zunehmend durch eigenständig gewonnene (und mit dem Arzt ausgetauschte) Informationen und Teilhabe „selbstermächtigte“ Patienten (Empowerment). Im Zentrum der (Zahn)Arzt-Patient-Kommunikation steht nicht mehr die autoritative Wissensvermittlung, sondern eine gemeinschaftlich organisierte Form der Lösungsfindung für gesundheitsrelevante Fragestellungen. Man kann diese Veränderungen als Weg vom autoritativen über das partizipative zum aktiven Kommunikationsmodell bezeichnen. Letzteres setzt allerdings einen aktiven Patienten voraus – und längst nicht jeder Patient fühlt sich in einer solchen Rolle wohl.
- **Gesundheit als Konsumgut:** In der Heilkunde ist derzeit ein Umbruch festzustellen, der durch eine Zurückdrängung kurativer zugunsten präventiver Behandlungsziele charakterisiert ist. Damit wird Gesundheit in vielen Bereichen zugleich zu einem Konsumgut: Gesundheit ist etwas, das man „einkaufen“ möchte, auch wenn man (noch) nicht krank ist (Health Seeking). Unter dieser Perspektive – „Gesundheit als Ware“ – hat sich das Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten im öffentlichen Bewusstsein teilweise neu konfiguriert. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch das verstärkte Aufkommen neuer beruflicher Profile und Tätigkeiten wie z.B. Dental Hygienists, Gesundheits-Coaches, aber auch umstrittener „Berufe“ wie Dentalkosmetiker, die den modernen Markt für medizinische Dienstleistungen ergänzen.

Informed Consent – Patientenaufklärung und Einwilligung

Der beschriebene Wandel der (Zahn)Arzt-Patienten-Beziehung – weg vom ärztlichen Paternalismus und hin zu einer Shared Decision oder aber zu einem Patienten, der als Klient auftritt – spiegelt sich wieder im heutigen Stellenwert der Patientenaufklärung, so dass es lohnend erscheint, diesen Aspekt nachfolgend näher in den Blick zu nehmen.

Die umfassende Aufklärung des Patienten und die hierauf basierende ausdrückliche Einwilligung in die (zahn)ärztliche Behandlung – kurz zusammengefasst: der Informed Consent – kann als modernes Charakteristikum einer ethisch verantwortlichen (Zahn)Arzt-Patienten-Beziehung gelten. Die umfassende Aufklärung des Patienten ist nicht allein sichtbarer Ausdruck der Patientenautonomie, sondern zugleich ein Mittel gegen die strukturelle Asymmetrie im (Zahn)Arzt-Patienten-Verhältnis, denn der Behandler gibt sein Expertenwissen und (z.T.) auch seine Entscheidungsmacht im Rahmen des Aufklärungsgesprächs an den Patienten weiter. Eine repräsentative Befragung berufstätiger deutscher Zahnärzte ergab 2009, dass sich die große Mehrheit der Zahnbehandler mittlerweile an diesem neuen Leitbild des „Informierten Patienten“, der am Entscheidungsfindungsprozess beteiligt ist, orientiert: 24 % der Befragten hielten dieses Leitbild für „sehr wichtig“, 55 % für „wichtig“.

Die moderne Entwicklung hin zu einer weitreichenden Anerkennung der Patientenautonomie hat für den betreffenden Kranken weitreichende Folgen: Negativ gewendet, ist die neue Entscheidungsfreiheit des Patienten immer auch zugleich die Freiheit, einen Sachverhalt falsch einzuschätzen und sich falsch zu entscheiden. Von daher kommt dem Zahnarzt bei dem Shared Decision-Modell eine nicht unerhebliche ethische und rechtliche Verantwortung zu. Sie zeigt sich darin, dass er a priori entscheiden muss, welche diagnostischen bzw. therapeutischen Optionen er überhaupt für fachlich vertretbar hält – d.h. für welche er eine medizinische Indikation sieht – und wofür diese seines Erachtens nicht besteht. Optionen, die der Zahnarzt nicht vertreten kann, sollte er auch nicht durchführen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass er ebendiese Optionen entweder im Rahmen des Aufklärungsgesprächs gar nicht erst vorstellt oder – und dies wäre aus Sicht der Patientenautonomie die vorzugswürdige Alternative – dass er dem Patienten plausibel macht, warum er bestimmte Vorgehensweisen im konkreten Fall für nicht indiziert hält. Sollte der Patient keine Einsicht zeigen und eine nicht indizierte Therapie einfordern, kann (und sollte) der Zahnarzt diese verweigern und hierbei auf die freie (Zahn)Arztwahl verweisen. Unbeschadet der skizzierten Problematik ist der Respekt vor der Patientenautonomie ein zentrales ethisches Prinzip, das eine Reihe positiver Effekte zeigt: Zum ersten bedeutet der Informed Consent eine Stärkung der Patientenrechte und einen Zugewinn an Selbstkontrolle. Zum zweiten bedeutet die konkrete Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung, dass dessen spezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden können und er diese gemäß seinen Lebensvorstellungen ausgestalten kann. Die dritte positive Konsequenz betrifft Patienten und Behandler gleichermaßen: Jedes Aufklärungsgespräch ist bereits Teil der Therapie. Es

fördert ein besseres Verständnis des Patienten für die Anamnese, eine bessere Einschätzung der therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen, eine Erklärung für die bestehende Symptomatik und damit auch eine gewisse Beruhigung. Das Aufklärungsgespräch bietet zudem die Möglichkeit, irrationale Ängste und Vorannahmen zu „verabschieden“ und konkrete Anknüpfungsmöglichkeiten für Gespräche über künftige Verhaltensweisen bzw. Verhaltensänderungen – etwa in den Bereichen (Sekundär)Prävention, Therapie oder Rehabilitation – zu finden, was wiederum eine Verbesserung der Compliance mit sich bringt.

die Geschäftsfähigkeit – also nicht an ein Lebensalter von mindestens 18 Jahren – gebunden, sondern in der Regel schon früher gegeben ist. Auch 14- oder 15-jährige Minderjährige können rechtswirksam einwilligen, wenn der (Zahn)Arzt – unter Berücksichtigung der Art und Schwere des konkreten Eingriffs – von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betreffenden Person ausgeht. In der Praxis geht man davon aus, dass Personen unter 14 Jahren nicht die erforderliche Reife zu einem Informed Consent besitzen, und in den meisten Entscheidungssituationen in der Zahnheilkunde ist es empfehlenswert, bei Minder-

Aus ethischer wie aus rechtlicher Sicht kann der Informed Consent heutzutage als Goldstandard angesehen werden. Er bildet das Fundament für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Behandler.

Voraussetzungen und Grenzen eines Informed Consent

Selbstbestimmte Entscheidungen sind allerdings nur möglich, wenn gewisse Voraussetzungen gegeben sind: So muss der Patient (1) in umfassender und verständlicher Weise aufgeklärt worden sein, (2) die Informationen aufgenommen und verstanden haben und (3) bei seiner Entscheidungsfindung frei von steuernden Außeneinflüssen (Zwängen) sein. Schließlich muss (4) eine Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit gegeben sein, d.h. der Patient muss Wesen, Bedeutung und Tragweite der besprochenen Maßnahme ermessen können.

Ob ein Patient „entscheidungsfähig“ ist, kann nicht allein nach Aktenlage (z.B. bestehende Geschäftsfähigkeit) beurteilt werden. Zu berücksichtigen ist auch eine mögliche Beeinflussung durch kognitive und emotionale Aspekte. Die Kognition kann gerade beim zahnärztlichen Patienten – bei großer Angst (z.B. ausgeprägte Zahnbehandlungsphobie) oder bei extremen Zahnschmerzen (z.B. akute Pulpitis) – eingeschränkt sein; jeder Zahnarzt sollte diesen Zusammenhang bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit, aber auch bei der Ausgestaltung des Aufklärungsgesprächs berücksichtigen. Gleiches ist möglich bei Patienten, die an (passageren) Bewusstseinsstörungen leiden oder unter einer bestimmten Medikation bzw. unter Drogeneinfluss stehen. Eine emotional bedingte Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit kann z.B. bei einer akuten Depression gegeben sein. Weitere Beispiele für eine potentielle Entscheidungsunfähigkeit sind Patienten, die an anderen psychischen Erkrankungen (z.B. akute Psychosen) oder demenziellen Veränderungen leiden oder minderjährig sind. Bei Letzteren ist allerdings zu beachten, dass die Einwilligungsfähigkeit eben nicht an

jährigen im Teenageralter zugleich die Einwilligung der Sorgeberechtigten nach vorausgegangener Aufklärung einzuholen.

Liegen die oben genannten Kriterien einer selbstbestimmten Entscheidung vor, so ist die Patientenentscheidung zu akzeptieren – auch dann, wenn sie aus (zahn)ärztlicher Sicht unvernünftig erscheint. Im Gegenzug kann der (Zahn)Arzt aber auch nicht zu Behandlungsmaßnahmen genötigt werden, für die er selbst keine medizinische Indikation stellt.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die „stellvertretende Einwilligung“ des gesetzlichen Stellvertreters einzuholen – dies können (z.B. bei Minderjährigen) die Eltern/ein Elternteil oder aber eine andere zum gesetzlichen Betreuer bestellte Person sein. Dessen ungeachtet sind nicht einwilligungsfähige Patienten über die vorgesehene Maßnahme so weit zu informieren, wie es ihrem Auffassungsvermögen entspricht.

In medizinischen Notfällen, bei denen der Patient nicht mehr ansprechbar ist, hat der (Zahn)Arzt im mutmaßlichen Interesse des Patienten zu handeln. Aufklärungsgespräche sind grundsätzlich (zahn)ärztliche Aufgabe und nicht an das Fachpersonal delegierbar. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist es zulässig, die Aufklärung des Patienten zu unterlassen – etwa in einer Notfallsituation, bei der ein regelhaft durchgeführter Informed Consent einen bedrohlichen Zeitverzug bedeuten würde.

Aus ethischer wie aus rechtlicher Sicht kann der Informed Consent heutzutage als Goldstandard angesehen werden, denn ein gelungenes Aufklärungsgespräch fördert die Krankheitsbewältigung und festigt das therapeutische Bündnis, d.h. es bildet das Fundament für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Behandler.

Eric Banthien

Der mündige Patient in der Zahnarztpraxis



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

Der Patient soll heute in allen Entscheidungen über seine Gesundheit kompetenter Mitentscheider sein. Auf Augenhöhe mit dem (Zahn)Arzt soll er seine Situation beurteilen, die Diagnose verstehen und die vorgeschlagene Therapie bewerten können. Idealerweise hat er dafür (Zahn)Medizin studiert, hat einschlägige Berufserfahrung und bildet sich regelmäßig fort, um den Stand der Wissenschaft nicht zu verpassen. Zumindest würde uns das jedes Aufklärungsgespräch erleichtern. Tatsächlich ist das natürlich ein unerfüllbarer Traum. Der sich übrigens, im Vertrauen sei es gesagt, auch zum Albtraum wandeln kann. Aus eigener Erfahrung kann ich bezeugen, dass Kollegen durchaus nicht die einfachsten Patienten sind.

Der Patient ist allerdings der Experte auf seinem Gebiet: seinen Beschwerden. Hier müssen wir uns als aufmerksame Zuhörer bewähren, die nicht das, was wir sehen und/oder vom Patienten hören, sofort in eine Diagnose-Schublade packen, um von da an weiter nach Leitlinie (neues und schöneres Wort für Schema F) zu verfahren. Es ist eben nicht immer alles gleich, was sich gleich anhört oder gleich aussieht. Der Patient weiß aber mehr über seine Beschwerden, oder seine Wünsche und Vorstellungen zur Versorgung. Die Antwort: „Sie sind der Fachmann, Sie müssen das doch wissen“ gilt bei der Diagnose ebenso wenig wie die Aufforderung „Machen Sie, was Sie für richtig halten“ bei der Wahl der Therapie. So schnell darf uns der mündige Patient nicht davonkommen.

Unsere Patienten jedenfalls haben sich, wenn überhaupt, im Vorfeld aus anderen Quellen informiert. Gern in ihrem persönlichen Umfeld, so dass uns die prothetische Versorgung des Schwagers oder der Kollegin als erstrebenswertes Resultat präsentiert wird. Dabei wird der offensichtliche Erfolg, gemessen am Grad der Zufriedenheit der jeweiligen Gesprächspartner, als Maßstab angesetzt. Ob die Voraussetzungen vergleichbar sind, kann der Patient im Regelfall nicht beurteilen. Sind sie es aber nicht, kann die vorgeschlagene Therapie im Falle unseres Patienten nicht erfolgreich angewandt werden. Da haben wir dann eventuell schon den ersten Missklang im Beratungsgespräch. Es leidet eben doch sehr unter dem unterschiedlichen Grad der vorhandenen Informationen und Kenntnisse.

Möglichkeiten, sich zu informieren, haben die Patienten einige. Die Recherche in der Fachliteratur begegnet uns allerdings nur äußerst selten. Der Aufwand dafür wäre wohl auch als unangemessen hoch zu betrachten. Wenn wir ein Auto kaufen, lesen wir vorher auch nicht Fachbücher für Kraftfahrzeugingenieure.

Die Recherche in der Presse ist da schon wesentlich häufiger. Die Presse war bis vor ein paar Jahren sogar die Hauptinformationsquelle unserer Patienten. Nicht immer zu unserer Freude, wie man zugeben muss, denn die Informationen, die der Patient dort erhält, sind in keiner Weise qualitätsgesichert. Sie orientieren sich am Bedürfnis des Redakteurs, etwas Neues, Interessantes oder gar Sensationelles zu liefern, oder an der neuen Manie, Rankings zu verkünden, aber nicht am Versorgungsbedürfnis unseres jeweiligen Patienten. Es bestand und besteht also die Möglichkeit, dass in unseren Patienten der Wunsch nach einer grundsätzlich erstrebenswerten Versorgung geweckt wird, die in ihrem speziellen Fall aber völlig inadäquat ist.

Die Rolle des meistgenutzten Informationsmediums hat inzwischen das Internet übernommen. Hier sind die Möglichkeiten, sich zu informieren, sehr breit gefächert. Ein großer Vorteil des Internets besteht darin, dass der Patient nicht der zufälligen Auswahl in den Printmedien ausgeliefert ist. Nachteilig ist die schiere Menge an ebenfalls nicht qualitätsgesicherten Informationen, denn der Patient hat es schwer, sich gezielt zu informieren. Jedes Thema wird fachlich, aber auch werblich abgehandelt. Dabei sind die kommerziellen Angebote oft besser platziert, als die reinen Informationsquellen, nicht immer aber auch als solche zu erkennen. Der Patient wird dann nicht unabhängig informiert, sondern werblich beeinflusst. Ohnehin ist es für den Patienten schwer, die Qualität der einzelnen Information zu beurteilen. Es besteht aber offensichtlich ein hoher Glaubwürdigkeitsgrad für Informationen, die man im Internet entdeckt hat. So begegnen uns in der Praxis hin und wieder Vorstellungen, die einer guten Aufklärung des Patienten, und erst recht einer guten Behandlung eher hinderlich sind. Häufigstes Beispiel ist die starke Bewerbung von Implantaten. Implantate sind gut, weil modern

und vollmundig angepriesen, so sieht es der Patient. Zähne einpflanzen ist das Stichwort, und die Enttäuschung ist manchmal groß, wenn es nicht oder nicht so einfach zu bewerkstelligen ist. Abgesehen davon, dass es auch einiges kostet, eine Erkenntnis, auf die nicht jeder Patient vorbereitet ist.

Selbsthilfegruppen spielen in der Zahnmedizin bisher eine eher untergeordnete Rolle, aber die Verbraucherzentralen könnten eine wichtige, unabhängige und qualitativ hochwertige Informationsquelle für unsere Patienten sein. Leider beschäftigen sie sich in der Hauptsache mit den Kosten der Zahnbehandlungen. Fairerweise muss man aber sagen, dass sie zu diesem Thema am häufigsten angefragt werden. Als die UPD zum ersten Mal Beratungszahlen vorlegte und dabei eine große Zahl an Beschwerden über Zahnmediziner konstatierte, waren Nachfragen wegen der Behandlungskosten ein nicht geringer Teil dieser „Beschwerden“. In Berlin betreibt die Verbraucherzentrale gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ein Zweitmeinungsmodell, hat sich also durch Kooperation mit der zahnärztlichen Körperschaft die notwendige Fachkompetenz an Bord geholt. Das ist ein Beispiel, dem man folgen sollte.

Die zahnärztlichen Körperschaften haben sich in den letzten Jahren sehr auf dem Gebiet der Patientenberatung engagiert. Hier findet jeder Patient unabhängige und fachlich kompetente Beratung. Diese Angebote werden von der Zahnärzteschaft selbst finanziert, trotzdem sollen sie auch in Zukunft weiter ausgebaut werden. Leider werden diese Beratungsstellen von manchen immer noch mit Misstrauen betrachtet, weil ihnen Parteilichkeit unterstellt wird. Dabei ist dort, wo fachliche Information gefragt ist, Parteilichkeit gar nicht möglich. Die beratenden Zahnärzte in den Patientenberatungsstellen dürfen die Patienten ausschließlich beraten und nicht selbst behandeln. Damit ist auf einfache, aber wirkungsvolle Weise die Unabhängigkeit der Beratung sichergestellt. Den Körperschaften geht es um den informierten Patienten, der hinterher am Beratungsgespräch in der Praxis kompetent teilnehmen kann.

Letztendlich aber ist es unsere Aufgabe in der Praxis, die Patienten für das Gespräch auf Augenhöhe fit zu machen. Es ist unsere Aufgabe, den Patienten in die Lage zu versetzen, sowohl seine Situation, als auch die vorgeschlagene Therapie zu beurteilen. Die Liebe zum Aufklären und Dozieren muss in allen unseren Kollegen gestärkt werden. Und es muss eine Sprache gefunden werden, die die notwendigen Informationen in allgemeinverständlicher Form und trotzdem präzise übermittelt. Wie schwer das ist, weiß jeder von uns aus eigener mühsamer Erfahrung. Auch weil der Patient, vielleicht aus Ehrfurcht vor dem weißen Kittel, vielleicht auch, weil er sich keine Blöße geben

will, oft vermeidet, Fragen zu stellen. Dabei ist es ganz wichtig, als Patient jedes Detail, das man nicht wirklich erfasst hat, nachzufragen. Ohne eine vollständige Information über die Diagnose und die geplante Therapie ist die gemeinsame Entscheidung nur eine Alibi-Veranstaltung, in der der Patient der Autorität des Arztes folgt.

Dabei müssen wir uns hier und da auch fragen, inwieweit wir dem Patienten die Rolle des mündigen Entscheiders aufdrängen. „Shared decision“ (zu deutsch: partizipatives Modell) ist zwar ein Modewort und in

Die sprechende Medizin, zwischenzeitlich der Streichliste der Ökonomen zum Opfer gefallen, muss wieder den ihr gebührenden Platz in der Praxis erhalten.

aller Munde, aber vielleicht gibt es auch die Situation, in der wir den Wunsch des Patienten, betreut zu werden und sich selbst fallen zu lassen, respektieren müssen. Es gibt Menschen, die wollen gar nicht so genau wissen, was los ist - Hauptsache es kommt wieder in Ordnung. Wie aber verträgt sich das mit unserer Pflicht zur Aufklärung? Wo stehen wir da juristisch, und wo in dem Gegenbeispiel, da der Patient auf eine therapeutische Entscheidung drängt, die wir nicht gutheißen können? Wo hört das Selbstbestimmungsrecht auf, wenn überhaupt, und wo fängt unsere Haftung an? Dieser Fragenkomplex wäre sicher noch einmal ein eigenes Themenheft wert.

Zum Schluss muss auch noch einmal über das liebe Geld geredet werden: Nicht nur, dass dringend angeraten werden muss, den Patienten sorgfältig und mehrfach (in wiederholten Gesprächen) auf die finanziellen Auswirkungen der geplanten Maßnahmen hinzuweisen. Das erspart viele Nachfragen und ist ein essentielles Entscheidungskriterium für den Patienten. Nein, auch die Beratung des und mit dem mündigen Patienten nimmt heute weitaus mehr Zeit ein, als es früher der Fall war. Das ist richtig so und von uns allen gewollt. Aber es spiegelt sich nicht wider im Bewertungsmaßstab. Es gibt keine Position, die diese aufwändige Tätigkeit angemessen abbildet und eine Vergütung dafür definiert. Vor vielen Jahren ist uns die Gebühr für die ZE-Planung gestrichen worden. Diese wieder einzuführen wäre ein Anfang, dem gestiegenen Aufwand Rechnung zu tragen. Auch die Definition und Bewertung spezieller Gebühren für aufwändige Beratungen wäre ein guter Weg, um der sprechenden Medizin in der Zahnheilkunde zu ihrem angestammten Platz zu verhelfen.

Jürgen Fedderwitz

Guter Rat ist nicht teuer und trotzdem leicht zu finden



Dr. Jürgen Fedderwitz
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Patienten informieren sich zunehmend und wollen auf der Basis der erworbenen Informationen an medizinischen Entscheidungen mitwirken. Dieses veränderte Verständnis der Patienten kann nicht ohne Einfluss auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis sein. Die grundsätzliche Wissensasymmetrie zwischen dem Patienten als Laien und dem Zahnarzt als Experten kann durch den Erwerb von Informationen geringer werden und somit eine bessere Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung über die zu wählende (zahn)medizinische Versorgung ermöglichen. Die zunehmende „Patientensouveränität“ führt daher zu einer partizipativen Entscheidungsfindung (sog. „shared decision-making“), die die Zahnärzteschaft ausdrücklich begrüßt. Denn wenn Patienten besser über ihre (Mund-)Gesundheitsprobleme informiert sind und sich an der Auswahl der Versorgung beteiligen, kann dies den Erfolg der Therapie sehr positiv beeinflussen.

Der Patient steht im Mittelpunkt

Ausgangspunkt unserer Überlegungen sind immer die Patienten. Sie stehen im Zentrum des Versorgungsgeschehens, denn es geht um ihre Mundgesundheit. Um den immer komplexer werdenden Bedarfen und Anforderungen der Patienten – auch aufgrund des demografischen Wandels – gerecht zu werden, brauchen wir ein Gesundheitssystem, das eine zeitgemäße, hochwertige und wohnortnahe Versorgung flächendeckend garantiert und eine Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse ermöglicht. Auf dieses Ziel müssen die Rahmenbedingungen ausgerichtet sein. Vor allem die freie Arzt- und Zahnarztwahl ist unerlässlich.

Der Patient muss auch das Recht und die Freiheit haben, zwischen unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Therapiealternativen in der Zahnmedizin wählen zu können. Er muss am dynamischen medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben dürfen. Der GKV-Katalog ermöglicht die notwendigen zahnmedizinischen Maßnahmen („need dentistry“), darüber hinaus können und müssen aber auch die Ästhetik- und Komfortwünsche der Patienten berücksichtigt werden („want dentistry“). Mit dem Festzuschussystem haben wir diesen Gedanken in die Versorgungsrealität umgesetzt. Mit den zunehmenden Wahlmöglich-

lichkeiten hat sich aber auch die Rolle des Patienten verändert. Er ist nicht mehr passiver Empfänger einer Leistung in einem paternalistisch geprägten System. Er ist heute aufgefordert, aus Alternativen zu wählen und Entscheidungen zu treffen. Die Zahnärzteschaft fordert und unterstützt den mündigen Patienten, der sich informieren und an Therapieentscheidungen partizipieren will.

Der Patient steht im Mittelpunkt, aber nicht nur im Mittelpunkt der zahnärztlichen Versorgung in der Zahnarztpraxis, sondern auch aus Verantwortung und als Verpflichtung sich selbst gegenüber. Nur Zahnarzt und Patient im Zusammenspiel können die bestmögliche Mundgesundheit des Patienten erreichen. Dazu bedarf es eines aufgeklärten Patienten, dem vom Zahnarzt die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten verdeutlicht werden, der sich im Zweifel aber auch selbst informiert oder sich mit den vielfältigen Beratungsmöglichkeiten, die die zahnärztliche Selbstverwaltung bietet, auseinandersetzt und diese in Anspruch nimmt.

Dabei sollten Patienten jedoch darauf achten, dass nicht jede verfügbare Information gleich gut geeignet ist. Patienteninformationen müssen einerseits gut verständlich angeboten werden, andererseits bedarf es auch einer gewissen Kompetenz, die vorhandenen Informationen zu ordnen und zu bewerten. Meist ist bei der Suche im Internet nicht der erste Treffer auch der wichtigste. Internetportale, in denen Laien Ratschläge an andere Laien verteilen, sind keine verlässlichen Quellen für angemessenes, präventives Gesundheitsverhalten und taugen nicht als Grundlage für die Entscheidung für z.B. die Art des Zahnersatzes.

Zahnärzte als Anwälte und Lotsen

Unser Leitbild ist eine Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient, die von Vertrauen geprägt ist. Die Zahnärzteschaft legt deswegen besonderen Wert darauf, dass Patient und Zahnarzt sich in einem partnerschaftlichen Verhältnis gegenüberstehen und ihre jeweilige Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung wahrnehmen. Dafür ist es erforderlich, die Autonomie des Patienten zu respektieren. Zahnärzte sind daher beim Thema Mundgesundheit Anwälte und

Lotsen ihrer Patienten innerhalb des Gesundheitswesens. Möglich ist dies jedoch nur in einem geschützten Vertrauensverhältnis. Dafür ist das Recht auf informationelle Selbstbestimmung entscheidend. Die Zahnärzte verteidigen dieses Recht ihrer Patienten, analog und digital. Daher sind über die elektronische Gesundheitskarte hinausgehende Anwendungen unter Datenschutzaspekten kritisch auf ihren Nutzen für Patient und Zahnarzt zu untersuchen. Die ver-

drin. Die Mundgesundheit hängt daher in hohem Maße von der Wahrnehmung der eigenverantwortlichen Mundhygiene der Patienten ab. Das energische Appellieren an die Eigenverantwortung der Patienten durch die Zahnärzteschaft war ein wesentlicher Grund für die Verbesserung der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland einen Spitzenplatz ein. In der zahnmedizinischen Ver-

Der mündige Patient hat Anspruch auf verlässliche Aufklärung und Orientierung in einem komplexer gewordenen Gesundheitswesen. Die Zahnärzteschaft unterstützt sein Informationsbedürfnis mit vielfältigen, für den Patienten kostenfreien Informationsangeboten.

tragszahnärztliche Versorgung ist bereits unter den heutigen datenschutzrechtlichen Bedingungen in der Lage, einerseits Qualität zu sichern und andererseits den Patienten eine maximale Transparenz in Form von Heil- und Kostenplänen, verbindlichen Gebührenordnungen sowie vertraglich vereinbarten Gutachterverfahren zu liefern.

Der mündige Patient hat Anspruch auf verlässliche Aufklärung und Orientierung in einem komplexer gewordenen Gesundheitswesen. Die Zahnärzteschaft unterstützt sein Informationsbedürfnis mit vielfältigen, für den Patienten kostenfreien Informationsangeboten. Der behandelnde Zahnarzt ist natürlich erster Ansprechpartner seiner Patienten. Jeder Zahnarzt hat seinem Patienten gegenüber eine Aufklärungs- und Informationspflicht. Dazu gehören Informationen über Befund, Diagnose sowie den erwartbaren Verlauf der Erkrankung. Außerdem klärt er über Therapiealternativen auf, nennt deren Chancen und Risiken und informiert über mögliche Kosten einer Behandlung. Eine gute Qualität der zahnärztlichen Behandlung kann nur in enger Zusammenarbeit und im Dialog mit dem Patienten erzielt werden. Eine umfassende Patientenmitarbeit und damit die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten (Empowerment) sind äußerst wichtige Faktoren bei der Erhaltung der Mundgesundheit bzw. bei der Behandlungsplanung und -durchführung.

Prävention braucht Eigenverantwortung der Patienten

Der Patient trägt durch sein Verhalten maßgeblich zum Behandlungserfolg bei. Denn in kaum einem anderen Versorgungsbereich lässt sich der Zusammenhang zwischen präventivem Verhalten und der Kooperation des Patienten und dem Gesundheitszustand so eindeutig herstellen wie in der Zahnme-

sorgung wurde insgesamt ein außerordentlich hoher Versorgungsgrad erreicht. Prävention funktioniert aber nur über die Eigenverantwortung der Patienten. Dies ist eine zentrale Besonderheit der zahnmedizinischen Versorgung.

Zahnärztliche Beratung über die Praxis hinaus

Über die Beratung in der Praxis hinaus haben die Zahnärzteorganisationen zusätzlich Patientenberatungsstellen eingerichtet. Ratsuchende Patientinnen und Patienten können sich an die (Landes-) Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wenden, die bundesweit ein Netz von Patientenberatungsstellen eingerichtet haben. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die (Landes-) Zahnärztekammern haben ab Mitte der 90er Jahre in Eigenregie eine neutrale und fachspezifische zahnärztliche Patientenberatung aufgebaut. Da diese Beratung eine der ersten institutionalisierten Angebote war, war das Interesse der Patienten enorm groß. Aufgrund der Relevanz des Themas wurde das Beratungsangebot sukzessive mit qualifiziertem Personal ausgebaut und schließlich 2002 auch von der Politik aufgegriffen.

Mittlerweile ist die Patientenberatung der zahnärztlichen Selbstverwaltung im öffentlichen Bewusstsein etabliert und erfährt hohe Akzeptanz bei den Patienten. Versicherte haben hier kostenfrei die Möglichkeit, telefonisch oder persönlich Informationen einzuholen. Die Beratungsstellen geben unter anderem Auskunft über neue Behandlungsmethoden und Therapiealternativen sowie Risiken bei Eingriffen. Sie beantworten Fragen zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse und zu zahnärztlichen Privatrechnungen. Und sie informieren über Zahnärzte vor Ort oder Verfahrenshilfen, wenn der Verdacht auf einen ärztlichen Kunstfehler vorliegt. Dieses niedrigschwellige

Angebot resultiert aus der mit der Freiberuflichkeit unmittelbar verbundenen Gemeinwohlverpflichtung der Zahnärzteschaft. Die Patientenberatung unterliegt daher auch einigen grundsätzlichen Prinzipien. Sie ist fachlich und sozial kompetent, d.h. für fachspezifische Fragen werden niedergelassene Zahnärzte konsultiert, die täglich in ihren Praxen Patientenkontakt haben. Daher gelten natürlich auch die Schweigepflicht und eine individuelle Beratung nach objektiven Kriterien unter Beachtung der anerkannten Regeln der Zahnheilkunde. Durch das bundesweite Netz der Beratungsstellen ist gute Erreichbarkeit gewährleistet und die Angebote sind größtenteils kostenfrei. Die Patientenberater werden gezielt ausgewählt und regelmäßig weitergebildet, um die Qualität der Beratung sicherzustellen. Es findet eine transparente, verständliche und nachvollziehbare Beratung statt, die weisungsfrei, frei von wirtschaftlichen Interessen und ausschließlich dem zahnärztlichen Berufsethos verpflichtet ist.

Mit Einführung des Festzuschussystems beim Zahnersatz im Jahr 2005 haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ihre Patientenberatung um ein Zweitmeinungsmodell erweitert, inklusive einer eigenen Homepage: <http://www.zahnarzt-zweitmeinung.de>. Gerade im Vorfeld umfangreicher und kostenintensiver Zahnersatzbehandlungen kann es sinnvoll sein, sich einen zweiten Heil- und Kostenplan ausarbeiten zu lassen, dieser ist für gesetzlich Krankenversicherte kostenfrei. Bei den Beratungsstellen können die Versicherten sich eine neutrale zweite Meinung einholen. Erfahrene und speziell geschulte Zahnersatzgutachter beraten unter anderem hinsichtlich der Art der vorgeschlagenen Therapie (z.B. Implantat oder Brücke) und der damit verbundenen Kosten.

Auch im Falle von Meinungsverschiedenheiten zwischen Patient und Zahnarzt oder Auseinandersetzungen mit dem Versicherer bieten die zahnärztlichen Organisationen über ihre Patientenberatungsstellen Hilfe an. Lassen sich die Probleme dort nicht klären, ist die Einschaltung eines Gutachters möglich. Für gesetzlich Krankenversicherte werden die Gutachter einvernehmlich von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen bestellt („vertragszahnärztliches Gutachterverfahren“). Dieses System hat sich über Jahrzehnte bewährt.

Diese einvernehmlich bestellten Gutachter sind in den Bereichen Prothetik, Kieferorthopädie, Parodontologie und bei der implantologischen Versorgung in besonderen Fällen tätig. In Planungsgutachten beurteilen sie, ob eine vorgesehene Therapie angemessen bzw. von der Krankenkasse zu übernehmen ist. Im Rahmen einer Nachbegutachtung überprüfen sie im

Nachgang zu einer Behandlung, ob diese fachlich korrekt war. Das Gutachterverfahren gibt dem Patienten damit die Möglichkeit, seinen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu vertreten und etwaige Fehler bei der Behandlung feststellen zu lassen. Zudem ist im Rahmen des Verfahrens eine Schlichtung möglich. Das Gutachterverfahren genießt bei allen Beteiligten eine enorm hohe Akzeptanz. Das Gutachterverfahren stellt ein wichtiges und anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung dar. Es ist damit beispielgebend für unser gesamtes Gesundheitswesen. Die Zahnärzteschaft ist hier Vorreiter.

Es kommt äußerst selten zu ernsteren Konflikten zwischen Patient und Zahnarzt. Falls doch, so können Schlichtungsstellen bei den Zahnärztekammern angerufen werden. Diese auf der Basis der Heilberufsgesetze eingerichteten Stellen sind mit Zahnärzten und Juristen besetzt. Sie können tätig werden, wenn beide Parteien ihr Einverständnis geben und arbeiten in der Regel sehr erfolgreich. Etwa 90 Prozent aller vorgelegten Streitfälle werden geschlichtet.

Darüber hinaus gibt es weitere Beratungsmöglichkeiten, wie z.B. von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD), die nicht nur zu zahnmedizinischen Fragen berät und mit der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer einen trilateralen Kooperationsvertrag geschlossen haben. Diese vielfältigen Beratungsmöglichkeiten, die vor allem von den zahnärztlichen Selbstverwaltungsorganen getragen werden, sind eine Besonderheit der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland und ermöglichen den Patientinnen und Patienten in vorbildhafter Weise zum sogenannten „mündigen Patienten“ zu werden. Die Vertragszahnärzteschaft unterstützt diese Entwicklung, denn sie ist als Stärkung und nicht als Schwächung des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses zu betrachten.

Lücken in Prävention und Beratung langfristig schließen

Aber nicht jeder ist in der Lage, sich selbstständig über das richtige (Mund-)Gesundheitsverhalten zu informieren. Vor allem wenn kein gesetzlicher Anspruch besteht, gehen die Versicherten häufig davon aus, dass die entsprechende Vorsorge- oder Therapiemaßnahme gar nicht notwendig ist. Die Tatsache, dass die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie bei einer Gruppe von Kleinkindern deutlich schlechter ist als die Mundgesundheit der Gesamtbevölkerung, weist darauf hin, dass hier das entsprechende Wissen über das richtige präventive Gesundheitsverhalten nicht vorhanden ist bzw. durch die betreuenden Personen

nicht umgesetzt werden kann. Daher ist es notwendig, für diese vulnerablen Gruppen die vorhandenen Präventionslücken zu schließen.

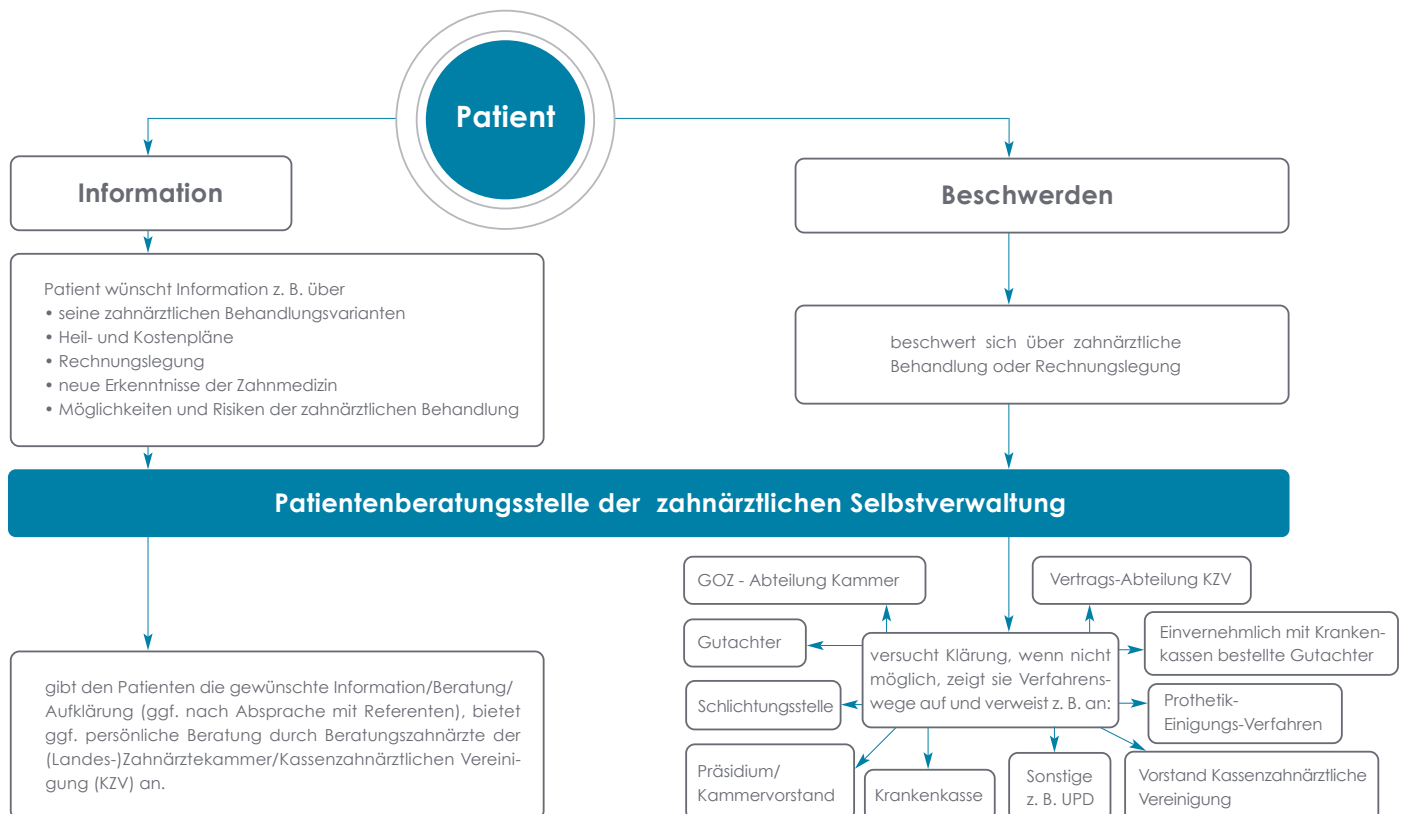
Bei denjenigen Patienten, die ihre Eigenverantwortung nicht mehr selbst wahrnehmen können, muss ein entsprechender Anspruch auf präventive Leistungen etabliert werden. Konkret gilt dies für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen. Der demografische Wandel stellt an dieser Stelle sowohl die Patienten als auch die Zahnärzteschaft vor neue Herausforderungen.

Bei den kleinsten Patienten hat die frühkindliche Karies bei unter Dreijährigen in den letzten Jahren an Häufigkeit zugenommen. Die Betreuung durch den Kinderarzt reicht hier nicht aus. Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung setzt erst ab dem 30. Lebensmonat ein, wenn häufig bereits ein kariöser Defekt besteht, sie sollte daher von Beginn an von Zahnärzten durchgeführt werden. Kinder müssen mit Durchbrechen des ersten Milchzahnes systematisch zahnmedizinisch betreut werden. Bereits die werdenden Eltern sollten in Zusammenarbeit mit Gynäkologen und Hebammen über Mundgesundheitsfragen informiert und beraten werden.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine wachsende Schiefelage in der Kariesverteilung zu beobachten, so tragen bei den 12-Jährigen ca. zehn Prozent der Kinder über 60 Prozent der Karieslast dieser Altersgruppe. Diese Risikogruppe, die häufig in sozial benachteiligten Familien – oft mit Migrationshintergrund – aufwächst, profitiert nicht im gleichen Maße von der Verbesserung der Mundgesundheit wie die übrige Bevölkerung. Sie bzw. ihre Eltern haben oft selbst nicht den Antrieb, eine Beratung oder direkt den Zahnarzt aufzusuchen, da sie dort mit Sprachproblemen konfrontiert werden. Daher ist die von der UPD zusätzlich angebotene Beratung in Türkisch und Russisch eine sehr lobenswerte Initiative, um auch diese Menschen über die (zahn)medizinischen Versorgungsmöglichkeiten zu informieren.

Es bedarf noch viel Arbeit und Zeit, um alle Versorgungs- und Beratungslücken, die es trotz der vielfältigen Angebote noch gibt, zu schließen. Die Organisationen der zahnärztlichen Selbstverwaltung sind bestrebt, ihre Beratung kontinuierlich zu verbessern. Die KZBV arbeitet daran, die Patientenorientierung noch weiter zu erhöhen und die Qualitätssicherungsinstrumente weiter zu entwickeln, damit möglichst alle Patienten die bestmögliche Beratung und Versorgung erhalten.

Die Aufgaben der Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Selbstverwaltung



Quelle: KZBV / BZÄK

Cornelia Prüfer-Storcks

Auch die Zahnmedizin braucht den mündigen Patienten



Cornelia Prüfer-Storcks, SPD
Senatorin für Gesundheit
und Verbraucherschutz in
Hamburg

Gesundheitspolitik hat die Aufgabe, optimale Rahmenbedingungen für die bestmögliche medizinische Versorgung einer Gesellschaft zu schaffen. Dies zum Beispiel, indem sie gemeinsam mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens Gesundheitsziele formuliert. Dadurch können Vorstellungen in Einklang gebracht werden und gemeinsam Prioritäten in einem vielstimmigen Sektor gesetzt werden. Jede Interessengruppe hat ihre Stärken und damit die Möglichkeiten, Wesentliches für eine bessere gesundheitliche Versorgung beizutragen. Die ausformulierten Gesundheitsziele können eine Bezugsgröße sein, eine ständige Erinnerung und ihre Evaluation Ansporn für verbessernde Maßnahmen und Initiativen.

Eines der nationalen Gesundheitsziele in Deutschland lautet „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“. Kaum jemand stellt inzwischen mehr laut in Frage, dass mündige Patientinnen und Patienten selbstbestimmt und gut informiert ihre Entscheidungen treffen sollten. Trotz dieses Konsenses ist es schwierig, dieses Ziel zu erreichen. Dazu tragen die Wissensvorsprünge der Experten und vor allem auch die ganz besondere Situation bei, die mit einer Erkrankung verbunden ist. Die Beziehung zwischen Heilberuflern und Patientinnen und Patienten wird tendenziell asymmetrisch bleiben. Trotzdem sollten wir weiter danach streben, uns einem Kräftegleichgewicht anzunähern.

Eine Antwort auf die Frage, in welchen Feldern die Kompetenz von Patientinnen und Patienten verbessert und ihre Souveränität gestärkt werden kann, gibt uns die Analyse der Häufigkeit der erforderlichen Beratungen durch unabhängige Stellen. Der Bericht „Monitor Patientenberatung 2013“ der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) hat 75.000 Beratungsgespräche ausgewertet. Anfragen zu Zahngesundheit und zahnmedizinischer Behandlung nehmen einen großen Anteil am Beratungsgeschehen ein. Dieser erste Monitor gibt auch Hinweise darauf, wo genau Probleme auftreten und was Patientinnen und Patienten helfen könnte, eine wirklich souveräne Entscheidung zu treffen.

Das wäre zum Beispiel eine auf zahnmedizinische Fragestellungen bezogene, für Patientinnen und Patien-

ten ermunternde Darstellung ihrer Aufklärungs- und Informationsrechte, wie sie etwa durch das Patientenrechtegesetz seit Februar 2013 festgelegt werden. Betroffene benötigen die Unterstützung durch die Beratungsstelle, da sie ohne diese häufig unvollständige Informationen erhalten. Ein Automatismus, der sicherstellt, dass Patientinnen und Patienten von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin korrekt über Behandlungsalternativen beraten werden, fehlt. Sie können die Notwendigkeit einer Behandlung und die Qualität der Versorgungsleistung nicht einschätzen. Sie verstehen oft nicht, was genau auf sie zukommt. Es gelingt ihnen nicht, ihre Heil- und Kostenpläne zu verstehen und den Anteil der Kosten, den sie selbst tragen müssen, abzuschätzen. Da aber gerade für die Gesunderhaltung der Zähne oder die Wiederherstellung des Gebisses neben den Vertragsleistungen zahlreiche von gesetzlich Versicherten selbst zu tragende Leistungen angeboten werden, wiegt die mangelnde Patienteninformation umso schwerer. Hier besteht Handlungsbedarf.

Erste Schritte zur Abhilfe bei häufig nachgefragten Problemen bieten beispielsweise die zahnärztlichen Körperschaften in Hamburg durch eine Patientenberatung u.a. mit kostenlosem Zweitmeinungsverfahren und durch das Angebot eines interaktiven Heil- und Kostenplans zu Informationszwecken. Die Angebote sind allerdings für Kranke, Ältere oder Menschen, die Sprach- oder andere Barrieren überwinden müssen, nicht einfach zugänglich und manchmal schwer zu verstehen. Hier könnte mehr Unterstützung gegeben werden. Hilfreich wäre auch ein spezielles Internetportal, das den Vergleich der Qualität und des Umfangs einer professionellen Zahnreinigung und der dafür selbst zu tragenden Kosten erlaubt.

Gespräche der Gesundheitsbehörde mit der zahnärztlichen Selbstverwaltung in Hamburg zeigen, dass Interesse vorhanden ist, in Zukunft auch aus dem eigenen hohen Beratungsaufkommen zu lernen, etwa dadurch, dass Beratungskontakte noch systematischer erfasst werden. Die Patientenorientierung können die Körperschaften auch dadurch noch weiter fördern, indem sie ihren Mitgliedern Instrumente zur Erfüllung ihrer Aufklärungs- und Informationspflichten an die Hand geben. Patientinnen und Patienten müssen so

aufgeklärt werden, dass sie die Informationen verstehen. Das beinhaltet für Zahnärztinnen und Zahnärzte die Notwendigkeit, die ganz speziellen, individuellen Hindernisse für eine wirksame Aufklärung zu überwinden. Unabhängig davon, ob diese Barriere durch eine Fremdsprache, durch schlechtes Hören oder langsames Verstehen entstanden ist. Weitere Ansatzpunkte für die Selbstoptimierung von Praxen sind Reaktionen auf das Feedback von Dritten, seien es Fallbesprechungen in Qualitätszirkeln, Patienten-

zusammen. So leistet, neben der Gesundheitsförderung insbesondere auch die Prävention durch die Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten einen wichtigen Beitrag. Mit seinen messbaren Erfolgen steht Hamburg im internationalen Vergleich an hervorragender Stelle.

Neben der Formulierung von Gesundheitszielen, Gesetzesinitiativen und dem Engagement in spezifischen Arbeitsgremien und Projekten können Initiativen auch

Eines der nationalen Gesundheitsziele in Deutschland lautet „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“. Kaum jemand stellt inzwischen mehr laut in Frage, dass mündige Patientinnen und Patienten selbstbestimmt und gut informiert ihre Entscheidungen treffen sollten.

befragungen oder Aktionen mit Pseudo-Customern. Dieses Potenzial wurde bisher noch nicht umfangreich ausgeschöpft.

Noch erstrebenswerter als eine so verbesserte Patientenorientierung im Nachgang sind jedoch präventive Aktivitäten. Diese führen im Idealfall dazu, dass ein Mensch später gar nicht erst in die Verlegenheit kommt, als Patient schwierige Entscheidungen fällen zu müssen.

Einen Beleg dafür liefern die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen, die durch die Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzte in Hamburger Schulen durchgeführt wurden. Im Schuljahr 1997/1998 waren bei den Milchgebissen der Kinder in den ersten Klassen nur etwa 36 Prozent der untersuchten Gebisse naturgesund, also frei von Karies und ohne jegliche Füllung. Im Untersuchungszeitraum 2012 bis 2013 sind es bereits 56 Prozent naturgesunde Gebisse. Bei den Kindern der 4. Klassen weisen die Dauergebisse mittlerweile zu 80 Prozent gesunde Zähne aus. 1997/1998 waren es nur 55 Prozent. Diese Erfolge sind maßgeblich auf die gute Präventionsarbeit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Hamburg e.V. (LAJH) in Zusammenarbeit mit den bezirklichen Gesundheitsämtern zurückzuführen. Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko (Anteil der Erstklässler 1997/98 27,6 %, 2012-2013 gesunken auf 20,7 %) wird ein gezieltes Betreuungs- und Präventionsprogramm angeboten, das ihnen die schmerzhafteste Patientenrolle ersparen soll. Die LAJH, in der auch die Gesundheitsbehörde Mitglied ist und sich über die Schulzahnärzte einbringt, arbeitet sehr erfolgreich mit ihren Vorsorgeprogrammen und Unterrichtseinheiten zur Zahnpflege mit Kindergärten und Schulen

ganz konkret darauf abzielen, in den Praxen vorbeugend Unterstützung zur Information von Patientinnen und Patienten zu leisten. Im Rahmen der routinemäßigen Begehungen zahnmedizinischer Praxen kann die Überwachungsbehörde Verbände und Praxen auch hinsichtlich der entsprechenden Patienteninformation aus ihrem Blickwinkel unterstützen.

Politik und Ärzteschaft müssen ihre unterschiedlichen Möglichkeiten nutzen, in Zukunft Gesundheitsziele noch besser zu erreichen als bisher: Indem zahnmedizinische Beratung über Behandlungsalternativen wie auch andere Informationen rechtzeitig, selbstverständlich und verständlich angeboten werden. Indem Qualität gesichert und transparent dargestellt wird. Indem der Umgang mit Fehlern patientenorientierter wird. Und indem Chancen für einen sinnvollen Ausbau der Patientenrechte wahrgenommen werden. Die Länder hatten im Gesetzgebungsverfahren 2013 bereits vorgeschlagen, den Anspruch auf einen Patientenbrief zu schaffen. Das ist nicht umgesetzt worden, bleibt aber weiter sinnvoll.

Dietrich Wersich

Der mündige Patient



Dietrich Wersich, CDU
 Facharzt für Allgemein-
 medizin, Gesundheitssenator
 in Hamburg 2008-2011

Wir lassen uns beraten. Aber entscheiden selbst. Warum kann oder soll das nicht auch die Leitmaxime im Gesundheitswesen sein, wenn es um unseren eigenen Körper, um unsere Unversehrtheit, um uns selber geht?

Die Gegenpole sind klar: Die einen meinen: Der Patient ist unwissend. Der Arzt weiß, wo es langgeht und was gut ist. Wenn's um Gesundheit geht, ist die Expertendiktatur über das Individuum gerechtfertigt. Doch diese Haltung passt nicht zum aufgeklärten Menschenbild, unterschätzt den Expertenstreit („zwei Experten, drei Meinungen“) und verkennt schließlich, dass „viele Wege nach Rom“ führen, gerade in der Medizin. Auch eine Aufklärung, die den Patienten mit Fachchinesisch überzieht, so dass dieser nichts versteht, ist eher ein Alibi der Expertendiktatur.

Die andere Seite meint, der Patient müsse alles wissen - ob er will oder nicht. Aufklärung und Gespräche sind endlos und sinnlos wie Beipackzettel. Den Patienten beschleicht das Gefühl, dass der Arzt sich quasi vorab entschuldigt, wenn's schief läuft. Getreu dem Motto „ich hab's ja gesagt“. Zurück bleibt ein verwirrter, ein verunsicherter, nicht selten hilfloser Patient. Zumindest in der Humanmedizin ist das keine gute Voraussetzung erfolgreicher Heilungsprozesse.

Erwachsene Menschen sind keine Experten - aber auch keine Kinder. Damit kommen wir im Leben eigentlich ganz gut zurecht. Beim Kauf eines Smartphones, ohne dass wir wissen, wie so etwas gebaut wird oder funktioniert. Auch bei der Essenbestellung im Restaurant kommt man ohne eigene Küchenerfahrung zu einer Entscheidung. Oder auf der Bank. Die wenigsten sind bereit, im blinden Vertrauen ihr Geld zu geben, sondern erwarten zu Recht eine Beratung und möchten dann selbst über ihre Anlage entscheiden. Und selbst in der Politik ist - entgegen der oft geäußerten Erwartung - der Politiker oder Abgeordnete ja nicht der größte Experte in allem, sondern der demokratisch legitimierte Entscheider, der sich von Experten und Ministerien beraten lässt und dann als Vertreter für das Volk entscheidet.

Paradigmenwechsel weg vom Fürsorgegedanken

Schon seit Jahrzehnten erleben wir im Gesundheits- und Sozialwesen den Paradigmenwechsel: Weg von der gut gemeinten Fürsorge, dem Bestimmen über den Patienten. Der Arzt wird zunehmend zum Bera-

ter. Oder um ein anderes Bild zu wählen: Der Arzt ist der Trainer, springen muss der Patient selbst. Viele Begriffe bezeichnen diesen Prozess, von Empowerment, dem aktiven Befähigen des Patienten zu einer Entscheidung bis zur Autonomie. Dieser Prozess wird befeuert durch die Allgegenwärtigkeit von Informationen im Internet. Das ist nicht ohne Risiko, denn vor allem die fehlende Qualitätssicherung bereitet großen Kummer, nicht selten erhalten fachlicher Unsinn oder gefährliche Außenseitermeinungen große Aufmerksamkeit im Netz. Abgeschwächt kannten wir das auch früher, wenn dem Arzt ein seltsamer Artikel aus irgendeiner großen Illustrierten unter die Nase gehalten wurde. Das war aber irgendwie beherrschbar. Viel bedeutender und wichtiger ist die Entwicklung in der Selbsthilfe: Ein Bereich, der mit großen Anfangsschwierigkeiten und Misstrauen im Verhältnis zwischen Experte und Laie, Arzt und Patient zu kämpfen hatte. Heute sind gute Selbsthilfegruppen von allen Seiten geschätzt und nicht mehr aus dem Gesundheitswesen wegzudenken. Gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Rheuma oder Sucht wird hier tatsächlich der Patient zum Experten in eigener Sache. Der durch Selbsthilfe kompetente Patient wird sogar zur Bedingung für einen besseren Behandlungserfolg.

Akzeptanz der Patientenentscheidung ist keine Niederlage für den Arzt

Der mündige Patient bedeutet aber auch, dass der Arzt die Akzeptanz aufbringen muss, Entscheidungen des Patienten hinzunehmen und nicht als Niederlage des eigenen Expertentums zu begreifen. Die Gründe für abweichende Entscheidungen der Patienten können vielfältig sein: Persönliche oder religiöse Einstellungen, soziale, familiäre, ökonomische und viele andere Überlegungen. Nur der Patient kann die Verantwortung für sich als Ganzes tragen. Um nicht missverstanden zu werden: Diejenigen, die „blind vertrauen“, keine Details wissen wollen („Doktor machen Sie, Sie wissen es ja besser“); diese Patienten nicht mit gutgemeinter Aufklärung zu bestürmen, sondern ihre Einstellung hinzunehmen, gehört ebenfalls zur Akzeptanz des Patientenwillens.

Grenzen verschieben sich

Während der letzten Jahrzehnte hat sich die Akzeptanz der Patientenautonomie stetig erweitert. Zuerst

waren es die „normalen“ Erwachsenen, die gut Gebildeten, bei denen man Empowerment versuchte. Heute wird uns mehr und mehr klar, dass auch ältere, kranke, bildungsferne und/oder kulturell ganz anders geprägte Menschen zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung fähig sind. Selbst in dem Bereich, der hunderte von Jahren die Domäne der Fürsorge war, nämlich der Behindertenhilfe („Sorgenkinder“), rückt immer mehr – nicht zuletzt durch die UN-Behindertenrechtskonvention – die autonome Entscheidung in den Vordergrund. Sogar extreme Bereiche werden in Frage gestellt, wenn bei akut psychisch Kranken nach entsprechenden Gerichtsurteilen Behandlungen ohne Einwilligung oder sogar Zwangsbehandlungen nur noch unter engen rechtlichen Voraussetzungen möglich sind. Hier besteht allerdings inzwischen die Gefahr, dass die „radikale Akzeptanz“ des Patientenwillens verkennt, dass die Veränderung der Wahrnehmung durch Krankheit eben keine verantwortungsvolle und freie Entscheidung mehr ermöglicht. Da ist auch die Politik gefordert, denn unbehandelte psychische Erkrankungen gehen nicht selten mit schwerster Verwahrlosung und sozialer Isolation einher. Wenn der Kranke moderne therapeutische Maßnahmen ablehnt, führt uns das zurück in die Zustände der Aufbewahrung psychisch Kranker in geschlossenen Einrichtungen, ohne die Möglichkeiten der modernen Medizin einsetzen zu können.

Die Aufgaben der Politik

Welche Rolle spielt die Politik in diesem Prozess? Im Beispiel der Psychiatrie muss der Gesetzgeber handeln und Rechtssicherheit für human gebotene Behandlungen gewährleisten. Hamburg hat dies gerade mit einer Novelle des Psychisch-Kranken-Gesetzes getan. Die Wirksamkeit wird zu prüfen sein. Politik hat die Aufgabe, den Rahmen zu setzen, die gesellschaftlichen Spielregeln zu bestimmen, nach denen im Gesundheitswesen gehandelt wird. Dazu gehört die Stärkung der Patientenrechte auf Information und Aufklärung. Dazu gehört die Aufgabe, Strukturen zu fördern, die dies ermöglichen, wie beispielsweise transparente Qualitätsberichte, unabhängige Patientenberatung oder die Selbsthilfe. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind die Ansprüche des Patienten, eine zweite Meinung einzuholen – von der Krankenversicherung finanziert. Bei schwierigen oder auch finanziell schwerwiegenden Maßnahmen kommt vermehrt die Einschaltung von Gutachtern oder die Trennung von Indikationsstellung und Durchführung der Behandlung in Betracht, um ökonomisch bedingte Konflikte oder Fehlanreize zu vermeiden. Gerade in der Zahnmedizin gibt es ja schon seit langem die Genehmigung von Behandlungsplänen durch die Kostenträger. Gesundheitspolitik hat aber auch die Aufgabe, die Kommunikation zwischen den Berufs- und Interessengruppen, den Patienten und der Öffentlichkeit über Möglichkeiten und Grenzen der

Weiterentwicklung von Aufklärungs- und Einwilligungsstandards voranzutreiben.

Qualität muss im Dreieck zwischen Arzt, Krankenkasse und Patient gedacht werden

Ein fach-politisch erstaunlich blinder Fleck ist die Konsequenz der zunehmend autonomen Rolle der Patienten im Gesundheitswesen für Fragen der Qualität und Finanzierung. Die Diskussion beschränkt sich nach wie vor meistens auf Leistungserbringer und Kostenträger. Der Arzt wird gleichsam Alleinhaftender für den Behandlungserfolg. Diese Denkfikur passt aber nicht zum Bild des mündigen Patienten, der nicht nur durch seine Compliance, sondern auch durch seine Mitentscheidung in die Qualitätsbewertung einbezogen werden muss. Das macht die Sache sicherlich nicht einfacher - aber es ist unerlässlich.

In der Diskussion um Qualität gilt immer noch der Arzt als Alleinhaftender für den Behandlungserfolg. Heute jedoch ist der mündige Patient selbst ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Das muss von der Politik stärker berücksichtigt werden.

lich. Der Patient trägt auch Verantwortung an Erfolg und Misserfolg, er ist wesentlich beteiligt. Das mag in der Zahnmedizin und Chirurgie möglicherweise weniger ausgeprägt sein, für viele andere Gesundheitsbereiche aber ist der Patient selbst ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Das muss auch von der Politik stärker berücksichtigt werden, egal ob es um Disease-Management-Programme oder um die Einführung erfolgsabhängiger Vergütung, von Malus- und Bonus-Systemen geht. Wenn der „schwierige Patient“ am Ende weniger erfolgreich in der Diabetesbehandlung abschneidet und der Arzt dafür noch mit finanziellen Abzügen bestraft wird, obwohl er besonders hart für den Erfolg arbeiten muss, liefe etwas furchtbar schief. Der Patient als Entscheider bedeutet auch, anzuerkennen, dass der Arzt nicht allein für Erfolg und Misserfolg haften kann. Mit der Haltung: Hätte der Arzt richtig beraten, hätte der Patient zugestimmt oder mitgemacht, wären wir wieder verdächtig nah an der oben genannten Expertendiktatur und nicht beim mündigen Patienten.

Der mündige Patient bedeutet für alle im Gesundheitswesen, mehr zu tun für gute Information, für echte Aufklärung, für eine Haltung des Therapeuten als Berater und Trainer. Aber es bedeutet auch im Endeffekt Respekt und Akzeptanz der Entscheidung des Patienten. Mit allen ihren Konsequenzen. Auch dem Mut zur Lücke.

Thomas Heilmann, Jana Gebhardt

Stärkung der Patientensouveränität - Aufgabe einer Krankenkasse?

Warum engagiert sich eine Krankenkasse für den „mündigen Patienten“?



Thomas Heilmann
Fachreferatsleiter Versorgungsmanagement Angebote bei der Techniker Krankenkasse, Hamburg



Jana Gebhardt
Fachreferat Versorgungsmanagement Angebote bei der Techniker Krankenkasse, Hamburg

Mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin und den verstärkten Bemühungen um wissenschaftlich erarbeitete, „nachweisgestützte“ Leitlinien für die Therapie von Krankheiten eröffnen sich auch für den Patienten neue Möglichkeiten der Information und Mitsprache. Arzt und Patient entscheiden heute idealerweise gemeinsam. Dabei gilt der Arzt in der Regel als der medizinische Experte - der Patient als Experte seiner Krankheit. So wie der Arzt dem Patienten zuhört, um die Genesis und Umstände krankhafter Symptome zu verstehen, kann der Patient durch Aneignung medizinischen Wissens aktiver und kompetenter an der Entscheidungsfindung über weitere Diagnostik und Therapie mitwirken. Dafür benötigt ein Patient Informationen - neutral und qualitätsgesichert. Informationen, die Chancen und Risiken von Behandlungsoptionen sowie mögliche Alternativen aufzeigen. Die Auswahl und die zur Verfügung stehenden Medien, wie z.B. Patientenportale im Internet, Gesundheitsinformationen in Zeitungen oder im Fernsehen, sind groß. Doch wie erkennt der suchende Patient gute, qualitätsgesicherte und vor allem unabhängige Informationen?

Die Politik unterstützt den Wandel hin zum mündigen Patienten, indem sie die Akteure im Gesundheitswesen auffordert, diese Entwicklungen zu fördern. Das heißt, auch Krankenkassen haben nicht nur die Möglichkeit, sondern sogar den gesetzlichen Auftrag, ihre Versicherten bei der Suche nach geeigneten Informationen zu unterstützen (§ 1 Sozialgesetzbuch V). Darüber hinaus können sie selbst Angebote bereitstellen, die konkret auf die Stärkung der Patientensouveränität ausgerichtet sind. Dies umfasst auch die Motivation des Einzelnen, sich mit seiner Gesundheit zu beschäftigen, um im Krankheitsfall mündige Entscheidungen treffen zu können.

Die Techniker Krankenkasse geht diesen Weg der Stärkung der Patientensouveränität bereits seit einigen Jahren. Auf der Basis des gesetzlichen Auftrags bietet sie ihren Versicherten dabei vielfältige Angebote und Initiativen, von denen im Folgenden auszugsweise einige dargestellt werden.

Kursreihe „Kompetent als Patient“:

Im Rahmen dieser Kursreihe, deren Termine jeweils im Frühjahr und im Herbst eines Kalenderjahres an 14 Standorten im Bundesgebiet stattfinden, lernen die Interessenten in einzelnen Kursen Informationen zum Thema Gesundheit zu bewerten, Arztgespräche erfolgreich zu führen und Gesundheitsdienstleister zu finden sowie deren Qualität einzuschätzen. Dabei stehen Informationen rund um den Aufbau bzw. die Stärkung von Patientenkompetenzen im Mittelpunkt.

Im „Kurs Gesundheitsdienstleister finden und bewerten“ geht es beispielsweise um Fragen, wie Patienten einen geeigneten Arzt oder ein geeignetes Krankenhaus finden oder ob sie Medikamente besser in der Apotheke um die Ecke oder im Internet-Versandhandel kaufen. Hier erfahren die Teilnehmer, woran sie geeignete Arztpraxen und Krankenhäuser sowie seriöse Internetapotheken erkennen können.

Im kleinen Kursrahmen (pro Kurs maximal 15 Teilnehmer) ist genügend Platz und Zeit für Erfahrungsaustausch mit dem Dozenten bzw. mit den anderen Teilnehmern zu den einzelnen Themen und oftmals bereits gemachten, persönlichen Erfahrungen. In einem Kalenderjahr können ca. 2.500 Interessenten an diesen Kursen teilnehmen. Zu Punkten wie „Themen und Übungen waren relevant und nützlich“ oder „ich habe etwas Neues und Sinnvolles gelernt“ lag die Teilnehmerzufriedenheit im Frühjahr 2013 zwischen 95 % und 97 %.

Informationen durch das TK-ÄrzteZentrum:

Auf Fragen zur Gesundheit will man möglichst schnell eine Antwort haben. Zum Beispiel, wenn nach dem Arztbesuch noch etwas unklar oder wenn der Beipackzettel nicht verständlich ist. Telefonisch beantwortet das unabhängige TK-ÄrzteZentrum die Anfragen der TK-Versicherten an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr.

Zu den häufigsten Fragestellungen von Seiten der Kunden zählen dabei Arzneimittel und deren Wirkung, (Reise-)Impfungen, (Kinder-)Krankheiten und

deren Symptome sowie Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).

Hier gibt es auch das Angebot „Expertenrat zum Zahnersatz“, bei dem TK-Versicherte sich mit erfahrenen Zahnärzten aus dem TK-ÄrzteZentrum ausführlich über die in ihrem Heil- und Kostenplan (HKP) vorgeschlagene Therapie- und Versorgungsform austauschen können. Die sich daraus ergebenden Fragen sind dabei nicht nur medizinischer, sondern auch wirtschaftlicher Natur, so dass auch Fragestellungen zu Gebührenordnungen, Honorar- und Laborpositionen, Steigerungsfaktoren, zu verwendetem Zahnersatzmaterial und dessen Herkunft erklärt werden können. Darüber hinaus bietet die TK mit ihrer HKP-Beratung eine gute Orientierung und Hilfestellung. Selbstverständlich wird nicht in die Arzt-Patienten-Beziehung eingegriffen. Eine finanzielle Implikation in diesem Zusammenhang entfällt aufgrund des Festzuschussystems.

Zweitmeinung vor Operationen:

Die TK bietet Versicherten, denen vom Arzt eine Wirbelsäulen-OP verordnet wurde, eine qualifizierte Zweitmeinung in 33 spezialisierten Schmerzzentren an. TK-Versicherte erhalten dort innerhalb von zwei Tagen einen Termin und können von einem interdisziplinären Team aus Schmerz-, Physio- und Psychotherapeuten überprüfen lassen, ob eine OP wirklich notwendig ist.

Eventuell vorliegende Krankenunterlagen, wie zum Beispiel Befunde oder Röntgenbilder, können die Patienten mitbringen - sie werden bei der Empfehlung des Schmerzteams berücksichtigt. Jeder der drei Therapeuten beschäftigt sich intensiv mit dem Patienten und seinen Schmerzen. Anschließend beraten sich die Experten und erarbeiten gemeinsam einen Behandlungsvorschlag. Das Ergebnis erläutern sie sowohl dem Versicherten als auch dem behandelnden Arzt.

Eine aktuelle Auswertung ergab, dass in 81 Prozent der Fälle eine Operation nicht notwendig ist, sondern die Schmerzen konservativ zu behandeln sind, beispielsweise mit Krankengymnastik oder Entspannungsverfahren. Nur bei elf Prozent der Teilnehmer rieten die Schmerzzentren ebenfalls zur Operation. Seit dem Start des Angebotes im Dezember 2009 haben bereits knapp 1000 TK-Versicherte dieses Angebot genutzt.

Patientenbroschüren, Entscheidungshilfen und medizinische Inhalte auf www.tk.de:

Schriftliche Informationen ergänzen das TK-Angebot für Interessierte auf der Suche nach medizinischen Informationen. Mit den Patienteninformationen bietet die TK Patienten und Angehörigen Informationen

zu Ursachen, Diagnostik und Möglichkeiten zur Behandlung häufig auftretender Krankheiten, wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Depression. Auch gibt es für einzelne Erkrankungsbereiche konkrete Entscheidungshilfen der TK, die sich kritisch mit der Früherkennung einzelner Krankheiten auseinandersetzen. Abgerundet wird dieses Informationsangebot mit kurzen Krankheitsinformationen unter dem Stichpunkt Medizin und Gesundheit/Krankheiten A-Z auf www.tk.de.

Die Stärkung des Patienten von einer passiv mitwirkenden hin zu einer aktiv mitgestaltenden Rolle verspricht eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.

Warum engagiert sich die TK für die Stärkung der Patientensouveränität?

Die aufgezeigten Angebote stellen nur einen kleinen Ausschnitt aus dem gesamten Themenbereich „Stärkung der Patientensouveränität“ innerhalb des TK-Portfolios dar. Jedoch zeigt bereits dieser Ausschnitt die Vielfältigkeit in den Bemühungen, die auch eine Krankenkasse unternehmen kann, um Patienten in ihrem Informationsbedürfnis zu unterstützen und dabei auch den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Denn nicht jeder Patient möchte aktiv mitentscheiden, nur weil er sich aktiv informiert. Mit der richtigen Information hat er aber zumindest die Möglichkeit sich für den einen oder anderen Weg zu entscheiden und somit eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung weiterzuentwickeln.

Die Erwartungshaltung der Versicherten auch an eine Krankenkasse ist, dass sie im Falle gesundheitlicher Probleme die bestmögliche Versorgung erhalten. Die Qualität einer Diagnose, der Erfolg einer Therapie hängt jedoch immer auch von der Mitwirkung des Patienten ab - wer seine Zähne nicht putzt, dem können auch beste Zahnfüllungen oder teure Kronen nicht helfen. Der Patient war immer schon integraler Bestandteil des Heilungsprozesses. Die Stärkung des Patienten von einer passiv mitwirkenden hin zu einer aktiv mitgestaltenden Rolle verspricht eine weitere Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung - gerade auch im Hinblick auf die gewachsene Rolle der evidenzbasierten Medizin. Von dieser Entwicklung profitieren nicht nur die Kassen, sondern letztlich alle Akteure im Gesundheitswesen.

Thomas Lüttke

Zahnersatz anschauen, begreifen und besser entscheiden

Das Kuratorium perfekter Zahnersatz setzt auf direkte und leicht verständliche Information.



**Zahntechnikermeister
Thomas Lüttke**
Vorsitzender des Kuratoriums
perfekter Zahnersatz

Gold oder Keramik? Festsitzender Zahnersatz oder doch lieber herausnehmbar? Was ist verträglicher? Was kostet es? Wie lange hält es? Und wo liegen die Vorteile für mich? Diese und viele weitere Fragen beschäftigen die Patienten, wenn es um Zahnersatz geht. Entwicklungssprünge wie sie durch die digitale Technik entstanden sind, durch die Implantologie und weiterentwickelte Werkstoffe, wie zuletzt etwa Hybridkeramik und „Nano-Komposit“, auch „Resin Nano Keramik“, schaffen oft zusätzlichen Informationsbedarf.

Das merken auch wir Zahntechniker. Die Meisterlabore der Innung haben darauf reagiert, viele bieten besonders qualifizierte Ansprechpartner. Etliche von ihnen gehen auf Wunsch auch in die Praxis, um allgemein über die verschiedenen Versorgungsformen zu informieren. Je komplexer die Therapie, desto mehr Interesse besteht von Seiten des Patienten an solchen Gesprächen und daran, sich die Labore einmal persönlich anzuschauen. Zahnersatz ist eben zu einem großen Teil Vertrauenssache. Jeder Patient hat deshalb das Recht, auf dem Heil- und Kostenplan zu erfahren, wo der Zahnersatz gefertigt wird und sollte auch seinen Zahnarzt dazu befragen können.

Versorgungen vergleichen und verstehen

Seriöse, leicht verständliche Informationen stärken dieses Vertrauen. Dabei greifen die Innungslabore gerne auf die Materialien des Kuratoriums perfekter Zahnersatz (KpZ) zurück. Alle Broschüren, die das 1989 gegründete KpZ herausgibt, sind vom wissenschaftlichen Beirat erarbeitet worden. Die umfangreiche, 56-seitige Broschüre „Versorgungen im Vergleich“ veranschaulicht mit zahlreichen Bildern, wie einzelne Versorgungsformen aufgebaut sind und welche Vorteile sie Patienten bieten. Damit hilft sie, die Versorgungsformen besser zu verstehen – ein wichtiger Schritt hin zur optimalen Entscheidung.

Gerade als gestandene Fachleute möchten wir ermutigen, leicht verständlich über Zahnersatz zu sprechen. In einem neuen Patienteninformationsmaterial zum Thema Metall-Keramik-Brücke gehen wir diesen Weg konsequent weiter. Mit unseren wissenschaftlichen Experten haben wir zum ersten Mal

einen Flyer in leichter Sprache entwickelt. Damit möchten wir Sprachbarrieren ganz bewusst niedrig halten. Ganz gleich, ob ältere Menschen, die zahlreichen Mitbürger mit Leseschwäche oder geringeren Deutschkenntnissen: Jeder sollte wissen, worum es geht. Zahnersatz ist Lebensqualität, deshalb möchten wir besonders verständlich informieren. Gleichzeitig freuen wir uns, wenn andere diesem Beispiel folgen. Das Faltblatt: „Eine Brücke füllt die Lücke: So entsteht eine Metall-Keramik-Brücke“ steht – wie auch die anderen Materialien – auf der Homepage des Kuratoriums. Die Unterlagen können direkt beim KpZ bezogen werden.

Hohe Qualität durch wissenschaftlichen Beirat

Beim KpZ publizieren wir ausschließlich wissenschaftlich abgesicherte Informationen. Das ist Teil unseres Selbstverständnisses. Was uns bei diesem hohen Anspruch hilft, ist die breite thematische Aufstellung des wissenschaftlichen Beirats. So hat Professor Lauer von der Universität Frankfurt einen ausgezeichneten Ruf als Prothetiker, Professor Dr. Jürgen Geis-Gerstorfer von der Universität Tübingen ist unser Experte für dentale Materialien und beim Thema Alterszahnmedizin wird Professorin Dr. Ina Nitschke, Universität Leipzig, gerne angesprochen. Das zahntechnische Wissen wiederum bringt Zahntechnikermeister Wolfgang Kohlbach, Kronberg, mit ein. Ihnen zur Seite steht Dr. Karin Uphoff, seit 19 Jahren Leiterin der Pressestelle des Kuratoriums in Marburg.

Älteste Anruferin der Hotline war 90 Jahre alt

Vor allem in den vergangenen Jahren spürt der wissenschaftliche Beirat immer mehr das wachsende Bedürfnis der Patienten, sich zusätzlich zur Beratung vor Ort an neutrale Sachverständige wenden zu können. Für die steigende Nachfrage an Beratung haben wir spezielle Hotline-Aktionen entwickelt. Viele Gespräche werden dabei geführt. Oft geht es um konkrete Fragen zur Situation des Patienten. Dazu bereiten sich die Patienten sorgfältig vor, notieren Fragen und legen sich wichtige Unterlagen bereit. Vertreten sind dabei übrigens alle Altersgruppen. Vor allem Frauen rufen uns an, die älteste Anruferin bei unserer Hotline-Aktion war 90 Jahre alt. Das freut uns ganz be-

Das Kuratorium perfekter Zahnersatz e.V. wurde im Juli 1989 vom Verband Deutscher Zahn-techniker-Innungen gegründet. Mit seiner Namensgebung will das Kuratorium den hohen Qualitätsanspruch zum Ausdruck bringen, der an Zahnersatz gestellt werden sollte. Ziel des gemeinnützigen Vereins ist die neutrale, umfassende und fachkompetente Information der breiten Öffentlichkeit über Themen rund um den Zahnersatz.

sonders, wenn jemand in diesem Alter noch so unterschieden für die eigene Lebensqualität eintritt und wegen seines Zahnersatzes zum Hörer greift.

Patienten staunen über die Verbindung von Hightech und Handarbeit

Vor zwei Jahren haben wir dieses Konzept der direkten Begegnung weiterentwickelt. Wir laden Patienten und Studierende der Zahnmedizin sowie die Presse gemeinsam zu Info-Tagen in die Universitäten ein. Es gibt Vorträge, Infos und Führungen durch zahntechnische Labore. Die Patienten nutzen auch diese Gelegenheit für Fragen und um sich Zahnersatz besser zu veranschaulichen. Bei der Führung durch die Labore gibt es immer wieder großes Erstaunen, wenn deutlich wird, wie viel Hightech und gleichzeitig unverzichtbare Handarbeit im Zahnersatz steckt. In solchen Veranstaltungen erhalten die Besucher (zusätzliche) Sicherheit für eigene Entscheidungen. Oft geht es um das Abwägen zwischen verschiedenen Materialien, dabei stehen Sicherheit und Verträglichkeit im Vordergrund. Auch über Kosten wird gesprochen. Aber es gibt auch andere Fragen, die etwa mit Vorerkrankungen wie Diabetes oder Osteoporose zusammenhängen. Angehörige sorgen sich bei Implantaten um die entsprechende hygienische Pflege. Alle diese Gespräche führen wir und unsere Experten vom wissenschaftlichen Beirat sehr aufmerksam, denn sie sagen uns, welche Themen in der Gesellschaft nachgefragt werden. Schon vor dem Info-Tag können Patienten konkrete Anfragen einreichen. Vieles beantworten wir auch in unseren Vorträgen, die immer aus einem Mix von zahnmedizinischen und zahntechnischen Themen bestehen.

Unser wichtigster Grundsatz: Kompliziertes leicht erklären

Ob im mündlichen Gespräch oder bei der schriftlichen Anfrage: Wir achten sorgsam darauf, komplizierte Sachverhalte leicht nachvollziehbar und anschaulich zu erklären. Alles Wichtige rund um Kronen und Brücken, Implantate und Prothesen greifen wir auch mit unserer Homepage www.zahnersatz-aktuell.de auf. Dort können sich Patienten umfassend informieren.

Flankiert werden die Aktivitäten des KpZ vom Presdienst „Zahnersatz aktuell“, der seit 1993 rund 1200 Redaktionen deutschlandweit beliefert. Journalisten finden darüber hinaus in der Presselounge der Homepage umfangreiches Material in Wort und Bild. Bei der Erstellung schauen wir auf die Menschen: Was bewegt sie? Welche Rolle spielt Zahnersatz in ihrem Leben? Zum Beispiel beim Essen. Da liegt ein Steak auf dem Teller und plötzlich kommt der Gedanke auf: „Kann ich das überhaupt beißen?“. Das ist oft erst der Moment, in dem viele Menschen realisieren, wie sehr Zähne und Zahnersatz Teil der

Lebensqualität sind. Deshalb nutzen wir den Presdienst, um die Menschen vorzubereiten, damit sie schließlich die für sich richtige Entscheidung treffen. Wie richtig dieser Weg ist, zeigen uns in diesem Jahr die zahlreichen Veröffentlichungen in reichweitenstarken Medien, on- und offline. So haben neben zahlreichen Tageszeitungen und Gesundheitsportalen auch „stern.de“, die „Deutsche Presse-Agentur“, die „Freizeitwoche“ und „Meine Apotheke“ ihre Leser mit unseren Artikeln über Zahnersatz informiert. Auch moderne Social Media wie Facebook setzen wir ein, um Patienten zu erreichen.

Ob im mündlichen Gespräch oder bei der schriftlichen Anfrage: Wir achten sorgsam darauf, komplizierte Sachverhalte leicht nachvollziehbar und anschaulich zu erklären.

Basis für zufriedene Patienten: Zusammenarbeit von Zahnarzt und Zahntechniker vor Ort

Bei allen diesen Arbeiten steht für uns vom KpZ wie auch für die Meisterlabore der Zahntechniker-Innungen immer die gute Zusammenarbeit von Zahnarzt und Zahntechniker vor Ort im Vordergrund. Ihr Zusammenspiel bildet die Grundlage, damit Patienten mit ihrem Zahnersatz vollständig zufrieden sind. Dafür setzen wir uns mit ganzer Leidenschaft ein – gestern, heute und in Zukunft. Wir sind sicher: Wird das weiterhin gelingen, sind die Voraussetzungen gut, damit auch künftig in Deutschland hergestellter Zahnersatz weiterhin weltweit höchste Anerkennung erfährt.



Zahntechnikermeister Robert Arnold, Laborleiter der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum) der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, gab den Besuchern beim Info-Tag des Kuratoriums perfekter Zahnersatz Einblick in die Arbeit der Zahntechniker.

Benjamin Ewert

Patient und Konsument in einer Person

Multiple Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen



Dr. Benjamin Ewert
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik der Justus-Liebig-Universität Gießen

Einleitung

In modernen Gesundheitssystemen, so die Kernthese dieses Beitrages, werden Nutzer in multiple Rollen angesprochen – als Bürger, Versicherte, Patienten und Konsumenten.¹ Nutzern werden diese Rollen kontextuell zugeschrieben: Etwa als Adressaten von Gesundheitspolitik, in der Interaktion mit Leistungserbringern und der Inanspruchnahme von Leistungen und Diensten oder bei der privaten Investition in präventive Gesundheitsleistungen. „Mündigkeit“ heißt in diesem Zusammenhang für Nutzer, die situativ unterschiedlichen Rollenanforderungen zu erkennen und mit den eigenen Ansprüchen an eine gute Gesundheitsversorgung sowie vorhandenen Handlungskompetenzen in Einklang zu bringen. Erst im Wechselspiel zwischen äußeren Rollenzuschreibungen und persönlichen Wert- und Gesundheitsvorstellungen können sich individuelle Nutzeridentitäten herausbilden. Wie herausfordernd dieser Positionierungsprozess für Nutzer des Gesundheitswesens sein kann, zeigt der Beitrag am Beispiel der Zahnmedizin.

Sozialpolitischer Wandel

Die einleitend skizzierten Veränderungen sind Teil eines größeren Politikwechsels, daher ist zunächst nach den sozialpolitischen Rahmenbedingungen modernisierter Gesundheitswesens zu fragen. Welche Begründungsmuster und Prinzipien begleiten gegenwärtige Gesundheitsreformen, neue Nutzerleitbilder sowie die konkrete Ausgestaltung des Versorgungsangebotes?

Neue Sozialpolitiken verschränken soziale und wirtschaftliche Ziele: An die Stelle von distributiven Begründungen für sozialpolitische Maßnahmen treten Investitionsprogramme zur Aktivierung von Sozialbürgern, d.h. soziale Rechte, wie zum Beispiel der kostenlose Zugang zu Gesundheitsleistungen, sind nicht länger bedingungslos, sondern stets an gewisse Eigenleistungen gebunden. So ist etwa das Recht zur „Marktteilnahme“ in der gesetzlichen Kranken-

versicherung (GKV) an die eigenverantwortliche Anbieterswahl gebunden. Innerhalb beitragsfinanzierter Sicherungssysteme werden Effizienz und Wachstum zu Antriebsmotoren und Legitimationsgrundlagen sozialpolitischer Maßnahmen. Bezogen auf die GKV heißt das: Versicherte sollen durch ihre Wahlentscheidung dazu beitragen, dass sich finanziell gesunde und wettbewerbsstarke Anbieter langfristig am Markt durchsetzen. Vor dem Hintergrund dieser Prämisse bedeutet erfolgreiche Sozialpolitik nicht nur Sicherheit und Entfaltungsmöglichkeiten für den Einzelnen, sondern auch die Grundlage für wirtschaftliches Wachstum in der Gesellschaft.

Die Nutzbarmachung von Marktmechanismen für sozialpolitische Ziele erfolgt anhand zweier Prozesse, die mit unterschiedlichen Rollenanforderungen für die Adressaten von Sozialpolitik (bzw. Nutzer des Gesundheitswesens) verknüpft sind: der Ökonomisierung und der Vermarktlichung.

Die Ökonomisierung von sozialen und gesundheitlichen Leistungen und Diensten entfacht potentiell restriktive Wirkungen, wie die Eingrenzung sozialer Rechte und Wahlfreiheiten für Nutzer durch die Rationierung oder Konditionalisierung von Leistungen. Von stärker wettbewerbsbasierten Gesundheitssystemen können dahingegen für Nutzer freiheitsverbürgende Potentiale, wie mehr Wahlmöglichkeiten (choice) und Mitspracherechte (voice) ausgehen.

Welche Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozesse vollziehen sich im deutschen Gesundheitswesen?

Instrumente und Programme zur Rationalisierung und Kostendämpfung lassen sich vielerorts im Gesundheitssystem finden: Etwa im Krankenhaussektor, wo die retrospektive Vergütung dem effizienter erscheinenden System der Diagnosis Related Groups gewichen ist; in der ambulanten Versorgung mittels Zuzahlungen und Budgetierungen; aber auch restriktiv ausgestaltete Managed Care Programme und qualitätsunsensible Kosten-Nutzen-Bewertungen gehören in diese Kategorie. Die Gemeinsamkeit aller Ökonomisierungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich liegt

¹ Benjamin Ewert: *Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Springer VS, 2013

vor allem in der Übertragung des Kostendrucks auf Versicherte und Patienten. Diese sollen durch eine „effizienzorientierte“ Selbstoptimierung zur Koproduktion ihrer Gesundheit bzw. dem Management ihrer Krankheit beitragen. Finanzielle Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein im Umgang mit solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen gelten in diesem Sinne als übergeordnete Nutzertugenden.

Die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen, verstanden als mehr Wettbewerb unter Leistungsanbietern, zwischen denen Nutzer bedarfsorientiert wählen können, vollzieht sich in Deutschland vor allem in

In welchem Zusammenhang steht die strukturelle Entwicklungsdynamik im Gesundheitswesen nun zur Pluralisierung von Nutzerrollen und -zuschreibungen?

Herausbildung multipler Nutzeridentitäten

Rollenzuschreibungen an Nutzer resultieren aus Interaktionsprozessen zwischen der Vielzahl an Akteuren im Gesundheitswesen. Staatliche Akteure, wie Regierung und Gesundheitspolitik, richten sich zuvorderst an Nutzer als *Bürger* und *Versicherte* und rücken deren individuelle und kollektive Beteiligung in den Mittelpunkt.

Im Gesundheitsbereich führen situations- und kontextbezogene Verhaltensanforderungen zur Herausbildung multipler Rollenzuschreibungen, die Nutzer vor dem Hintergrund ihrer eigenen Identität(en) verarbeiten müssen.

zwei Bereichen: in der GKV, wo miteinander konkurrierende Versicherungsanbieter Wahl- und Zusatztarife anbieten sowie im expandierendem „zweiten Gesundheitsmarkt“, der das weite Spektrum privat zu finanzierender Leistungen abdeckt. Letzterer umfasst u.a. den Bereich der Selbstmedikation, sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sowie gesundheitsnahe Wellness- und Life-Style-Angebote. Auf diesen Gesundheitsmärkten agieren die Nutzer ähnlich wie im klassischen Markt der Konsumgüter als Konsumenten, die in ihre persönliche Gesundheitsversorgung investieren – je nach Bedarf bzw. Kaufkraft. Gerade in Zahnarztpraxen floriert das Geschäft mit Leistungen jenseits des GKV-Katalogs, wobei medizinische Indikationen und ästhetische Ansprüche häufig miteinander verschränkt sind.

Eine dritter für das Gesundheitswesen maßgeblicher Entwicklungsprozess ist die zunehmende Wissensbasierung von Leistungen und Diensten, die die aktive Mitarbeit von Nutzern als Koproduzenten mehr oder weniger zwingend voraussetzt, sei es durch eine gesunde Lebensführung oder die Bereitschaft zur „gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung“ im Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies gilt insbesondere für Chroniker, deren grundsätzliche Kooperationsbereitschaft gewissermaßen die Teilnahmebedingung in Disease Management Programmen (DMP) ist. An die Stelle des traditionellen Leitbildes des hilfebedürftigen, passiv-geduldigen Patienten ist somit das des „arbeitenden Patienten“² getreten.

Professionelle Leistungsanbieter wie Ärzte, Therapeuten und medizinische Pflegedienste, haben den *Patienten*, (Klienten) und *Koproduzenten* im Sinn. Diese sollen, obwohl sie sich jedoch weiterhin, was Wissen und Handlungskompetenz betrifft, in einem asymmetrischen Verhältnis zu „Professionellen“ befinden, dazu befähigt werden, Behandlungsentscheidungen mit zu treffen.

Private Leistungsanbieter des zweiten Gesundheitsmarktes zielen durch stärker bedürfnis- und weniger bedarfsorientierte Angebote auf die *Konsumenten- und Kundenrolle* ab und erfordern markttypische Wahl- und Kaufentscheidungen von Nutzern. Dies trifft jedoch ebenso auf Ärzte zu, die ihren Patienten IGeL anbieten.

In Patientenorganisationen, Selbsthilfeinitiativen und informellen Unterstützungszusammenhängen werden Nutzer als *Gemeinschaftsmitglieder* angesprochen. Als sozial vernetzte Personen einer (lokalen) Gemeinschaft helfen sich Nutzer gegenseitig, zum Beispiel bei der Bewältigung von Krankheit.

Aus der Aufzählung der verschiedenen Beziehungsdimensionen für Nutzer des Gesundheitswesens folgt: Im Gesundheitsbereich führen situations- und kontextbezogene Verhaltensanforderungen zur Herausbildung multipler Rollenzuschreibungen, die Nutzer vor dem Hintergrund ihrer eigenen Identität(en) verarbeiten müssen. Die Internalisierung nur einer Zuschreibung, etwa die des Patienten oder Versicherten, reicht nicht aus, um die vielfältigen Beziehungsdimensionen kompetent zu bewältigen. Je nach Interaktion und gesundheitsspezifischer Konstellation, z.B.

² Rieder, M. und Giesing, K. (2011): *Der arbeitende Patient*, in: Hoefert, H.-W. und Klotter, C. (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*, Hogrefe: 17-32

im Arzt-Patienten-Verhältnis, als Chroniker im DMP oder angesichts der Produktvielfalt in der Apotheke, tritt eine Rollendimension in den Vordergrund bzw. verliert eine andere relativ an Gewicht. Ferner sind die Rollenzuschreibungen einer fortlaufenden Dynamik unterworfen, da die Prägefaktoren des Gesundheitssystems sich weiter verändern. Grundsätzlich ist eine starke Tendenz – angefangen von der Wahl des Versicherungsschutzes bis hin zum genesungsförderlichen Verhalten im Behandlungsprozess – in Richtung einer aktiven Mitarbeit und Mitentscheidung von Nutzern zu beobachten.

Komplexe Nutzerentscheidungen in der Zahnmedizin

Wie komplex und voraussetzungsreich das Wechselspiel zwischen Rollenanforderungen und individuellen Nutzeridentitäten in konkreten Versorgungskontexten sein kann, zeigt das Beispiel zahnmedizinischer Behandlungen. Hier verändern sich die ursprünglichen Rollenmuster, die maßgeblich von der Dichotomie des an Zahnschmerzen leidenden Patienten und des behandelnden Zahnarztes geprägt waren, besonders rasant. Patienten, die etwa zwischen verschiedenen Möglichkeiten des Zahnersatzes wählen müssen, deren Eigenanteil mitunter den Kaufpreis eines Kleinwagens erreicht, werden zwangsläufig in die Konsumentenrolle gedrängt. Zwar sind sie weiterhin Versicherte, denen eine GKV-finanzierte Grundversorgung (sofern sie gesetzlich versichert sind) an Zahnersatz zusteht. Da die Qualität der Grundversorgung jedoch eingeschränkt ist und Zahnärzte aus medizinischen Gesichtspunkten heraus zu hochwertigeren Versorgungslösungen raten, ist der Rückzug auf den Versichertenstatus alleine kaum möglich. Zahnpatienten *müssen* als Konsumenten agieren. Sie füllen diese Rolle kompetent aus, wenn sie zu den von ihren Zahnärzten aufgestellten Heil- und Kostenplänen immer eine professionelle Zweitmeinung einholen – sei es bei einem anderen Zahnarzt oder durch das Einholen leistungsanbieterunabhängiger Beratung, wie sie etwa die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) anbietet. Gleichzeitig gilt es für Patienten, in Erwägung zu ziehen, über entsprechende Auktionsportale³ alternative Angebote für Zahnersatz-Behandlungen einzuholen und somit unter Umständen die Behandlungskosten deutlich zu reduzieren. Beispielsweise empfiehlt die Stiftung Warentest Patienten, Heil- und Kostenpläne in jedem Fall „am Markt zu testen“, um die „Preiskonkurrenz“ unter den Anbietern zu fördern.⁴ Im Gegensatz zu einer so verstandenen Konsumenten-Mündigkeit sieht die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) durch Auktionsportale für Zahnersatz „qualitative As-

pekte gegenüber Kostenerwägungen in den Hintergrund gestellt“. Die KZBV plädiert für eine „partizipative Entscheidung in der Zahnarztpraxis“, d.h. für eine Einbeziehung von Patienten als Koproduzenten.⁵ Egal wie man zu Auktionsportalen steht, festzuhalten ist Folgendes: Auch wenn das Vergleichen von Zahnersatzangeboten aus Konsumentensicht ein vernünftiges Handeln darstellt – Nutzer können hierdurch erhebliche Geldsummen einsparen –, kann es die Vertrauensgrundlage der Arzt-Patienten-Beziehung hingegen empfindlich stören. Zahnpatienten, die bei Zahnersatz-Behandlungen bis zu 70 Prozent der Kosten einsparen, werden eventuell die (wirtschaftliche) Redlichkeit ihres herkömmlichen Zahnarztes per se in Frage stellen – unabhängig davon, ob sie in der Vergangenheit mit dessen ärztlicher Kompetenz zufrieden waren. Auf der anderen Seite können Zahnärzte geneigt sein, ihre Patienten zuvorderst als „Sparfüchse“ und „Feilscher“ zu betrachten, an denen sie nur wenig verdienen und die „gute Qualität“ weder beurteilen können noch bezahlen wollen.

Auch ein Rollenswitch ist für Zahnpatienten während einer Behandlung schwierig, verlangt er doch nicht weniger als aus einer unangenehmen, eventuell sogar schmerzvollen Situation heraus – in der Regel in der Waagerechten liegend, auf das Geschick des Zahnarztes vertrauend – im Stile eines aufgeklärten Konsumenten zu agieren, der seine Rechte und Optionen kennt. Behandelnden Zahnärzten in dieser Lage auf Augenhöhe zu begegnen, ist schier unmöglich bzw. nur dann vorstellbar, wenn Patienten ausreichend Zeit (vor und nach einzelnen Behandlungsterminen) eingeräumt wird, Mündigkeit zu erlangen. Etwa in dem sie sich über das Für und Wider einzelner Behandlungsoptionen informieren können. Anders gestaltet sich die Ausgangssituation bei rein ästhetisch motivierten Eingriffen, wie zum Beispiel dem *Bleaching* oder dem Einsetzen von Zahnschmuck, die Nutzer, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit besteht, als Konsumenten in Anspruch nehmen. Zahnmediziner fungieren hier tatsächlich vor allem als Dienstleister, die ihren Kunden den Wunsch nach strahlend weißen Zähnen erfüllen. In dieser Rolle sind Zahnärzte von den Erfordernissen und Fallstricken des herkömmlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses weitestgehend befreit. Diese Rollenentlastung trifft allerdings nur unter der Voraussetzung zu, dass Nutzer und Zahnmediziner sich ihres Dienstleistungsverhältnisses bewusst sind (d.h. dieses als solches im Vorfeld transparent gemacht wurde), die ästhetischen Eingriffe klar als solche abzugrenzen sind und ohne medizinisch relevante Komplikationen verlaufen.

Kurzum: In der Zahnarztpraxis agieren Nutzer zunehmend als Patienten und Konsumenten in einer

3 Die marktführenden Portale 2te-zahnarztmeinung.de und zahngebot.de kooperieren mittlerweile mit verschiedenen Krankenkassen.

4 Vgl. Theill, C.-F. (2008): Zahnersatz: Alles ist möglich – sparen auch. In: Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen (Hrsg.): Markttransparenz im Gesundheitswesen, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 104–119.

5 Eber, W. (2008): Zahnersatz – Durchblick bei Angebot und Preis? In Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen (Hrsg.): Markttransparenz im Gesundheitswesen, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 129–138.

Person. Mündigkeit hat in diesem Kontext unterschiedliche Bedeutungen: Mündige Patienten helfen Zahnärzten, durch eigene Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie bessere Ergebnisse zu erzielen und werden somit zu Koproduzenten von Gesundheit. Mündige Konsumenten verbessern wiederum durch möglichst rationale Kaufentscheidungen die Qualität von zahnärztlichen Behandlungen „am Markt“ und befördern den Anbieterwettbewerb. Das Anerkennen beider Nutzeridentitäten ist auch für die Arbeit von Leistungserbringern vorteilhaft: Als „Partner auf dem Behandlungsstuhl“ sind mündige Patienten und

tionsfreundlichen und kostenintensiven Bereichs der Zahnmedizin), deren Leistungs- und Produktinnovation zwar häufig die individuell-medizinische Versorgung von Patienten verbessern, jedoch deren psycho-soziale Bedürfnisse wie etwa ein intaktes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt nicht ersetzen können.

Zweitens trägt das Anerkennen multipler Identitäten dazu bei, die gedankliche Engführung in der bisherigen Diskussion um Arzt- und Patientenrollen (im Sinne eines strikten Entweder-oder) aufzubrechen.

Insgesondere im zahnärztlichen Bereich fungieren Mediziner sowohl als Ärzte als auch als Dienstleister und Unternehmer. Entsprechend werden Nutzer zahnärztlicher Leistungen als Patienten und Konsumenten in einer Person adressiert.

Konsumenten eher in der Lage, deren Doppelrolle als Zahnärzte und Dienstleister zu verstehen und wertzuschätzen. Gleichwohl bleibt es für Nutzer eine immense Herausforderung, kontextspezifische Rollen- und Mündigkeitsanforderungen zu erkennen. Daher sollte auch im Bereich der Zahnmedizin die Nutzerposition mittels der Ausweitung von Aufklärungs- und Unterstützungsangeboten gestärkt werden. Hier haben zum einen die berufsständischen Organisationen KZBV und BZÄK, die mit ihrem Zweitmeinungsmodell bereits eine anbieterunabhängige Beratung geschaffen haben⁶, eine besondere Verantwortung, zum anderen gilt es, bestehende Angebote anbieterunabhängiger Nutzerorganisationen wie der UPD oder auch Beratungsangebote der Kassen stärker in das Leistungsgeschehen zu integrieren.

Ausblick

Welche Vorteile erwachsen durch das Anerkennen multipler anstatt eindimensionaler Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen für die gegenwärtige gesundheitspolitische Debatte? Hierzu und mit besonderem Augenmerk auf den diskutierten Bereich der Zahnmedizin vier abschließende Anmerkungen.

Erstens gilt es, die Sensibilität für individuelle Gesundheitsvorstellungen und Wertzuschreibungen von multiplen Nutzeridentitäten bei den Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem zu schärfen und gegen die zunehmende Kommerzialisierung, aber auch den Trend zur Standardisierung von Medizin zu verteidigen. Dies gilt nicht zuletzt für den Bereich einer „High-End-Medizin“ (wie etwa des äußerst innova-

Insgesondere im zahnärztlichen Bereich fungieren Mediziner sowohl als Ärzte als auch als Dienstleister und Unternehmer. Entsprechend werden Nutzer zahnärztlicher Leistungen als Patienten und Konsumenten in einer Person adressiert.

Drittens ist der Begriff der Mündigkeit kontextspezifisch und nach Nutzeridentitäten zu differenzieren. Mündige Patienten, die im Behandlungsprozess mitwirken und mitentscheiden, stehen vor anderen Herausforderungen als mündige Konsumenten, die Wahl- und Kaufentscheidungen in der privaten Gesundheitsversorgung treffen. Ärzte müssen darüber hinaus anerkennen, dass Nutzer immer auch andere Identitäten, wie die des Bürgers oder des Gemeinschaftsmitgliedes, zur Prämisse ihres Nutzungshandelns machen, d.h. sich zumindest partiell der Zuschreibung „mündiger Patient und Konsument“ widersetzen.

Viertens ist eine rechtliche und praktische Abgrenzung der Patienten- und Konsumentenidentität für die ethische Diskussion und die Diskussionen um öffentlich und privat finanzierte Leistungen hilfreich. So ließe sich präziser formulieren, welche Bereiche der (zahn)ärztlichen Leistungen (z.B. die nicht medizinisch indizierten und nach aktuellem Wissensstand medizinisch nicht „riskanten“ Leistungen) man Marktgesetzen überlassen kann und welche medizinisch notwendigen Leistungen auch weiterhin Teil des Leistungskatalogs der GKV bleiben sollten.

⁶ Vgl. z.B. entsprechende Angebote unter www.zahnarzt-zweitmeinung.de/angebot.html

Benn Roolf

Informationsquelle Internet

Die Rechtsprechung zu Internetauktionsportalen bedroht die Qualität in der Zahnmedizin



Benn Roolf
Chefredakteur
IGZ Die Alternative

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren in der Zahnmedizin einen immer geringer werdenden Anteil der insgesamt durchgeführten Behandlungen. Das liegt zum großen Teil daran, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen nicht an zahnmedizinische Innovationen angepasst wird, die Versicherten also Anspruch auf eine „Basisversorgung“ haben, deren Qualität sich im Laufe der Zeit immer weiter von den zunehmenden Möglichkeiten der modernen Zahnmedizin entfernt. Die aufklaffende Lücke muss vom Patienten privat bezahlt werden und so steigt das Volumen der Privatleistungen kontinuierlich an.

Patienten, die immer mehr selbst finanzieren müssen, haben - gerade bei umfangreicheren Versorgungseinheiten - ein großes Interesse daran, sich umfassend über die geplante Behandlung, deren Alternativen und die damit verbundenen Kosten informieren zu können. Darum haben KZVen und Zahnärztekammern bereits in den neunziger Jahren begonnen, Patientenberatungsstellen einzurichten. Diese Beratungsangebote sind später - nach der Einführung des Festzuschussystems im Jahre 2006 - um ein Zweitmeinungsmodell für die Beratung zum Zahnersatz erweitert worden.

Fragestellungen aus dem Bereich der Zahnmedizin nehmen auch bei anderen Beratungsanbietern wie Verbraucherzentralen, UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland) und Kassen inzwischen einen beträchtlichen Raum ein. Viele Beratungsanbieter sind bestrebt, ihre Angebote regional aufeinander abzustimmen. Einzelne KZVen und Zahnärztekammern kooperieren bereits mit Verbraucherzentralen und auch der noch jungen UPD. So verweisen die Berater der Verbraucherzentrale Berlin Ratsuchende bei zahnmedizinischen Fragen an die Patientenberatungsstelle von KZV und Kammer und umgekehrt verweist diese bei Nachfragen rechtlicher Natur an die Verbraucherzentrale - eine sinnvolle Kooperation.

Eine besondere Herausforderung für die Patientenberatung ist die Überschneidung genuin ärztlicher Tätigkeiten mit Aspekten unternehmerischen Handelns. Der Zahnarzt wird heute stärker als zuvor in einer Doppelrolle einerseits als Arzt/Heiler und andererseits als Dienstleister wahrgenommen. Damit korrespondiert auch ein verändertes Patientenver-

halten. Der Schmerzpatient sucht in erster Linie Heilung des Leidens. Wer Zahnschmuck oder eine Zahn-aufhellung haben will, erscheint eher als Kunde bei „seinem“ zahnärztlichen Dienstleister. Immer öfter liegen aber auch beide Rollen eng beieinander und überschneiden sich gegenseitig. Implantate sind einerseits eine hochwertigere und ästhetisch anspruchsvollere Versorgung als die gesetzliche Regelversorgung, andererseits gibt es gute fachlich-zahnmedizinische Gründe, das Implantat der Regelversorgung vorzuziehen. So wird dem Abbau des Kieferknochens im Bereich der Zahnücke entgegengewirkt und die möglicherweise völlig gesunden Nachbarzähne müssen nicht für die Ankerkronen beschliffen werden. Wer sich also für ein Implantat entscheidet, erhält in vielen Fällen nicht nur die ästhetisch bessere, sondern auch die medizinisch bessere Versorgung. Eine gute Patientenberatung weiß um diese Überschneidungen und berücksichtigt das in den Gesprächen mit Patienten. Dabei ist klar, dass die Gesundheit des Patienten in jedem Fall im Vordergrund aller Empfehlungen stehen muss.

Zum selbstverständlichen Rüstzeug einer jeden Beratung gehört auch das Wissen, dass die biologischen Gegebenheiten und die Krankheitsgeschichte inklusive möglicher Ursachen jedes Patienten einzigartig sind und die Diagnose und Therapie deshalb immer individuell erarbeitet werden müssen. Hier liegen die Grenzen für viele telemedizinische Beratungsangebote und insbesondere Informationsangebote aus dem Internet, die eine persönliche Befundung des Patienten durch den Arzt nicht ersetzen können.

Einen Problemfall stellen hier Internetauktionsportale dar. Auf Portalen wie „www.zahngebot.de“ oder „www.2te-Zahnarztmeinung.de“ können Patienten gegen Bezahlung eines geringen Entgeltes oder auch kostenlos Heil- und Kostenpläne von Zahnärzten einstellen. Andere Zahnärzte haben dann innerhalb einer bestimmten Zeit Gelegenheit, eine eigene Kostenschätzung abzugeben. Nach Ablauf der Bieterfrist kann sich der Patient für einen der bietenden Zahnärzte entscheiden und bekommt dann die Daten der Praxis. Neben Zahnersatzbehandlungen werden inzwischen auch Bleaching-Behandlungen und professionelle Zahnreinigungen versteigert.

Einige zahnärztliche Körperschaften sind rechtlich sowohl gegen teilnehmende Zahnärzte als auch gegen die Plattformen selbst vorgegangen. Der Fall eines Zahnarztes aus Baden-Württemberg, der als Bieter an einer Internetauktion teilgenommen und vom Berufsgericht für Zahnärzte einen Verweis für berufsrechtswidriges Verhalten erhalten hatte, wurde im Dezember 2010 schließlich vom Bundesverfassungsgericht entschieden. Vorangegangen war die Berufung des Zahnarztes beim Landesberufsgericht für Zahnärzte in Stuttgart, das die Beschwerde abgewiesen hatte. Das Landesberufsgericht hatte seine Entscheidung maßgeblich darauf abgehoben, dass die Abgabe einer Kostenschätzung ohne vorherige persönliche Untersuchung gegen die Berufsordnung für Zahnärzte der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg verstoße.

Der Zahnarzt legte beim Bundesverfassungsgericht Verfassungsbeschwerde ein, weil er u.a. sein verfassungsmäßig garantiertes Recht der Berufsfreiheit (Art. 12, Abs. 1 GG) verletzt sah. Das BVerfG hatte sich nun mit der Frage zu beschäftigen, ob die Auslegung der Vorschriften der Berufsordnung durch das Landesberufsgericht in das Recht der Berufsausübungsfreiheit des Zahnarztes eingegriffen hat. Die Verfassungsrichter bejahten einen solchen Eingriff und gaben dem beschwerdeführenden Zahnarzt Recht.

Dass ein Zahnarzt eine einigermaßen verlässliche Kostenschätzung nur dann abgeben kann, wenn er den Patienten zuvor persönlich untersucht hat, bleibt bei der Entscheidung weitgehend außer Betracht. Bemerkenswert ist, dass das BVerfG das Verhalten des Zahnarztes allein am Kriterium der durch das Grundgesetz geschützten Berufsfreiheit und den hohen Anforderungen an der Einschränkung derselben misst. Das wirft die Frage auf, welchen Wert Regelungen in zahnärztlichen Berufsordnungen noch haben, die aus guten Gründen - nämlich zum Schutz von Zahnärzten und Patienten - bestimmte Aspekte der Berufsausübung einschränken. Werbeverbote, die grundlegende Verpflichtung auf die Gebote der ärztlichen Ethik, auf kollegiales Verhalten, auf die Erhebung angemessener Honorare - diese Vorschriften aus den zahnärztlichen Berufsordnungen schränken strenggenommen allesamt die Freiheit der Berufsausübung ein. Viele dieser Regeln könnten sich als nicht verfassungskonform erweisen.

Für Einschränkungen der Berufsausübungsfreiheit hat das BVerfG auf die hohen Maßstäbe verwiesen, die hier anzulegen seien: „Ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit bedarf nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG einer gesetzlichen Grundlage, die ihrerseits den verfassungsrechtlichen Anforderungen an grundrechtseinschränkende Gesetze genügt (vgl. BVerfGE 94, 372 <389 f.>; 111, 366 <373>; stRspr). Darüber hinaus sind Beschränkungen der Berufsausübungsfrei-

heit nur dann mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, wenn sie vernünftigen Zwecken des Gemeinwohls dienen und den Berufstätigen nicht übermäßig oder unzumutbar treffen (vgl. BVerfGE 7, 377 <405 f.>; 85, 248 <259>), also dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen.“¹

Vieles dürfte künftig von der Ausdeutung der „vernünftigen Zwecke[...] des Gemeinwohls“ abhängen. Allerdings wollte das Bundesverfassungsgericht nicht einmal der in der Medizin unumstrittenen Meinung folgen, dass ein seriöser Therapievorschlag - und damit die Schätzung der Kosten dafür - nur nach eingehender persönlicher Untersuchung des Patienten abgegeben werden könne: „Es ist nicht mit Art. 12

Es darf nicht sein, dass basale Regeln der ärztlichen Berufsausübung mit dem Verweis auf die grundgesetzlich geschützte Berufsfreiheit ausgehebelt werden können.

Abs. 1 GG zu vereinbaren, dass das Gericht [Landesberufsgericht Stuttgart, das die Berufung des Zahnarztes abgewiesen hatte - Anm. der Red.] das Fehlen einer persönlichen Untersuchung des Patienten vor der Abgabe der Kostenschätzung als Verletzung einer Berufspflicht beurteilt. Denn es sind keine Gründe des Gemeinwohls zu erkennen, nach denen eine solche Untersuchung im konkreten Fall geboten gewesen wäre.“²

Es muss von Seiten des zahnärztlichen Berufsstandes deutlicher herausgearbeitet werden, in welcher Weise Einschränkungen der Berufsausübung, wie sie in den Berufsordnungen verankert sind, konkret dem Gemeinwohl dienen. Es darf nicht sein, dass basale Regeln der ärztlichen Berufsausübung - nämlich den allgemeinen wissenschaftlichen Standards der Zahnmedizin zu folgen (Lege artis zu behandeln) - mit dem Verweis auf die grundgesetzlich geschützte Berufsfreiheit ausgehebelt werden können.

Die Konsequenz wäre ohne Zweifel ein allmähliches Absinken medizinischer und ethischer Standards, eine zunehmende Vergewerblichung mit der Wiederkehr zweifelhafter pseudomedizinischer, durch die Berufsausübungsfreiheit geschützter Angebote und damit letztlich ein Qualitäts- und Ansehensverlust der Zahnmedizin und des Berufsstandes. Dem entgegen zu wirken dürfte allemal zu den „vernünftigen Zwecken des Gemeinwohls“ gehören.

¹ Bundesverfassungsgericht - 1 BvR 1287/08 -, http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20101208_1bvr128708.html

² ebd.

Impressum

Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

Redaktion:

Benn Roolf

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: MAST / Fotolia.com

Auflage:

2 500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

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

Die Verbände der IGZ

Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

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

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

www.vnzlb.de

Hamburg:

Zahnärzteverband Z-2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

www.z-2000.de

Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

www.vdzis.de

Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

www.w-z-w.de