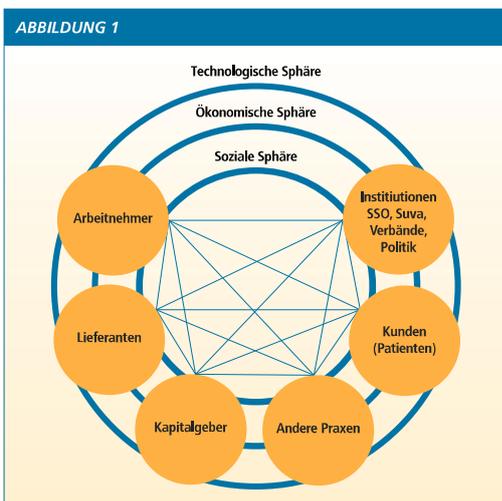


Kurt Jäger und Markus Babo

# Die Zahnarztpraxis – Aspekte der ethischen Herausforderung

## 1. Einleitung

Die Zahnarztpraxen sind heute in vielerlei Hinsicht gefordert. Neben dem raschen Wandel auf der technologischen Ebene mit der immer kürzer werdenden Halbwertszeit der Installationen und Gerätschaften, der Zunahme der Vielfalt an Behandlungsangeboten in einer Praxis, die auch beherrscht und bezahlt sein wollen, beobachtet man auf der ökonomischen Ebene zunehmende Konkurrenz durch grosse Zahnarztzentren, die betriebswirtschaftlich so organisiert sind, dass man als ethisch denkender Arzt, der eine langjährige kurativ geprägte Patientenbetreuung im Auge hat, kaum Schritt halten kann. Diese Konstellation bietet aber auch Chancen, denn es gibt eine dritte Ebene der Entwicklungstendenzen, die nicht ausser Acht gelassen werden darf: die Soziale Ebene, in der die Praxis von aussen als soziales Gebilde mit Eigenverantwortung wahrgenommen wird (Abbildung 1).



Als **Eigenverantwortung** (auch Selbstverantwortung) bezeichnet man die Möglichkeit, die Fähigkeit, die Bereitschaft und die Pflicht, für das eigene Handeln, Reden und Unterlassen Verantwortung zu tragen. Das bedeutet, dass man für die eigenen Taten einsteht und die Konsequenzen dafür trägt. Hans Jonas (Jonas 1987) entwickelte eine eigene Ethiktheorie, die Verantwortungsethik, die Spät- und Fernwirkungen einer Entscheidung oder in zahnärztlichem Sinn einer Patientenbetreuung als Beurteilungsmaßstab heranzieht. Das Postulat lautet: «Handle so, dass

die Wirkungen deiner Handlungen verträglich sind mit der Permanenz echten menschlichen Lebens auf Erden» – eine Formel, die an Kants kategorischen Imperativ angelehnt ist und infolgedessen auch verschiedentlich als «ökologischer Imperativ» bezeichnet wird. In den Osterympo-sien der Jahre 2007 bis 2010 wurde im Eröffnungsreferat vor allem die technologische und die ökonomische Sphäre beleuchtet. In diesem Jahr sollen nun vor allem ethische Aspekte auch als wirtschaftliche Herausforderung herausgearbeitet werden; dies mit dem durchaus statthaften Ziel eines klaren Wettbewerbsvorteils gegenüber Praxen, in denen vorwiegend das Geldverdienen oberste Priorität genießt.

## 2. Allgemeine Grundlagen und Begriffe

In der Einleitung wurden bereits einige im Lehrfach «Ethik» wichtige Begriffe verwendet, wie zum Beispiel «ethisches Verhalten» oder «Verantwortung». In der Praxis finden auch die Bezeichnungen «Berufsethik» oder «Standesethik» Verwendung. Im Folgenden sollen deshalb einige Definitionen festgehalten werden, die umgangssprachlich oft arglos angewandt werden (Gross 2011):

### 2.1. Ethik

Unter **Ethik** versteht man seit mehr als zweitausend Jahren ein wissenschaftliches Fachgebiet, das sich dem Gegenstand des moralischen Handelns verpflichtet. Man könnte auch von der Theorie der Moral sprechen. Begriff und Disziplin entstammen der griechischen Antike (Platon, Aristoteles). Das Fachgebiet lässt sich heute auf drei Ebenen definieren (Scarano 2006). Die vielen Bereichsethiken widerspiegeln als moderne Erscheinung die Ausdifferenzierung der Gesellschaft.

- Analytische Ethik (Metaethik)
- Fundamenteethik (Grundfragen und Begründung sittlichen Handelns)
- Angewandte Ethik (Bereichsethik)

In der analytischen oder normativen Ethik werden die klassischen Positionen der Ethik wissenschaftlich erörtert. Ethik gehört in den Bereich der praktischen Philosophie (neben Rechtsphilosophie, Staatsphilosophie, Politische Philosophie und den Grundlagen der Ökonomie). Die theoretische Philosophie kann ebenfalls in Disziplinen aufgeteilt werden (Erkenntnistheorie, Metaphysik, Ontologie, Logik, Sprachphilosophie, Philosophie des Geistes, Naturphilosophie, Wissenschaftstheorie und Philosophie der Mathematik). Die obgenannte Zweiteilung geht auf Aristoteles zurück. In der

Fundamenteethik (Metaethik) wird eine Forschungsrichtung gewählt, welche die Natur der Moral im Allgemeinen zu bestimmen versucht. In der angewandten Ethik werden die theoretischen Normen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in verschiedenen Bereichen den spezifischen Bedürfnissen gerecht werdend beschrieben. Medizinethik gilt als Teilgebiet der Ethik (Bereichsethik), das sich spezifisch mit den moralischen Wertevorstellungen in der Medizin (Gesundheitswesen) beschäftigt. Sie kann als Teil der Bioethik bezeichnet werden, wobei die Begriffe teilweise synonym gebraucht werden. Eine einheitliche Sprachregelung und Klassifizierung hat sich hier noch nicht etabliert (Düwell et al. 2006). Meint man den für die Patientenversorgung relevanten Kernbereich innerhalb der Medizinethik, wird der Begriff der «klinischen Ethik» eingesetzt. In der Zahnmedizin sind im Vergleich zur Medizin bisher ethische Begriffe wenig etabliert. Die Ethik der Zahnmedizin ist jedoch sicher ein Teilbereich der Medizinethik, insbesondere wenn man die Zahnmedizin als integralen Bestandteil der gesamten Heilkunde sieht. Ihr kommt spezifische praktische Bedeutung zu, wenn es um folgende ethische Themen geht (Gross 2012):

- Erschwerte Kommunikation (Behandlung im Munde)
- Vulnerable Patienten (Angstpatienten, Fürsorgebereich, Minderjährige, Migranten, etc)
- Dilemma des Kompromisses in der Behandlung aus Kostengründen
- Klärungsbedarf in den rein kurativen Fächern (zB. cosmetic dentistry, dental wellness)
- Verantwortung im Bereich der Erst- oder Früherkennung schwerer Erkrankungen
- Spezielle Stellung des Zahnarztes als Unternehmer und Kaufmann (Auftragsrecht)
- Umstrittenes Ausbildungsfach «Dental ethics» an den zahnmedizinischen Kliniken

Ethiker werden gerne als Moralisten und Dogmatiker gesehen (Riha 2008). Kein Berufskollege würde auch von sich freiwillig behaupten, nicht ethisch zu arbeiten. Was versteht man darunter? Hier liegt vielleicht einer der Gründe: es existieren viele Vorurteile und falsche Vorannahmen hinsichtlich der Aufgaben der Ethik. Ein Ethiker ist nicht ein Kontrolleur, welcher Fehlverhalten aufspüren will. Sein Ziel ist es, für ethische Fragen und Problemstellungen zu sensibilisieren und ethisches Basiswissen zu vermitteln, welches in einem (wissenschaftlichen) normativen Rahmen Orientierung bietet. Ein Ethiker ist ein

Wissenschaftler, der sich mit klärungsbedürftigen Fragen und Wertevorstellungen beschäftigt und keine moralische Instanz. Ethik ist ein Mittel, seine eigene Verhaltensweise im (Zahnarzt)beruf zu standardisieren und beschäftigt sich mit einer verantwortbaren Praxis der Patientenbehandlung (Gross 2012). Sie ist daher in hohem Masse Qualitätssicherung in einer Zahnarztpraxis.

## 2.2. Moral

Unter Moral (lat.: mos = Sitte) versteht man praktizierte Werte und Normvorstellungen (lat.: norma = Richtschnur/Mass) des Einzelnen, einer Gruppe oder einer ganzen Gesellschaft. Es handelt sich dabei um Regeln und weniger um Gesetze. Diese dienen der Stabilisierung des Gemeinwesens und erleichtern das Zusammenleben unter den Menschen. Diese tragen auch die Verantwortung vor und für Normen, die dem Wandel unterworfen sein können und müssen. Mit der Standesordnung der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO gibt sich der Berufsverband der Zahnärzte eigene Regeln, wie sich ein Verbandsmitglied gegenüber den Patienten, den Behörden, der Öffentlichkeit und gegenüber Kollegen und weiteren Berufspartnern (z.B. Versicherungen, Zahn-techniker, etc) zu verhalten hat (SSO 2007). Sie sind nicht gesetzlich verankert, sondern dienen dem Gesamtbild, wie der Verband von aussen wahrgenommen werden will. Das Verbandsmitglied hat sich diesem Ehrenkodex zu unterziehen.

## 2.3. Ethos

Der Ausdruck Ethos (griechisch: Gewohnheit, Sitte, Charakter, Sinnesart) bezeichnet bildungssprachlich die sittliche Gesinnung einer Person, einer Gemeinschaft oder speziellen sozialen Gruppe (z.B. Berufsgruppe). Ethos wird als eine vom Bewusstsein sittlicher Werte geprägte Gesinnung oder Gesamthaltung – als Ethik im Sinne der Gesamtheit sittlicher Normen und Maximen definiert, die einer verantwortungsbewussten Einstellung zugrunde liegen. Das Ethos steht damit im Synonymfeld von Moral, Pflichtbewusstsein, Pflichtgefühl, Pflichttreue, Sittlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Verantwortungsgefühl.

## 2.4. Etikette

Die Etikette (vom französischen etiquette), auch Benimmregeln genannt, ist ein Verhaltensregelwerk, welches sich auf zeitgenössische traditionelle Normen beruft und das die Erwartungen an das Sozialverhalten innerhalb gewisser sozialer Kreise beschreibt.

Die nachfolgende Tabelle ordnet noch etwas anschaulicher moralische Begriffe und Handlungen (Gross 2012).

**Tabelle 1**  
Begriffe in der Ethik

TABELLE 1		
Ehtik-Ansatz	Gegenstandsbereich	Methode
Normative Ethik	Allgemeingültige Normen und Werte	Begründung, Kritik, Modelle, Wissenschaft
Deskriptive Ethik	Werte/Normen, die auch befolgt werden	Empirische Erfassung, Beschreibung
(Berufs-)Ethos	Regeln für eine bestimmte Gruppe	Verfassung, Eid, Gelöbnis
(Berufs-)Etikette	Verhaltensregeln, Bild des Standes	Ehrenkodex, Qualitätsleitlinien der SSO

### 3. Die allgemeine Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient

In den letzten Jahren hat sich die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient stark gewandelt. Das hierarchische Prinzip, in dem der Zahnarzt, der professionell, rasch und mit Expertenblick die Therapieentscheidung selbst traf für einen Patienten (homo patiens = der leidende Mensch) ist ein Auslaufmodell. Diese Arzt-Patientenbeziehung (stark gegen schwach) wird als strukturelle Asymmetrie bezeichnet (Gross 2012). Der Zahnarzt hat die Macht, dass er den konkreten Umgang mit dem Patienten bestimmen kann, welche Form von Behandlung durchgeführt werden soll. Dieses Arzt-Patientenmodell wird auch als **paternalistisches Beziehungsmodell** bezeichnet. Eine moderne Zahnarztpraxis arbeitet heute aber nicht mehr rein kurativ (heilend), sondern bietet auch Dienstleistungen an, die keine Heilung oder Wiederinstandstellung des stomatognathen Systems zum Ziel haben. Ein Imperativ hat in einer solchen Arzt-Patientenbeziehung nichts mehr zu suchen. Vielmehr tritt immer stärker ein Arzt-Patientenmodell in den Vordergrund, das beide Beziehungspartner auf gleicher Ebene auftreten lässt. Beim **interaktiven Modell** wird der Patient als autonom betrachtet, der Zahnarzt präsentiert Vor- und Nachteile, respektive verschiedene Varianten der Behandlung und der Patient hat und nutzt die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, welche Lösung ihm am besten gerecht wird (Pöppel 2010). Gerade in den Sektoren cosmetic dentistry, esthetic dentistry oder dental wellness ist Information des Zahnarztes und autonomer Entscheid des Patienten ethische Pflicht, weil es sich dabei wie oben erwähnt nicht um die Elimination einer Krankheit im eigentlichen Sinn handelt. Dennoch hört man als Zahnarzt auch heute noch häufig den Satz «Machen Sie das, sie sind der Fachmann».

Das nachfolgende Kapitel ordnet die verschiedenen Patiententypen nach ihrer Erwartungshaltung.

#### 3.1. Patiententypen

Die weltweite tätige Unternehmensberatung «Boston Consulting Group» hat vier musterhafte Patiententypen herausgearbeitet, welche die unterschiedliche Erwartungshaltung sehr schön widerspiegelt (Sternitzke 2007):

- akzeptierender Patient (will paternalistisches Beziehungsmodell beibehalten)
- aufgeklärter Patient (weniger Abhängigkeit, stärkere Autonomie)
- involvierter Patient (Engagement für Gesundheitsfragen, fordernde Haltung)
- steuernder Patient (agiert selbst, trifft Therapieentscheidung selbst, internetinformiert)

Aus Sicht des Zahnarztes ist der aufgeklärte Patient die Wunschposition und das Praxisziel. Ein solcher Patient/Kunde beteiligt sich aktiv an der Diskussion, stellt die richtigen Fragen, anerkennt ein Fachwissen und trennt im Bereich des Behandlungsangebotes selbstständig zwischen Notwendigem und Wünschenswertem. Beim steuernden Patienten ist Vorsicht geboten. Die gesetzliche Regelung besagt, dass eine Behandlung, die nicht der «Lex artis» entspricht, vom Zahnarzt abgelehnt werden muss (Wartensleben 1996). Es ist also Vorsicht geboten, wenn ein Patient etwas ausserhalb der Lehrmeinung verlangt oder wenn er dem Zahnarzt eine Behandlung aufdrängt, die dieser aus irgendwelchen Gründen nicht verantworten kann. Bei allen Patiententypen stellen sich immer die Fragen der Patientenaufklärung und deren Dokumentation. Sie soll nachfolgend kurz erörtert werden.

#### 3.2. Patientenaufklärung und -einwilligung (informed consent)

Die ethische Grundlage hierzu bildet der Respekt vor der Patientenautonomie (Beauchamp & Childress 2009). Jeder Patient ist als mündiges Subjekt Träger ureigener Rechte. Dazu gehört das Recht auf Selbstbestimmung auch gegenüber seinem eigenen Körper. Jeder Eingriff in die körperliche Integrität ist somit zustimmungsbedürftig. Die Patientenaufklärung muss deshalb so gestaltet sein, dass der Patient ausdrücklich

**Tabelle 2**  
Hauptformen der Aufklärung  
(Gross 2012)

in die Behandlung einwilligen kann, weil er den Eingriff und dessen Vor- und Nachteile, dessen Nutzen und dessen Gefahren gehört und auch verstanden hat. Im Kapitel 4 wird die Thematik bei besonderen Patienten noch näher beleuchtet werden. Der Patientenaufklärung wurde in den letzten Jahren nicht zuletzt wegen zunehmender gerichtlichen Auseinandersetzungen ein besonderes Augenmerk im Gesundheitswesen zuteil. In der Zahnarztpraxis ist aufgrund der kleineren Invasivität der Behandlung und deren Folgen im Vergleich zur Medizin die Patientenaufklärung nicht so zentral. Dafür gilt in der Schweizer Zahnarztpraxis gesetzlich gesehen das Auftragsrecht. Der Patient/Kunde ist Selbstzahler. Zahnärztliche Leistungen, die aus verschiedenen Gründen nicht den Vorstellungen des Patienten entsprechen, werden heutzutage schneller einem juristischen Verfahren zugeführt als noch vor ein paar Jahren, wo der Arzt praktisch als «unfehlbar» galt (Paternalistisches Beziehungsmodell). Die Patientenaufklärung darf im Weiteren als ein Instrument eines ethischen Handelns zwischen Zahnarzt und Patient bezeichnet werden (Gross et al. 2011). Das gezielte Aufklärungsgespräch ist bereits ein Teil der Therapie und es festigt die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Man unterscheidet zwischen (Parzeller et al. 2007):

- Eingriffsaufklärung
- Sicherungsaufklärung

Unter der Eingriffsaufklärung – auch Selbstbestimmungsaufklärung genannt – müssen die diagnostischen und therapeutischen Arbeitsschritte, die in die körperliche Integrität des Patienten eingreifen, besprochen und vom Patienten verstanden werden. Informed consent heisst, dass die umfassende und verständlich gehaltene Aufklärung vom Patienten auch verstanden wurde. Der Patient hat unter freier Entscheidung ohne Ausseneinflüsse seine Absicht bekundet und war dafür auch fähig (Gross 2012). Bei juristischen Auseinandersetzungen ist es für den Zahnarzt meist schwierig, dies einwandfrei zu beweisen. Bei der Sicherungsaufklärung geht es um das therapiegerechte Verhalten des Patienten nach dem Eingriff zur Absicherung des Heilungserfolges (zB: «Sie dürfen aus infektionsprophylaktischen Gründen während 10 Tagen nicht rauchen!»)

### 3.3. Das Verhältnis von Zahnarzt und Patient am Beispiel «Kommunikation»

Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient muss als speziell bezeichnet werden. Schliesslich arbeitet der Zahnarzt im Munde des Patienten, der gleichzeitig zum Sprechen mit dem Zahnarzt gebraucht werden sollte. Aufgrund dieser Tatsache gibt es in der Praxis den Moment der gegenseitigen Kommunikation und den Moment der eigentlichen zahnärztlichen Tätigkeit, wo die Kommunikation aufgrund der Tätigkeit stark eingeschränkt ist. Es gilt daher, sich vor der Inangriffnahme der zahnärztlichen Tätigkeit mit dem Patienten umfassend ausgesprochen zu haben. Als klassische Kommunikationsfallen können genannt werden (Gross 2012):

- Zu wenig Zeit für ein ausführliches Gespräch (Gespräch «zwischen Tür und Angel»)
- ungeeignete Sprachwahl, Verwendung von Fachausdrücken
- Asymmetrisches unidirektionales Dozieren des Zahnarztes
- Nichtbeachten nonverbaler Signale
- Nichtansprechen von anderweitigen Problemen, weil sie nicht Gegenstand der Konsultation sind
- Ausweichen bei Fragen (z.B. Lebensdauer von prothetischen Rekonstruktionen)
- Missverständliche Kommunikation, ein Nachfragen
- Killerphrase («Lassen Sie das meine Sorge sein»)
- Bagatellisierung von Ängsten («das kriegen wir schon wieder hin»)
- Patienten als Gegenstand der Kommunikation («Es wartet ein Kiefergelenk in Zimmer 1»)

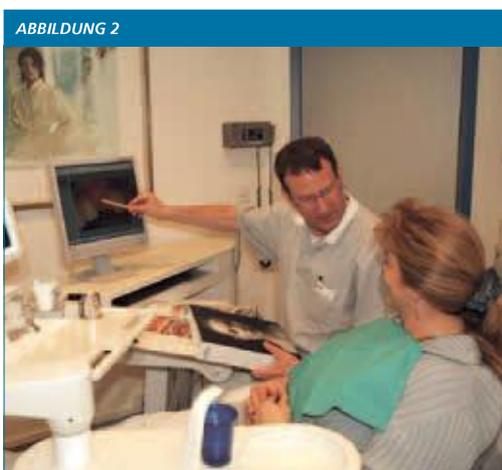
Wenn es in einer Praxis möglich ist, diese oben genannten Kommunikationsfehler zu vermeiden, ist schon viel gewonnen. Ganz wichtig ist das **Gesprächssetting** (Abbildung 2). Es sollte folgende Elemente berücksichtigen (Gross 2012):

- Räumlichkeit, Privatsphäre, Zeitbudget, Vorbereitung
- Gesprächsgestaltung nach Therapieschritten aufbauen: Sofort- und Notfallmassnahmen

TABELLE 2	
Eingriffsaufklärung Selbstbestimmungsaufklärung	Sicherungsaufklärung Therapeutische Aufklärung
Diagnoseaufklärung Behandlungsaufklärung Risikoaufklärung Verlaufsaufklärung	Aufklärung über therapiegerechtes Verhalten Sicherung des Heilungserfolges Aufklärung über diagnosegerechtes Verhalten

**Tabelle 3**  
Vulnerable oder potentiell vulnerable Patientengruppen (Gross 2012)

- Routine-/Risikoeingriff, Intensität, Dauer der zahnärztlichen Versorgung, Kosten, etc.
- Gesprächsgestaltung nach Persönlichkeit (Bildungsgrad, Budget, Versicherungsstatus, soziale Abhängigkeiten, bestehende Abwehrtendenzen)



Eine erfolgreiche Kommunikation ist keine Glückssache oder eine Form der rhetorischen Begebung. Vielmehr geht es darum, dass mit einem standardisierten Vorgehen im Bereich Kommunikation ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient entstehen soll. Im Kontrast zu den oben genannten Fällen können folgende Regeln für eine erfolgreiche Kommunikation definiert werden (Gross et al. 2011; Hick 2007, Tewes 2010):

- Dosierte Informationsmenge
- Fragestellung offen gestalten («Was, Wann, Wie? Oder: Wer fragt führt»)
- Kommunikationsebenen berücksichtigen: faktische, emotionale, existentielle Ebene
- Gezielt nachfragen («Was möchten sie noch wissen?»)
- Paraphrasieren (umschreiben einer gemachten Aussage mit anderen Worten)
- Spiegeln der Gesprächsinhalte («zwischen den Zeilen lesen können»)

- Vermittlung von Hoffnung und Glaubwürdigkeit
- Reframing des Negativen (Umdeuten, Zeit haben und Zeit lassen)

#### 4. Die ethische Herausforderung bei besonderen Patienten

Menschen, die einer schutzbedürftigen und verwundbaren Patientengruppe zugehören, brauchen in Bezug auf Aufklärung und Behandlung besondere Aufmerksamkeit. Hierzu wurde der Begriff der «vulnerablen Patientengruppe» (Reiter-Theil & Albisser Schleger 2007) definiert. Diese Gruppe kann wie folgt gegliedert werden:

- Nicht- oder eingeschränkt einwilligungsfähige Patienten
- Patienten mit sozial bedingter Vulnerabilität

Bei Patienten mit Vulnerabilität ist der Zahnarzt ethisch gefordert, dem ärztlichen Gebot des Nichtschadens, der Gerechtigkeit, der Solidarität und Verantwortung besonders nachzukommen. Weitere Patienten, die nicht einer Vulnerabilität zugeordnet werden können, die jedoch ebenfalls eine (ethische) Herausforderung darstellen können sind Angstpatienten (Zahnbehandlungsphobie) und Patienten mit Migrationshintergrund (Sprachkompetenz, andere Kultur, soziale und Krankheitsspezifische Faktoren). In folgenden Fällen ist an die Besonderheit der vulnerablen Patientengruppe zu denken (siehe Tabelle 3).

##### 4.1. Mittellose Patienten

Mittellose Patienten müssen in der Schweiz auch zu den «besonderen Patienten» gerechnet werden. (Siehe Tab. 3) Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Behandlungen per se nicht abgelehnt werden dürfen. In der Zahnmedizin ist der Notfallpatient im Medizinalberufegesetz (MedBG, Art 41) in Bezug auf Interventionsdringlichkeiten festgehalten (siehe Tabelle 4).

TABELLE 3	
Nicht oder eingeschränkt einwilligungsfähig	Sozial bedingte Vulnerabilität
Minderjährige Menschen mit geistiger Behinderung Personen mit hirnorganischen Erkrankungen Hochbetagte Menschen Demenzkranke  Psychisch kranke Patienten Notfallpatienten (Schmerzen!) Bewusstlose Patienten Schwerstkranke Patienten Patienten mit extremer Behandlungsphobie	Pflegebedürftige Menschen Bewohner von Heimen Gefängnisinsassen Angehörige des Militärs  Patienten mit stigmatisierten Erkrankungen Patienten ohne Aufenthaltserlaubnis (Illegale) Obdachlose, Mittellose, Menschen ohne Versicherungsschutz Migranten, ethnische Minderheiten

**TABELLE 4**

Stufe 1 Sofort (innert max. 1-3 Std)	Stufe 2 Bald (innert 6-12 Std)	Stufe 3 Gelegentlich (nach Absprache)
Unfälle im Kiefer-Gesichtsbereich (Frakturen), Lazeration der oralen Weichteile, unfallbedingte Luxation oder Avulsion eines bleibenden Zahnes  Durch den Patienten nicht selbst kontrollierbare orale Blutungen - Kieferklemme - Logenabszesse  Schwere Komplikationen nach zahnärztlichen Eingriffen (zB. Hohes Fieber, Schüttelfrost, Exanthem)  Medizinische Komplikationen nach zahnärztlichen Eingriffen (zB. Dentogene Infekte bei Diabetikern)	Postoperative Blutungen, welche den Patienten sozial oder psychisch belasten  Starke Zahn- oder Gesichtsschmerzen, welche nicht durch Beratung und Selbsthilfe (Medikamente) kontrolliert werden können  Orale Infektionen ohne systemischen Effekt (dental, gingival, parodontal)	Subjektive Notfälle, die den Patienten belasten wie - Scharfe Frakturkanten - Kosmetischer Notfall (z.B. Einfachere - Frontzahnfraktur - Fraktur oder Verlust von prothetischem Ersatz - Störende KFO-Apparaturen

**Tabelle 4**

Interventionsdringlichkeit von Notfallpatienten gemäss MedBG Art. 41

**Tabelle 5**

Staatliche Unterstützung bei mittelarmen und mittellosen Patienten ausserhalb des UVG und KVG

Das MedBG definiert unter den Berufspflichten für universitäre Medizinalberufe folgendes: «Die universitären Medizinalpersonen leisten in dringenden Fällen Beistand und wirken nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mit. Die Aufsichtsbehörde trifft die für die Einhaltung der Berufspflichten nötigen Massnahmen». Das Schweizerische Strafgesetzbuch führt unter Paragraph 323 die «unterlassene Hilfeleistung» auf: «Wer bei Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten wäre, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.»

Zahnärztliche Behandlungen ausserhalb des Notfalls zu Lasten der Sozialdienste kann man in vier Bereiche einteilen (siehe Tabelle 5). Für Kosten unter CHF 500.- muss keine Kostenschätzung eingereicht werden. Dies trifft bei den in Tab.5 beschriebenen Notfallinterventionen immer zu. Weiterführende zahnärztliche Behandlung zu Lasten der Sozialdienste benötigen einen bewilligungspflichtigen Kostenvoranschlag. Die geplante

Lösung muss zwingend einfach, zweckmässig und wirtschaftlich sein. (Blumer 2003). Neben einer ethischen Pflicht zur Hilfeleistung gibt es also auch eine gesetzliche, wobei eine strafrechtlich relevante Hilfeverpflichtung wohl nur bei Patienten der Dringlichkeitsstufe 1 bestehen dürfte. Wann endet somit die Freiheit des Zahnarztes, die Behandlung eines Patienten abzulehnen? Eine Behandlung kann abgelehnt werden, wenn die Überzeugung vorherrscht, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und dem Patienten nicht besteht. Dem Recht des Patienten auf freie Zahnarztwahl steht somit die Freiheit des Zahnarztes gegenüber, nur die Patienten zu behandeln, die er behandeln will (Siehe auch 3.1.). Diese Freiheit darf aber keinesfalls dazu führen, dass der Patient ohne eine dringend notwendige zahnmedizinische Versorgung bleibt (vgl. Tabelle 5). Im Klartext bedeutet dies, dass eine Notfallbehandlung nicht abgelehnt werden darf, auch wenn die Bezahlung der Leistung nicht sichergestellt werden kann. Ausserhalb eines Notfalles können Behandlungen abgelehnt oder abgebrochen werden, wenn ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient besteht.

**TABELLE 5**

Patienten	Fürsorge	Behandlungsmerkmale
Asylpatienten	Asylfürsorge (AF)	Keine Prothetik
Flüchtlingspatienten	Flüchtlingsfürsorge (FF)	Prothetische Provisorien, Prothesen
Fürsorgepatienten	Öffentliche Fürsorge (ÖF)	Prothetische Provisorien, Prothese Kronen/Brücken in Ausnahmefällen
Sozialversicherungspatienten	Ergänzungsleistung (EL)	Hybridprothesen, Implantate bei Kauunfähigkeit

Das Vertrauensverhältnis kann gestört sein, wenn zahnärztliche Anordnungen (z.B. Einnahme von Medikamenten, Hygienevorschriften, etc.) nicht befolgt werden (Sicherungsaufklärung) oder wenn der Patient beharrlich medizinisch nicht begründete oder unwirtschaftliche Behandlungsmassnahmen verlangt. Ebenfalls kann die Arzt-Patientenbeziehung abgebrochen werden, wenn es zu Auseinandersetzungen oder Beschwerden bzw. Strafanzeigen kommt. Eine Ablehnung eines Patienten ist auch möglich, wenn in einer Praxis bereits so viele Patienten in Behandlung sind, dass deren ausreichende Versorgung durch die Übernahme weiterer Patienten gefährdet wird bzw. dem Zahnarzt zusätzliche Behandlungszeiten nicht zugemutet werden können. In diesem Fall handelt der Zahnarzt ethisch korrekt, wenn er einem hilfeschuchenden (Notfall)Patienten eine Adresse eines Berufskollegen anbietet, der die Neuaufnahme von Patienten in der Praxis noch nicht abgeschlossen hat. Ein weiterer Punkt für die Beendigung der Beziehung wäre, wenn die Behandlung ausserhalb des Fachgebietes liegt, sodass die notwendigen medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht oder nicht ausreichend vorliegen. Gemäss Standesordnung SSO ist es auch zulässig, einem (mittellosen) Patienten eine Behandlung zu schenken, obwohl ein anderer für die gleiche Leistung bezahlen muss. Es ist jedoch nicht erlaubt, damit Werbung zu betreiben. Im folgenden Kapitel soll die Standespolitik etwas näher beschrieben werden.

## 5. Standesethik

Die ethischen Grundlagen des Berufsstandes sind in der Standesordnung 2007 der SSO festgehalten (SSO 2007). In der Präambel wird wie folgt formuliert: «Zusammen mit dem Patienten trägt der Zahnarzt Verantwortung für dessen orale Gesundheit. Das SSO-Mitglied unterzieht sich dieser Standesordnung und auferlegt sich Verpflichtungen, die über die gesetzlichen Vorschriften hinausgehen. Er tut dies einerseits im Interesse einer ethischen und fachlich hochstehenden Berufsausübung. Andererseits wird damit dem sehr speziellen Verhältnis zwischen Patient und Behandler im Gesundheitswesen und speziell in der Zahnmedizin Rechnung getragen. Als Mitglied eines akademischen, freien Berufsstandes unterzieht sich der Zahnarzt zum Nutzen des Patienten den ärztlichen Regeln (vgl. Genfer Konventionen). Die Standesordnung regelt die Beziehungen des Zahnarztes zum Patienten, zu den Kollegen sowie zur Öffentlichkeit und Partnern im Gesundheitswesen. Grundsätzlich gelten die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung. Die Standesordnung geht immer

dort vor, wo sie strengere Regelungen erlässt als die staatlichen Bestimmungen. Die Standesordnung ist für die Mitglieder der SSO verbindlich». Gemäss Standesordnung ist also der Zahnarzt für die orale Gesundheit des Patienten verantwortlich. Ist das überhaupt möglich unter dem Aspekt der verschiedenen Patiententypen (vgl. Kapitel 3.1)

### 5.1. Kollegialitätsprinzip

Als Mitglieder des Berufsstandes darf von den Zahnärzten erwartet werden, dass sie bei der Patientenversorgung kollegial zusammenarbeiten, respektvoll miteinander umgehen, sich am Prozess der Selbstkontrolle beteiligen und dabei auch Kollegen, die sich von gültigen ethischen Standards entfernt haben, korrigieren oder disziplinieren (Standeskommission der SSO, Standesverfahren). Die Standesorganisation SSO ist in der Pflicht, für ihre Mitglieder solche Standards zu definieren. Dabei haben die Mitglieder ebenfalls die Pflicht, sich die Standards über Weiterbildung anzueignen. Die Verpflichtung soll sich auch an internationale Richtlinien anlehnen (Charta 2003). Die schweizerische Zahnärztesgesellschaft SSO hat diese Standards in der Standesordnung 2007 festgehalten. Im Kapitel 3 findet sich der Verhaltenskodex «Unter Kollegen». Konstruktive Kritik unter Kollegen ist durchaus zulässig und erwünscht, es sollte jedoch bei Meinungsverschiedenheiten eine gütliche Einigung erzielt werden können.

### 5.2. Zahnarzt und Dienstleistung

Viele Behandlungen und die Nachfrage danach in den Zahnarztpraxen sind nicht mehr dem kurativen (heilenden) Bereich zuzuordnen. Es besteht keine eindeutige Indikation dazu, sondern es geht darum, dem Patienten – den man in diesem Zusammenhang eher Kunde statt Patient nennen sollte– Wünsche zu erfüllen. Zu dieser «wunscherfüllenden Zahnmedizin» kann Cosmetic dentistry, Dental wellness oder Dental SPA gezählt werden (Gross 2012). Es geht nicht mehr um eine therapeutische Behandlungsform, sondern um ein emotionales und körperliches Wohlbefinden für den Kunden. Der Zahnarzt ist in diesem «Healthcare», die ihm vielleicht durch den lukrativen Markt schmackhaft erscheint, weniger Arzt denn Dienstleister oder Dentalkaufmann. In diesem Fall stellen sich ganz andere berufsethische Grundfragen, die Maio (2009) als Anregung mit den Kardinaltugenden und somit einem tugendethischen Ansatz zu beantworten versucht. In der KLUGHEIT geht es darum, dem Patienten nicht das Unmögliche zu versprechen (z.B. Schneeweisse Zähne nach Bleaching, wobei das Bild mittels Photoshop bearbeitet wurde), sondern

dass man sich trotzdem auf realistische Resultate beschränkt. Unter BESONNENHEIT versteht man, dass überzogenen Ansprüche und Wünsche des Kunden abgelehnt werden sollen, auch wenn er über ein gezieltes externes Marketing dahingehend beeinflusst wurde. GERECHTIGKEIT meint, Ausbeutung von schwachen Patienten zu vermeiden und nichts zu empfehlen, was dieser nicht braucht und auch nicht wünscht, aber sich auf Empfehlung des Zahnarztes aufgrund seines Vertrauens machen lassen würde. TAPFERKEIT in der Zahnmedizin heisst, die Wahrheit zuzugeben über das Machbare und den Patientenwunsch abzulehnen auch wenn man weiss, dass dieser in der Nachbarspraxis erfüllt werden wird. Interessant ist auch die nachfolgende Tabelle mit den verschiedenen Zahnarzttypen (ESPE Dental AG, Abbildung 3)

### 6. Behandlungsfehler und ethisches Verhalten

Wo gearbeitet wird, ereignen sich Fehler. Die Qualität einer Zahnarztpraxis zeigt sich auch darin, ob ein Misserfolgsmanagement vorhanden ist oder nicht. Was ist ein Misserfolg? Der Begriff **Erfolg** bezeichnet das Erreichen der gesetzten Ziele. Zur Umsetzung von Zielen in Ergebnisse bedarf es der Umsetzungskompetenz. Misserfolg heisst also, das Ziel wurde verfehlt. Das Ziel wurde vielleicht verfehlt, obwohl die Umsetzungskompetenz dazu vorhanden war. Wenn das Ziel in einer Zahnarztpraxis ein «zufriedener Patient» sein soll, kann eintreten, dass nach objektiven Kriterien alles richtig gemacht wurde, der Patient aber dennoch nicht zufrieden ist. Es kann also nach diesen Überlegungen formuliert werden, dass der

Misserfolg primär durch den Patienten/Kunden definiert werden wird. Haben beide Parteien in ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis investiert, kann die Lösung des Misserfolges meist in der Praxis kulant erledigt werden. In den SSO-Zahnarztpraxen der Schweiz dürfte dies in den meisten Fällen so gelöst werden. Ist ein Konflikt nicht mehr bilateral lösbar unterhalten die SSO-Sektionen zahnärztliche Begutachtungskommissionen, an die sich Patienten richten können. Im Jahr 2011 waren in der Sektion SSO Aargau 19 eingereichte Klagen zu bearbeiten. Davon konnten 13 Fälle im einfachen Schlichtungsverfahren aussergerichtlich geregelt werden, nur zwei Fälle werden ein juristisches Nachspiel haben. Die übrigen Fälle sind noch nicht entschieden.

#### 6.1. Fehlertypen

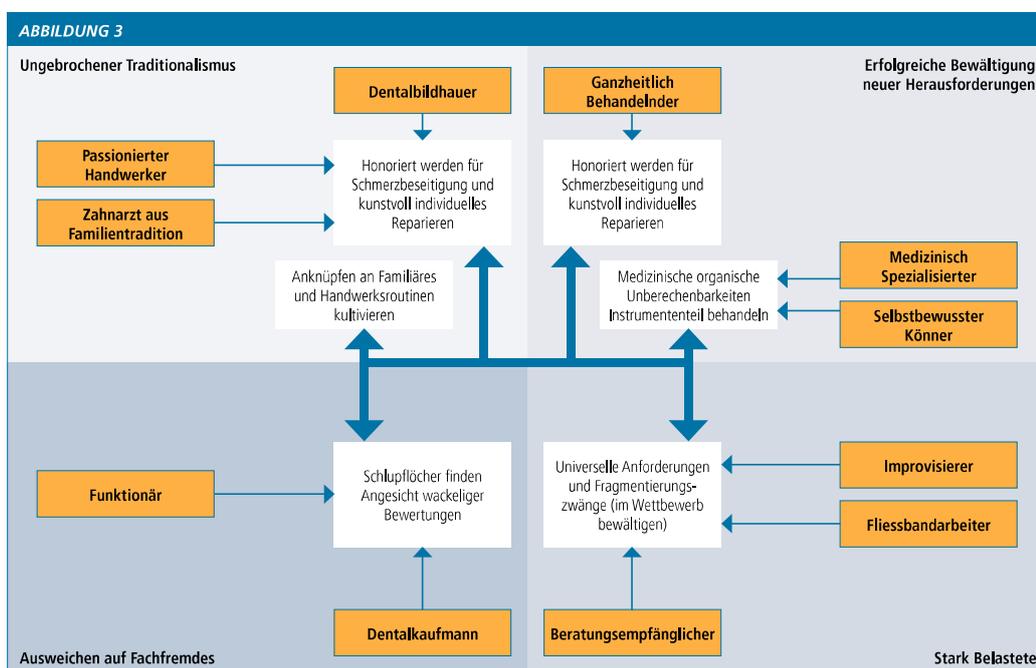
Es lassen sich mit Blick auf die fachlichen, zeitlichen und organisatorischen Abläufe die folgenden Fehlertypen definieren (Ziegler & Gaidzik 2007)

##### Diagnosefehler

Erforderliche Befunde wurden nicht oder mangelhaft erhoben, die Befunde sind falsch oder fehlinterpretiert. Darauf basiert eine falsche Diagnose.

##### Behandlungsfehler

Hier fehlt die korrekte medizinische Indikation oder es mangelt an Sorgfaltspflicht. Die Indikation des Eingriffs wurde falsch gestellt, die Behandlungsmethode ist nicht korrekt. Im Weiteren ist die Durchführung der Massnahmen fehlerhaft oder es fehlt die Nachsorge.



Nichtbehandlung

Wird die gebotene Behandlung fahrlässig «vergessen», liegt ein Behandlungsfehler vor.

Organisationsverschulden

Ein organisatorischer Fehler in der Praxis führt zu einem Schaden. Beispiele wären: Sterilisationskette, Administration, ungeschultes Personal im (Notfall)dienst

Übernahmeverschulden

Ein Zahnarzt übernimmt die Behandlung eines Patienten, für die er keine Erfahrung und Schulung mit sich bringt

Fehlerhafte Sicherungsaufklärung

Es fehlen Hinweise für den Patienten, wie er sich nach einem Eingriff zu verhalten hat.

Schnittstellenfehler/Kooperationsfehler

fehlerhafte Kommunikation zwischen Praxen/Ärzten bei der gegenseitigen Zuweisung von Patienten

Medikationsfehler

Falsche Medikamentengaben in Produkt, Dosis, Verabreichung, etc)

**6.2. Umgang mit Fehlern aus ethischer Sicht**

Jeder Fehler und der dadurch entstandene Schaden ist eine Missachtung des ethischen Nichtschadensprinzips. Es ist daher ein ethisches Gebot, so zu handeln, dass beste Voraussetzungen für Fehlervermeidung vorhanden sind. Fehler sind nicht gleichzusetzen mit moralischem Fehlverhalten, aber ein Fehler kann ein Fehlverhalten nach sich ziehen. Es tritt ein, wenn ein Fehler verschwiegen oder kleingeredet wird. Die Persönlichkeit und Integrität des betreffenden Behandlers gerät so in ein zweifelhaftes Licht (Wehkamp 2010). Leider werden Fehler häufig als individuelles Fehlverhalten oder als Versagen interpretiert und man spricht schnell von Schuld. Schuld ist das Herbeiführen eines nicht gerechtfertigten Übels. Dies kann willentlich geschehen, indem z.B. der Zahnarzt einen noch gut restaurierbaren Zahn extrahiert mit der Absicht, danach ein Implantat verkaufen zu können. In diesem Fall müsste man von moralischer Schuld sprechen, weil eine medizinisch nicht notwendige Massnahme aus rein kommerziellen Gründen vorgenommen und dem Patienten die Alternative des Zahnerhaltes absichtlich verschwiegen wurde. Schuldhaft in einem mildereren Fall handelt ein Zahnarzt, wenn er das vermeidbare Übel ohne Absicht aus Fahrlässigkeit, Oberflächlichkeit oder Selbstüberschätzung herbeiführt. Ein Beispiel

dafür wäre das ohne Sondenkontrolle durchgeführte definitive Zementieren einer Krone mit schlechtem Randschluss, das die Ursache wird für die spätere Zahnextraktion wegen Sekundärkaries. Schuldlos im moralischen Sinn handelt ein Zahnarzt, der einen nicht vorhersehbaren Fehler verursacht. Folgende Faktoren erhöhen das Risiko eines Behandlungsfehlers (Gross 2012):

- Zeit-, Arbeits-, oder Leistungsdruck
- Körperliche, geistige oder/und psychische Überlastung
- Nachlässigkeit (Vernachlässigung von Standards)
- Fehlende Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Institutionelle Defizite (Strafender Umgang mit Fehlern)
- Fehlende Vorbilder
- Betrachtung des Fehlers als persönliches Versagen

Aus ethischer Sicht ist entscheidend, wie mit Fehlern umgegangen wird. Wenn ein Fehler kommuniziert werden soll, sollte dies möglichst rasch nach Aufdeckung desselben geschehen. Vielleicht tragen Gegenmassnahmen dazu bei, dass der Fehler minimiert werden kann. Das Gespräch mit dem Patienten sollte ein ebensolches Setting haben wie unter 3.3. beschrieben. Fehlerkommunikation ist Chefsache unabhängig davon, wer den Fehler begangen hat. Wenn das Gespräch gelingt kann das Vertrauen des Patienten in das Praxisteam erhalten bleiben. Das Gespräch sollte auf folgenden Pfeilern basieren (Gross 2012, Hochreutener 2010):

- Klare Schilderung der Lage und Tatsachen
- Aufrichtiges Bedauern der eingetretenen Situation
- Aufklärung über mögliche Konsequenzen und Besprechen der Lösungsmöglichkeiten
- Alternative anbieten (Behandlerwechsel, Überweisung an andere Praxis)
- Bereitschaft als Team, die Konsequenzen daraus ziehen zu wollen (z.B. Materialwechsel)
- Bereitschaft zeigen, sich im Rahmen der Kulanz an einer Nachbehandlung zu beteiligen

**7. Schlussfolgerung**

Ethik in der Zahnarztpraxis ist keineswegs einfach eine Selbstverständlichkeit oder nur etwas für philosophisch angehauchte Kontemplativliebhaber. Ethik begleitet den seriösen Praktiker fast selbstverständlich und ist komplex mit der zahnmedizinischen Behandlung verbunden. Daneben finden ethische Gesichtspunkte Eingang in zahlreiche Situationen im Umgang mit Patienten und mit

Praxispersonal. Sie sind mit der täglichen Arbeit eng verknüpft. Es geht in der zahnärztlichen Ethik also nicht um die grossen Weltkonflikte aus ethischer Perspektive, sondern um den individuellen Einzelfall, der in einer spezifischen Behandlungssituation in der Praxis eine ethische Dimension bekommen kann (Schliephake 2012). Richtiges sinnvolles und systematisches Handeln kann man sich aneignen. Die eigenen und die fremden Interessen mediativ gegeneinander abwägen und das Analysieren der Situation mit einer objektiven Brille ist erlernbar und hilft, die Lage sicher zu beurteilen, um einem Konflikt auszuweichen oder einen bereits bestehenden zu minimieren. Der sogenannte «Gute Ruf» einer Praxis basiert nicht nur auf dem fachlich hervorragenden Können des gesamten Praxispersonals, sondern insbesondere auch auf der Praxiskultur, die durch das ethische Verhalten der Mitarbeitenden mitgeprägt wird. Das ist der einleitend genannte Wettbewerbsvorteil einer Praxis, die ihre Verantwortung als soziales Gebilde wahrnimmt und auch so wahrgenommen wird. Die Mund-zu-Mund Propaganda ist kein Zufallsprinzip, sondern das Resultat einer klugen ehrlichen Disposition der eigenen Praxis am Markt. In Zeiten steigender Konkurrenz durch anonyme grosse Zahnarztzentren lohnt sich ein Reflektieren und Überprüfen der praktizierten Ethik im Betrieb. Ein wirtschaftlicher Erfolg kann nicht durch kurzfristige Gewinnoptimierung erreicht werden, sondern durch langfristig ausgelegtes und konsequentes ethisches Verhalten gegenüber den Patienten, die auch heute noch eine langfristig ausgelegte vertrauensvolle Anbindung an eine Zahnarztpraxis einem billigen rekonstruktiven Schnäppchen vorziehen.

## 8. Literaturverzeichnis

Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of biomedical ethics*. 6. Auflage. Oxford University Press, New York, 2009

Blumer F: Zahnärztliche Behandlung zu Lasten der Sozialdienste. Merkblatt SSO-Aargau, 2003

Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, (Medizinalberufegesetz MedBG), Art 40 lit g, Art 41, 2006

Charta zur ärztlichen Berufsethik, Schweiz. Ärztezeitung 84, Nr.45, 2003

Düwell M, Hübenthal C, Werner MH: *Handbuch Ethik*. Metzler, Stuttgart, 2006

Gross D: Vier klassische Vorurteile gegenüber der Ethik und den Medizinethikern. *Zahnärztl Mitt* 101, 12 A,34, 2011

Gross D, Gross K, Schäfer G: *Ethik in der Zahnheilkunde, Teil 2: Der Zahnarzt und sein Patient. Die ethische Perspektive*. *Dtsch Zahnärztl Z* 66, 9, 619-625, 2011

Gross D, Gross K, Schäfer G: *Ethik in der Zahnheilkunde. Teil 3: Patientenzentrierte Kommunikation und zahnärztliche Schweigepflicht: Chancen und Fallstricke*. *Dtsch Zahnärztl Z* 66, 10, 715-723, 2011

Gross D: *Ethik in der Zahnmedizin – ein praxisorientiertes Lehrbuch*. Quintessenz Berlin et al., 2012

Hick C: *Klinische Ethik*. Springer, Heidelberg 2007

Hochreutener MA: *Wie sage ich's dem Patienten*. In: Borgwart J, Kolpatzik K (Hrsg): *Aus Fehlern lernen. Fehlermanagement in Gesundheitsberufen*. Springer, Berlin 2010

Jonas H: *Technik, Medizin und Ethik – Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1987

Maio G: *Die moderne Zahnheilkunde auf der gefährlichen Klippe zum Schönheitssalon*. *Zahnarzt & Praxis* 12, 6, 413-415, 2009

Parzeller M, Wenk M, Zedler B, Rothschild M: *Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen*. *Dtsch. Ärztebl* 104, 9, A-576-A586, 2007

Pöppel K: *Pflege und Betreuung: Auf eine Frage des Patientenbildes*. In: Borgwart J, Kolpatzik K (Hrsg): *Aus Fehlern lernen. Fehlermanagement in Gesundheitsberufen*. Springer, Berlin 2010

Reiter-Theil S, Albisser-Schlegler H: *Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten*. *Notfall Rettungsmed* 10, 3, 189-196, 2007

Riha O: *Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin*. Huber, Bern, 2008

Schliephake H: *Geleitwort*. In: Gross D (Hrsg): *Ethik in der Zahnmedizin- ein praxisorientiertes Lehrbuch*. Quintessenz Berlin et al., 2012

Scarano N: *Metaethik- ein systematischer Überblick*. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg): *Handbuch Ethik*, Metzler, Stuttgart 2006

Standesordnung 2007, Schweizerische Zahnärztesgesellschaft SSO, Eigenverlag, 2007

Sternitzke A: *Individualität und Selbstbestimmung durch elektronische Gesundheitsakten*. In: Jähn K, Reiher M, Nagel E (Hrsg): *E-Health im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Anwendung*. 2. Symposium der Arbeitsgruppe e-Health und Health communications. Akademische Verlags-Gesellschaft, Berlin, 2007

Wartensleben H: *Der gefährliche Spagat der Gesundheitspolitik und des Vertragsarztrechts*. *Arzt usR*, 4, 1996

Tewes R: *«Wie bitte»? Kommunikation in gesundheitsberufen*. Springer, Berlin 2010

Wehkamp KH: *Fehlverhalten – Zwischen Fürsorge und Machtausübung*. In: Borgwart J, Kolpatzik K (Hrsg): *Aus Fehlern lernen. Fehlermanagement in Gesundheitsberufen*. Springer, Berlin 2010

Ziegler A, Gaidzik P: *Behandlungsfehler*. In Hick C: *Klinische Ethik*. Springer, Berlin 2007