

D. Groß¹, K. Groß², G. Schäfer¹

Ethik in der Zahnheilkunde – eine Einführung mit Progress-Test. Teil 3: Patientenzentrierte Kommunikation und zahnärztliche Schweigepflicht: Chancen und Fallstricke



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

Ethics in dentistry – an introduction with progress test. Part 3: patient-centered communication and professional discretion: chances and pitfall

1 Vorbemerkungen

Die Kommunikation zwischen Behandler und Patient spielt eine kaum zu überschätzende Rolle beim Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses und bei der Festigung des „therapeutischen Bündnisses“. Die strukturelle Asymmetrie zwischen dem „Experten“ Zahnarzt und dem „Laien“ Patient kann durch adäquate kommunikative Hilfsmittel und Strategien überwunden oder zumindest in ihren Auswirkungen reduziert werden. Ähnlich wichtig für die beschriebene Vertrauensbildung ist ein verantwortungsvoller und souveräner (zahn)ärztlicher Umgang mit der Schweigepflicht: Der Patient „vertraut sich dem Arzt an“ in der Erwartung, dass dieser sein Vertrauen rechtfertigt und seine Geheimnisse bewahrt. Allerdings gibt es auch eine Reihe von Situationen und Fallkonstellationen, in denen es rechtlich möglich – und sogar ethisch geboten – ist, die Schweigepflicht zu brechen.

Der vorliegende Beitrag befasst sich vor diesem Hintergrund mit der zahnärztlichen Kommunikation und ihren Fallstricken, aber auch mit den kommunikativen Potenzialen und mit hilfreichen Kommunikationsstrategien. Anschließend richtet sich der Blick auf die zahnärztliche Schweigepflicht, ihre Kennzeichen, ihre ethischen Implikationen und ihre Grenzen (Offenbarungsbefugnisse und -pflichten). Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei den ethisch herausfordernden „Grauzonenbereichen“.

2 Wege zu einer erfolgreichen und ethisch verantwortlichen zahnärztlichen Kommunikation

2.1 Definition

Kommunikation (lat. *communicare* = mitteilen, gemeinsam machen) wird

vielfach als „Austausch“ oder „Übertragung“ von Informationen beschrieben; diese kann sowohl verbal als auch non-verbal erfolgen, wobei gerade die Bedeutung der non-verbalen Kommunikation vielfach unterschätzt wird [11, 12]. Kommunikation ist aber immer zugleich eine soziale Handlung und ein „Teilhaben“, bei dem etwas Gemeinsames entsteht (lat. *communis* = „gemeinsam“). Der Kommunikation zwischen Behandler und Patient kommt eine zentrale Bedeutung beim Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses und bei der Festigung des „therapeutischen Bündnisses“ zu – sie ist mithin eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche (zahn)ärztliche Tätigkeit. Tatsächlich können strukturell asymmetrische Beziehungsgefüge wie das zwischen (Zahn)arzt und Patient durch bestimmte kommunikative Muster und Mechanismen verfestigt, aber genauso auch (partiell) überwunden oder in ihren Auswirkungen reduziert werden [5].

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen;

² Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital Aachen

DOI 10.3238/dzz.2011.0715

2.2 Besonderheiten der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient

Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient kann und muss als besonders herausfordernd gelten, weil das „Kommunikationswerkzeug“ des Patienten – der Mund – gleichzeitig Gegenstand der zahnärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung und damit in der Begegnung mit dem Zahnarzt nur bedingt „einsetzbar“ ist. Entsprechend groß ist hier die Gefahr einer asymmetrischen Kommunikation. Dies zeigt sich etwa dann, wenn der Zahnarzt dem Patienten während der Befundung oder Behandlung fachliche oder persönliche Informationen gibt, der Patient hierauf aber – situationsbedingt – nicht adäquat antworten, sondern allenfalls mit Augen- oder (dezenten) Kopfbewegungen reagieren kann. Die kommunikative Asymmetrie ist noch ausgeprägter, wenn die kognitive oder emotionale Aufnahmefähigkeit des Patienten durch die zeitgleich stattfindende Behandlung eingeschränkt ist. Mit anderen Worten: Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient birgt ein erhöhtes strukturelles Risiko einer einseitigen, unidirektionalen Gesprächsführung. Umso wichtiger ist es, dass Zahnärzte sich dieser Gefahr bewusst sind und nicht der Versuchung erliegen, das Gros der schuldigen Informationsübermittlung aus Gründen der Zeitersparnis en passant beim „Arbeiten“ zu erledigen. Es empfiehlt sich vielmehr, die wichtigen, konstitutiven Anteile des Zahnarzt-Patient-Gesprächs zeitlich vor (oder ggf. nach) der oralen Inspektion bzw. Behandlung anzusiedeln. Dies gilt insbesondere für das Anamnesegespräch und die Eingriffsaufklärung.

2.3 Klassische „Kommunikationsfallen“

Durch Kommunikation können Erwartungshaltungen auf beiden Seiten deutlich gemacht und konkrete Wünsche adressiert werden. Voraussetzung ist eine entsprechende Bereitschaft von (Zahn)arzt und Patient. Im Folgenden werden zehn häufige „Kommunikationssünden“ oder „-fallen“ angeführt, welche die beschriebenen Ziele gefährden [5, 6, 11]:

1. *Unzureichender Zeitansatz:* Der „Klassiker“ unter den Kommunikations-sünden ist ein zu geringer Zeitansatz für das Gespräch zwischen (Zahn)arzt und Patient. *Deveugele et al.* (2002) untersuchten die Gesprächsdauer in einzelnen europäischen Arztpraxen. Dabei bildeten die Patientengespräche in deutschen Praxen bezüglich ihrer Dauer im europäischen Vergleich das Schlusslicht [2]. Für Verständnisfragen des Patienten und genauere Erläuterungen bleibt oft kein Raum [12]. Aufgrund des Zeitfaktors neigen viele (Zahn)ärzte dazu, das Gespräch zu strukturieren, indem sie nach einer kurzen Zeit der freien Äußerung der Beschwerden durch den Patienten gezielte Entscheidungsfragen formulieren und dem Patient somit nur noch die Möglichkeit bieten, die gestellten Fragen zu bejahen bzw. zu verneinen. Der (Zahn)arzt dominiert das Gespräch mit dem Kranken hierdurch nicht nur zeitlich, sondern auch strukturell und inhaltlich. Eine derartige Führung des Gesprächs ist letztlich wiederum Ausdruck einer (zahn)ärztlichen Kontrolle, die wiederum die strukturelle Asymmetrie von Behandler und Patient verstärkt und „zementiert“ [5]. Grundsätzlich sollten unter Zeitdruck bzw. zwischen „Tür und Angel“ keine wesentlichen Gespräche mit Patienten geführt und keine weitreichenden Informationen ausgetauscht werden. Ebenso wenig sollte ein patientenseitig bekundetes oder erkennbares Gesprächsbedürfnis allein aus Zeitgründen abgewehrt oder ignoriert werden.
2. *Unterschiedliche Sprachcodes:* Nicht selten findet der Rollenunterschied zwischen (Zahn)arzt und Patient auch Ausdruck in der Sprache. Auf der einen Seite verwendet der (Zahn)arzt (in seiner Alltagserfahrung durchaus gängige) Fachtermini, auf der anderen Seite finden sich im Regelfall spontane, unpräzise, ggf. auch assoziative und emotionale Äußerungen des Patienten. Ein derartiges Gespräch verläuft unbefriedigend: Der Patient fühlt sich unzureichend informiert, missverstanden und – auf der affektiven Ebene betrachtet – in seiner Emotionalität und Betroffenheit nicht ernst genommen; der (Zahn)arzt hingegen vermisst u. U. präzise und konkrete Angaben zu den erfragten Krankheitssymptomen.
3. *Unidirektionale Gesprächsführung/„Dozieren“ des Behandlers:* So wichtig es ist, dem Patienten keine wichtigen Informationen schuldig zu bleiben, so kontraproduktiv ist es, den Patienten durch das Präsentieren einer Fülle von fachlichen Einzelinformationen „totzureden“ oder mit einem detailreichen Expertenwissen zu „beeindrucken“.
Viel wichtiger ist es, den Patienten im Gespräch sowohl auf der Sachebene als auch auf der emotionalen und existentiellen Ebene zu adressieren (vgl. hierzu auch 2.4). Dies setzt jedoch eine „dialogische“ Gesprächsgestaltung voraus.
4. *Fehlende Beachtung/Registrierung nonverbaler Signale:* Zudem besteht das grundsätzliche Risiko, dass der (Zahn)arzt die nonverbalen Signale des Patienten missachtet oder diese ggf. gar nicht registrieren kann, weil er sich gerade einer oralen Untersuchung oder Behandlung widmet: Während ein Orthopäde durchaus gleichzeitig einen Fuß inspizieren und die faziale Mimik (aber auch z. B. verbale Reaktionen oder einen bestimmten Tonfall) registrieren kann, ist dies einem Zahnarzt in der Untersuchungssituation naturgemäß kaum möglich. Dabei sind gerade Gestik und Mimik – Kopfnicken, Kopfschütteln, Augenkontakt oder dessen Vermeidung – sowie Lautstärke und Tonalität der Stimme wichtige kommunikative Signale. Verkennt der Zahnarzt diese Zeichen, verkennt er unter Umständen einen Teil der Probleme des Patienten [11]. In jedem Fall aber erschwert dies die für eine erfolgreiche Behandlung wesentliche Vertrauensbildung.
5. *„Schweigespirale“ bzw. „Schweigepakt“ von Behandler und Patient:* Ebenso ungünstig ist es für die Entwicklung der Beziehung zwischen (Zahn)arzt und Patient, wenn beide Akteure bestimmte, für den Behandlungserfolg wichtige Aspekte bewusst nicht thematisieren („Schweigepakt“). Unter Umständen bestärkt das Schweigen des Gegenübers den Betreffenden, das Thema auch weiterhin auszuspähen („Schweigespirale“). Auch hierzu

zwei Beispiele: Ein Zahnarzt bemerkt bei seiner Patientin einen ausgeprägten *foetor ex ore*, spricht dies aber nicht an, weil die Patientin wegen eines anderen Behandlungswunsches vorstellig geworden ist. Tatsächlich kennt die Patientin das Problem und hofft insgeheim darauf, dass der Zahnarzt als Experte diesen für den Laien peinlichen Sachverhalt von sich aus thematisiert. Denkbar ist auch der Fall, dass der Zahnarzt bei einer jungen, frisch verheirateten Patientin wiederholt Hämatome und Schürfwunden im Gesichts- und Halsbereich registriert, sich aber nicht traut, den Verdacht auf häusliche Gewalt zu äußern, während die Frau das Thema ihrerseits ebenfalls schamhaft verschweigt.

6. *Ausweichen bei heiklen Fragen*: Es konterkariert den Respekt vor einem Patienten, der explizit einen Klärungsbedarf angemeldet hat, wenn der Behandler heiklen Fragen ausweicht, indem er das Gespräch auf einen anderen Inhalt lenkt. Auch wenn die Antwort auf eine unerfreuliche Fragestellung schwer fällt, sollte die Frage nicht „umschiff“ werden: Ein Beispiel wäre die Nachfrage eines Patienten nach der Erfolgsaussicht einer endodontischen Behandlung an einem strategisch wichtigen Pfeilerzahn. Auch wenn die betreffende Wurzelbehandlung aus bestimmten Gründen eine klar unterdurchschnittliche Erfolgsquote bietet, sollte man dem interessierten Patienten die Fakten nicht schuldig bleiben. Gleichwohl kann man sie mit einem hoffnungsvollen Signal flankieren – etwa mit dem Hinweis, dass vergleichbare Fälle bekannt sind, in denen der Zahnerhalt bzw. die Funktion des fraglichen Zahns als Brückenpfeiler für viele Jahre gesichert werden konnte, so dass es den Versuch lohnt.

7. *Missverständliche Kommunikation/Fehlende Rückfragen*: Wenn die Motive hinter bestimmten Aussagen unklar sind bzw. nicht erhellt werden, kann es zu Missverständnissen kommen – insbesondere dann, wenn sich das Gegenüber nicht traut, gezielte Nachfragen zu stellen, oder wenn eine dritte Person (kurzerhand) zwischen die Kommunikation von (Zahn)arzt und Patient „geschaltet“ wird: Wenn etwa

der Zahnarzt die zahnärztliche Fachangestellte vor seinem Verschwinden in den nächsten Behandlungsraum noch rasch bittet, bei einem bestimmten Patienten anzurufen und diesem einen gerade frei gewordenen, allerdings sehr kurzfristigen Behandlungstermin zu offerieren, bietet dieser Vorschlag des Zahnarztes aus Sicht des angerufenen Patienten durchaus Interpretationsspielraum. Auf der Inhaltsebene bedeutet sie: *Sie können früher als geplant von mir behandelt werden*. Auf der Appellebene bedeutet sie: *Ich habe eine Behandlungslücke und ich erwarte mir, dass Sie sie schließen können*. Auf der Beziehungsebene kann dies bedeuten: *Ich habe gleich an Sie gedacht und bin daran interessiert, Sie früher als zunächst geplant weiter zu behandeln*. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, missverständliche Aussagen oder Angebote zu „kontextualisieren“ und die dahinter stehende Motivation zu nennen, um Enttäuschungen bzw. verfehltete Erwartungen zu verhindern.

8. *„Totschlagargumente“ und „Killerphrasen“*: Der auf Charles Clark zurückgehende Begriff „Killerphrase“ („killer phrase“) bezeichnet Aussagen mit kategorischem Charakter, die dem Gegenüber die Möglichkeit zu einem weiteren kommunikativen Austausch nehmen, z. B. *Wenn Sie sonst keine Sorgen haben, bin ich zufrieden* oder *Das hat doch keinen Sinn* [1]. Der Begriff wird bisweilen als Synonym für „Totschlagargument“ benutzt. Allerdings ist ein Totschlagargument noch weitreichender, weil es zusätzlich eine „Überzeugungsabsicht“ in sich trägt und signalisiert, dass eine weitere Aussprache nicht sinnvoll und/oder nicht mehr erforderlich ist. Charakteristische Totschlagargumente sind *Das kam bei uns noch nie vor*, *Das ist doch allgemein bekannt*, *Das würde den Rahmen sprengen* oder *Ich mache diese Behandlung schon seit 30 Jahren ...* Freilich finden sich auch auf Seiten der Patienten derartige Phrasen wie z. B. *Für mich gibt's keinen passenden Zahnarzt*, *Bei mir hat noch nie eine Spritze gewirkt* oder *Bis jetzt war noch jeder Zahnarzt mit meiner Mundhygiene zufrieden*. Bei solchen Redewendungen muss es sich keinesfalls um bewusst konfrontativ gemeinte oder „sprachstrategisch“ eingesetzte Kommentare handeln; sie

können ebenso Ausdruck einer Verunsicherung oder einer unbewussten Abwehrhaltung sein. Aus kommunikationswissenschaftlicher wie aus ethischer Sicht sind Killerphrasen und Totschlagargumente unbedingt zu vermeiden, weil sie jede weiterführende Kommunikation im Keim ersticken und den Gesprächspartner bloßstellen bzw. abwerten.

9. *„Bagatellisierung“ von Ängsten bzw. leichtfertige Andeutung von Gefahr*: Groß ist bisweilen auch die Versuchung, Sorgen von Patienten herunterzuspielen oder kleinzureden, von Ängsten abzulenken oder sie zu überhören oder für angedeutete Probleme vorschnell „Lösungen“ anzubieten, die dem Bedarf des Patienten nicht (vollständig) gerecht werden (*Das kriegen wir schon hin*, *Es ist noch immer gut gegangen*, *Denken Sie doch mal positiv*). Auch vermeintlich unbedeutende Sorgen sind ernst zu nehmen – seien es geäußerte Ängste vor bestimmten Behandlungsschritten oder Gerätschaften (Taubheitsgefühl bei zahnärztlichen Lokalanästhesien, „Rattern“ des Rosen-„Bohrers“, Geräusch der zahnärztlichen Turbine) oder scheinbar unbedeutende Terminsorgen (z. B. ein befürchteter zeitlicher Engpass zwischen Behandlungsterminen und bereits bestehenden anderweitiger Verpflichtungen). Ängstliche Patienten sind in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt und neigen stärker dazu, Sachverhalte falsch zu verstehen. Vor diesem Hintergrund sind auch scheinbar unbedeutende Patientensorgen oder „Befindlichkeitsstörungen“ ernst zu nehmen. Ein professioneller Umgang mit derartigen Ängsten erhöht die Patientenzufriedenheit, festigt das therapeutische Bündnis und begünstigt den weiteren Therapieverlauf. Ebenso verbietet es sich, im Gespräch leichtfertig angstbesetzte Wörter (*Misserfolg*, *Unwägbarkeit*, *Scheitern*, *Spätfolgen*, *Komplikationen* o. ä.) zu gebrauchen oder nur *en passant* bestehende Gefahren anzudeuten, ohne sogleich klärende oder konkretisierende Informationen folgen zu lassen.

10. *Der Patient als Objekt der Kommunikation*: Vor allem in Krankenhäusern und Polikliniken, gelegentlich aber auch in (zahn)ärztlichen Praxen fin-

det man das Phänomen, dass ein Patient trotz körperlicher Präsenz nicht direkt angesprochen, sondern zum Gegenstand eines Gesprächs gemacht und damit gewissermaßen als Objekt behandelt wird. „Klassische“ Beispiele bieten Arztvisiten am Krankenbett, bei denen nicht mit dem Patienten, sondern über ihn – oder, eindrücklicher noch: über dessen Laborwerte – gesprochen wird. Noch drastischere Einsichten in die Problematik gewähren sprachliche Entgleisungen wie *Die Gallenblase von Zimmer 207 hatte heute noch kein Mittagessen* oder *Die Endo in Zimmer 2 hat immer noch keinen Kofferdam* – insbesondere dann, wenn diese Kommentare bei offenen Türen von Patienten mitgehört werden. Damit verbunden ist eine (un)bewusste Abwertung nicht nur der betreffenden Person, sondern der Patienten insgesamt. Hier wird man ohne Übertreibung von einer echten „Kommunikationsünde“ sprechen können.

2.4 Kommunikative Standards und Orientierungshilfen für eine erfolgreiche, ethisch verantwortliche Kommunikation

Aus ethischer Sicht ist bereits viel gewonnen, wenn es gelingt, die vorgenannten, im Medizinsystem weit verbreiteten kommunikativen Klippen zu umschiffen. Noch besser ist es allerdings, die spezifischen positiven Effekte zu nutzen, die jede professionell gestaltete und an ethischen Erfordernissen orientierte Kommunikation bietet [9, 11]. Wichtig ist es zunächst, auf ein geeignetes „Gesprächssetting“ zu achten: Grundsätzlich sollte jedes Gespräch in einem geeigneten Rahmen bei ruhiger Atmosphäre, hinreichender Privatheit (keine offenen Türen oder „fremde Ohren“) und genügendem Zeitansatz stattfinden. Allerdings gibt es neben dem Setting eine Reihe weiterer externer Faktoren, die auf die Kommunikation Einfluss nehmen und die man als Behandler berücksichtigen sollte. Hierzu zählen der Anlass des Gesprächs (ein von langer Hand geplanter, elektiver Eingriff wird zumeist anders thematisiert als ein Notfall-Eingriff, ein Gespräch über eine Maßnahme mit hohem Gefahrenpotenzial stellt andere kommunikative Anforderungen als eine Aufklärung über Rou-

tinemaßnahmen), ein ggf. wirksames soziales Gefälle (ein Patient mit niedrigem Bildungsgrad wird einem (Zahn)arzt u. U. anders entgegneten als ein Akademiker) und mögliche weitere beim Gespräch Anwesende oder im Hintergrund agierende „Dritte Personen“. Zu den personenbezogenen Faktoren zählen das Selbstbewusstsein und die persönlichen Erfahrungen des jeweiligen Gesprächspartners, sein Verhältnis zum Gegenüber, sein Rollenverhalten (als Patient oder Behandler), das jeweilige im Vorfeld anvisierte Gesprächsziel und mögliche (unbewusste) Abwehrtendenzen (z. B. Projektion, Verschiebung, Verneinung oder Reaktionsbildung).

Gute Kommunikation ist weder Glückssache noch (vorrangig) eine Frage der rhetorischen Begabung. Vielmehr gibt es konkrete Standards und wichtige Orientierungen für eine professionelle, ethisch verantwortliche Kommunikation, mit der das Verhältnis zwischen Patient und Behandler gefestigt und die Vertrauensbildung gefördert werden kann [6, 11]. Diese soll im Folgenden näher beleuchtet und an Beispielen illustriert werden:

1. *„Frage-Antwort-Kreis“ und dosierte Informationsmengen:* Am Anfang des Gesprächs des (Zahn)arztes mit dem Patienten sollte deutlich gemacht werden, dass letzterer im Mittelpunkt der Kommunikation stehen soll. Dies wird signalisiert durch initiale Fragen des (Zahn)arztes, die das Vorwissen des Patienten (*Was denken, was wissen Sie über ihre Krankheit?*), die Quellen seines Wissensbestandes (*Existieren Diagnosen von Vorbehandlern? Selbstdiagnosen? Diagnoseversuche via Internet? Ist im Vorfeld ein Erfahrungsaustausch mit Dritten erfolgt?*), aber auch seine Probleme, Ängste und Fragen adressieren. So ist es dem (Zahn)arzt möglich, das weitere Gespräch an diesen konkreten „Eckdaten“ und am hierbei ermittelten Informationsbedarf des Patienten auszurichten („patientenzentrierte“ Kommunikation). Der (Zahn)arzt sollte in jeder „Kommunikationseinheit“, d. h. in jedem einzelnen Gesprächsabschnitt, maximal drei Informationen bereit stellen, die dem jeweiligen Patienten angepasst sind („dosierte Information“) – zum einen, um den Patienten nicht zu er-

müden bzw. zu überfordern und zum anderen, um sicherzustellen, dass das Gespräch einen Dialogcharakter behält und die Redeanteile gleichmäßig verteilt sind.

2. *Offene Fragestellung:* Wer sein Gegenüber adäquat beraten und aufklären will, muss diese Person zunächst kennenlernen. Offene Fragen signalisieren vorbehaltloses Interesse und bieten dem Antwortenden die beste Möglichkeit, sich als Person einzuführen und seine Ansichten und Haltungen mitzuteilen. Gerade zu Beginn des Gesprächs ist es daher von zentraler Bedeutung, an den Patienten offene Fragen zu richten (*Was führt Sie zu mir? Was kann ich für Sie tun?*). Der Patient erhält so die Gelegenheit, rasch in das Gespräch hineinzufinden und sich selbst angemessene Redeanteile zu sichern. Anschließend ist es dann vielfach sinnvoll, Sondierungsfragen anzuschließen (*Wann treten Ihre Zahnschmerzen auf? Wie würden sie diese beschreiben?*).

Demgegenüber ist bei geschlossenen Fragen initial Zurückhaltung angeboten: Sie bergen die Gefahr in sich, dass aus der bidirektionalen „dialogischen“ Kommunikationsstruktur eine unidirektionale Kommunikation und der Patient zum reinen „Ja-“ oder „Neinsager“ wird (*Haben Sie diese Beschwerden jeden Tag? Ist dies das einzige Röntgenbild, das Sie mitgebracht haben?*). Gleichwohl können geschlossene Fragen späterhin zur Vervollständigung der Informationen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

3. *Adressieren aller Kommunikationsebenen:* Viele denken beim Aufklärungsgespräch ausschließlich an den kommunikativen Austausch über medizinische Fakten. Tatsächlich spielt die *faktische* Kommunikationsebene – zumindest vordergründig – die entscheidende Rolle. Sie betrifft Frage wie: *Worum geht es? Was ist zu tun? Welche Optionen gibt es? Wie sind die Chancen und Risiken? Wie ist der mutmaßliche Verlauf?* Eine gelungene Kommunikation zwischen (Zahn)arzt und Patient wird sich jedoch nicht auf den Dialog über medizinisches Fachwissen beschränken. Im (Zahn)arzt-Patient-Gespräch sind neben dieser faktischen Ebene viel-

- mehr zwei weitere Kommunikations-ebenen zu adressieren: Die *emotionale Ebene* (*Was machen diese Informationen mit mir? Wie fühle ich mich dabei? Wie geht es mir gerade?*) und die *existentielle Ebene* der Kommunikation (*Was bedeutet das für meinen künftigen Alltag? Wie muss ich mein künftiges Ernährungsverhalten, mein weiteres Leben planen? Welche Kurskorrekturen, welche Änderungen muss ich vornehmen und welche Hilfe brauche ich dafür?*). Dabei geht es auch darum, den Patienten durch Selbstreflexion wie auch durch Beratungsangebote („Counselling“) seine „eigene Wahrheit“ finden zu lassen.
4. *Gezielte Nachfragen*: Nicht jeder Patient gibt offen zu erkennen, dass er bestimmte Gesprächsinhalte und Erklärungen nicht verstanden hat oder dass ein Aspekt, der ihm eigentlich wichtig ist, im bisherigen Gesprächsverlauf unberücksichtigt oder unterbelichtet blieb. Deshalb empfiehlt es sich, mit Hilfe von gezielten Rückfragen mögliche Verständnisschwierigkeiten zu beheben und bislang unerfüllten Erwartungen und Wünschen des Patienten Rechnung zu tragen. Dabei sollten wiederum alle drei Kommunikationsebenen berücksichtigt werden – die erwähnte faktische Ebene (*Welche Informationen darf ich Ihnen noch geben? Zu welchen meiner Ausführungen haben Sie noch Fragen?*), die emotionale Ebene (*Darf ich fragen, wie es Ihnen jetzt geht?*) und die existentielle Ebene (*Können Sie diese Diagnose, diesen Behandlungsplan in Ihren Alltag integrieren?*).
5. *Paraphrasieren von Aussagen des Patienten*: Die Paraphrase (gr. para = daneben, phrasein = reden) bezeichnet das erklärende Umschreiben einer gemachten Aussage. Sie ist ein wertvolles (zahn)ärztliches Mittel, um Gesprächsinhalte des Patienten in eigenen Worten zu wiederholen. Auf diese Weise kann der (Zahn)arzt deutlich machen, dass er aufmerksam zugehört und sich ernsthaft mit den Aussagen des Patienten befasst hat. Gleichzeitig hilft das Paraphrasieren, zentrale Aussagen zusammenzufassen, Missverständnisse auszuräumen und ggf. sehr emotionale Gesprächsinhalte zu versachlichen (*Um Ihr Anliegen in meinen Worten zu wiederholen: Sie fürchten einen heraus-*

nehmbaren Zahnersatz und wollen nach Möglichkeit eine festsitzende Lösung, habe ich Sie da richtig verstanden? Wie viele Behandlungssitzungen Sie einrechnen müssten und wie aufwendig die Behandlung technisch würde, wäre für Sie deshalb von nachrangiger Bedeutung?)

6. *Spiegeln der „ungesagten“ Gesprächsanteile*: Beim Spiegeln gibt der (Zahn)arzt nach aufmerksamem Zuhören dem Patienten eine Rückmeldung über das, was bei ihm „angekommen“ ist. Dabei geht es im Unterscheid zum Paraphrasieren nicht darum, das Gesagte in eigenen Worten zu wiederholen, sondern zwischen den Zeilen zu lesen und auch dem Ungesagten – speziell den zwischen den Zeilen ausgedrückten Emotionen – eine „Sprache“ zu verleihen (*Wenn ich Sie richtig interpretiere, fürchten Sie sich v. a. davor, dass wir die Implantate in Ihrem Unterkiefer nicht hinreichend befestigen können, und dass sie deshalb nicht halten werden?*). Wie das Paraphrasieren fördert auch das Spiegeln auf Seiten des Patienten das Gefühl, ernst genommen und verstanden zu werden und hilft dem Patienten zugleich bei dem Versuch, sich über die eigenen Gefühle und Vorstellungen klar zu werden (vgl. auch NURSE-Schema).
7. *Anwendung des NURSE-Schemas bei starker Emotionalität*: Im Umgang mit stark emotionalen Patienten ist es grundsätzlich wichtig, die Gefühle als gegeben zu akzeptieren und sie nicht herunterzuspielen, zu widerlegen oder als unsachlich abzutun. Es hat sich bewährt, auf Emotionen des Patienten in fünf Schritten zu antworten, die sich zum Merkwort NURSE zusammenfassen lassen:
- (1) **Naming**: Die Gefühle des Patienten sollten benannt, ausgesprochen werden, damit sie im weiteren Verlauf des Gesprächs „bearbeitet“ werden können.
- (2) **Understanding**: Ein vorzeitiges Beruhigen oder Kleinreden des Problems ist zu vermeiden. Stattdessen sollte mittels Nachfragen versucht werden, die Gefühle und ihre Ursachen besser zu verstehen.
- (3) **Respecting**: Auch wenn man geäußerte Gefühle von Patienten für unberechtigt hält, gilt es doch dem Patienten zu vermitteln, dass er

(auch mit seinen möglicherweise irrationalen Gefühlen) respektiert wird.

(4) **Supporting**: Im Gespräch sichtbar werdende Wut und Enttäuschung sind häufig zugleich ein Appell um Hilfe. Es gilt daher Unterstützung anzubieten, allerdings ohne falsche bzw. unrealistische Versprechungen zu machen.

(5) **Exploring**: Wenn es gelungen ist, die Gesprächssituation zu stabilisieren, bietet sich die Möglichkeit, den Gefühlen auf den Grund zu gehen und ein besseres Verständnis für die Emotionen zu gewinnen.

8. *Vermittlung von Hoffnung und Information über Hilfsangebote*: Hoffnung ist Ausdruck einer positiven Grundhaltung. Eine optimistische Erwartungshaltung ist wiederum ein wesentlicher Faktor für einen günstigen Genesungsprozess bzw. Behandlungsverlauf [13]. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass das Vermitteln von Hoffnung nicht nur eine traditionelle (zahn)ärztliche Aufgabe ist, sondern zugleich eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche (Zahn)arzt-Patient-Kommunikation. Dabei ist Hoffnung nicht zwangsläufig mit Aussicht auf Heilung gleichzusetzen. Gerade auch am Lebensende kann es wichtig sein, den betroffenen Patienten eine realistische Hoffnung zu geben, um so das Schicksal besser annehmen, selbstbestimmt agieren und die verbliebene Zeit als sinnvoll und erfüllt erleben zu können: Hierzu ist es wichtig, in den Gesprächen mit dem Patienten nicht nur physisch, sondern auch emotional und kognitiv „präsent“ zu sein (d. h. aufmerksam am Gespräch teilzunehmen), etwaige religiöse oder spirituelle Zugänge des Patienten auszuloten, durch eine optimistische Ausstrahlung und positives Denken die Energiereserven des Patienten zu aktivieren, zusammen mit dem Patienten machbare Erwartungen auszuformulieren und Pläne zu entwickeln, die dessen Autonomie und „Selbstwirksamkeit“ stärken. Ebenso hilfreich ist es, den Patienten auf verfügbare, auf seine Situation bezogene externe Hilfsangebote bzw. auf organisierte Selbsthilfe aufmerksam zu machen.

9. *Vermittlung von Glaubwürdigkeit*: Eine gelungene Kommunikation basiert ganz entscheidend auf der Glaubwürdigkeit der Akteure [3]. Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft eines jeden Gesprächspartners – und damit auch des kommunizierenden (Zahn)arztes – sind an vier grundsätzliche Fähigkeiten gebunden: (1) an die Klarheit bzw. Verständlichkeit im Ausdruck (dies bedeutet u. U. auch, durch Nachfragen die Verständlichkeit der eigenen Rede zu überprüfen), (2) an Empathie, d. h. die Fähigkeit und die echte Bereitschaft, dem Gesprächspartner zuzuhören, sich in ihn hineinzusetzen und ihn gewissermaßen „lesen“ zu lernen, (3) an Offenheit und Authentizität, also an die Fähigkeit, das eigene Anliegen, den eigenen Blick auf den Gesprächsgegenstand ehrlich und unverstellt anzusprechen und (4) an eine Sinnstiftung, d. h. an die Fähigkeit, das Gesprächsthema – sei es eine Eingriffsaufklärung oder die Übermittlung einer schwerwiegenden Diagnose – in einen sinnstiftenden Kontext zu stellen und einen geeigneten Erklärungsrahmen zu bieten (vgl. hierzu auch „Reframing“).

10. *„Reframing“ negativ konnotierter Sachverhalte*: Der Begriff „Reframing“ (engl. to reframe = neu einrahmen, „umdeuten“) bedeutet, einem Sachverhalt bzw. eine Situation, die vom Patienten ausschließlich negativ bewertet wird, einen neuen Bezugsrahmen zu geben und hierbei einen neuen, positive(re)n Bedeutungsinhalt „einzuschreiben“ [4]. In der Kommunikation mit sorgenvollen und skeptischen Patienten erweist sich diese Maßnahme häufig als hilfreich und als „Türöffner“ hin zu einem hoffnungsvolleren Miteinander. Dabei geht es nicht darum, die schwierigen Aspekte einer Situation zu leugnen oder klein zu reden, sondern die Situation mit sprachlich-kommunikativen Mitteln in einen neuen, sinnstiftenden Kontext zu stellen. Ein Beispiel bietet eine 73-jährige Patientin, die zwei Tage vor der geplanten Abreise in den Türkei-Urlaub völlig niedergeschlagen und entmutigt mit einer zerbrochenen Oberkiefer-Vollprothese in die zahnärztliche Praxis kommt (*Dass mir das jetzt passieren musste – zum ungünstigsten Zeit-*

punkt, ich wollte doch eigentlich in die Türkei. Herr Doktor, ich bin völlig verzweifelt. An Urlaub will ich gar nicht mehr denken). „Reframing“ bedeutet nun, dass der (Zahn)arzt das Positive an der Situation herausstellt und hierfür eine neue Deutung anbietet (z. B.: *Wie gut, dass die Prothese jetzt zerbrochen ist und nicht erst in der Türkei. Sehen Sie es als Zeichen: Jetzt können wir die Prothese noch rasch reparieren und die Reparatur gleich mit einer notwendigen Unterfütterung verbinden – das wäre doch ohnehin fällig geworden. So können Sie übermorgen beruhigt verreisen*). Ein dramatischeres Beispiel wäre der Fall eines allein lebenden 67-jährigen Patienten, der sich vor Jahren mit seinem einzigen Sohn entzweit hat und nun im Rahmen des (zahn)ärztlichen Aufklärungsgesprächs mit der Diagnose fortgeschrittener Mundbodenkrebs konfrontiert wird. Der heftigen Reaktion des Patienten (*Jetzt hält mich nichts mehr am Leben. Ich hab' alles verloren: Erst meinen Sohn, und nun auch meine Gesundheit*) begegnet der Behandler nach mehreren behutsamen Gesprächen mit einem „Reframing“ (z. B.: *Diese Diagnose ist zweifellos schwierig, aber vielleicht öffnet sie Ihnen auch eine neue Tür: Wenn Ihr Sohn nun erfährt, in welcher Lebenssituation Sie sich befinden, ist er gewiss bereit, den Gesprächsfaden wieder aufzunehmen. Womöglich bietet sich gerade jetzt die Gelegenheit, endlich einige Ihnen wichtige Dinge zu regeln*).

3 (Zahn)ärztliche Schweigepflicht und ihre ethisch-rechtlichen Grenzen

3.1 Definition und Kennzeichen

Die „(Zahn)ärztliche Schweigepflicht“ („Verschwiegenheitspflicht“) bezeichnet die rechtliche Verpflichtung von (angehenden) Ärzten und Zahnärzten, ihnen anvertraute Patientengeheimnisse nicht an Dritte weiterzugeben. Sie ist eng mit dem Datenschutz verknüpft, da sich die Schweigepflicht nicht nur auf anvertraute Geheimnisse erstreckt, sondern auch auf andere personenbezogene Daten (schriftliche Mitteilungen des Patienten, Patientenbefunde und sonstige

patientenbezogene Auszeichnungen) [8, 14].

Die Schweigepflicht dient zum einen dem Schutz der Privatsphäre eines Patienten, garantiert zum anderen aber auch dessen Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“: Letzteres besagt, dass allein der Patient bestimmt, wer über seine Angelegenheiten informiert werden darf und welche Informationen weitergegeben werden. Das Prinzip der „informationellen Selbstbestimmung“ ist Ausdruck des allgemeinen Persönlichkeitsrechts; es wurde vom Bundesverfassungsgericht im „Volkszählungsurteil 1983“ als Grundrecht anerkannt.

Die Verschwiegenheitspflicht betrifft nicht nur den lebenden Patienten, sondern reicht über dessen Tod hinaus. Der Schweigepflicht unterliegen gemäß § 203 des StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) neben (Zahn)ärzten auch Angehörige anderer „heilbehandelnder“ Berufe. Ein Verstoß gegen die Schweigepflicht ist unter den Voraussetzungen des § 203 StGB Abs. 1 strafbar (Androhung von Geldstrafe oder Haft bis zu einem Jahr). Daneben drohen berufs- bzw. standesrechtliche Sanktionen.

3.2 Die Schweigepflicht zwischen Recht, Standesethos und Ethik

Schon aus den vorgenannten Merkmalen der Schweigepflicht lässt sich ableiten, dass letztere nicht nur eine rechtliche, sondern auch eine ethische Dimension hat: Die Vertrauenswürdigkeit des (Zahn)arztes ist Grundvoraussetzung für das therapeutische Bündnis zwischen (Zahn)arzt und Patient: Der Patient „vertraut sich dem Arzt an“ in der Erwartung, dass dieser sein Vertrauen rechtfertigt und seine Geheimnisse bewahrt.

Tatsächlich gelten das Prinzip des Informed Consent und die (zahn)ärztliche Schweigepflicht heutzutage als die beiden Eckpfeiler eines tragfähigen (Zahn)arzt-Patient-Verhältnisses. Anders als die sehr junge Idee des Informed Consent besitzt die Schweigepflicht des Behandlers jedoch eine lange historische Tradition – sie gehört gewissermaßen zum Kernbereich traditioneller Standesethik („Berufsethos“). Bereits der vermutlich im 4. Jahrhundert v. Chr. entstandene „Eid des Hippokrates“ enthält ein explizites Schweigegebot [10]:

„Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.“

In der am 10. Mai 2010 verabschiedeten Musterberufsordnung (MBO) der Bundeszahnärztekammer ist dieses traditionelle Gebot in § 7 verschriftlicht. Hier heißt es unter der Überschrift „Verschwiegenheit“ [7]:

„(1) Der Zahnarzt hat die Pflicht, über alles, was ihm in seiner Eigenschaft als Zahnarzt anvertraut und bekannt geworden ist, gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren.

(2) Der Zahnarzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von dem Betroffenen oder seinem gesetzlichen Vertreter von der Schweigepflicht entbunden wurde oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben davon unberührt.

(3) Der Zahnarzt hat alle in der Praxis tätigen Personen über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies zu dokumentieren.“

Schweigepflichtig im Sinne des § 203 StGB ist immer die betreffende Heilperson und *nicht* etwa die Institution, in der er tätig ist. Dementsprechend kann die Schweigepflicht auch nicht durch eine Weisung vorgesetzter Personen angetastet oder gar außer Kraft gesetzt werden.

Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber den Vorgesetzten und den Angehörigen des Patienten (auch bei Minderjährigen, wobei hier Einsichtsfähigkeit und Alter zu berücksichtigen sind), gegenüber Heilpersonen, die nicht unmittelbar an der Behandlung des Patienten beteiligt sind und gegenüber anderen Dritten (z. B. Vertreter von Behörden, Versicherungsgesellschaften oder Medien), aber ebenso auch gegenüber engen Freunden und Familienangehörigen des Behandlers. Die Schweigepflicht wird flankiert vom Recht zur Zeugnisverweigerung vor Gericht (§ 383 ZPO im Zivilverfahren und § 53 StPO im Strafverfahren).

3.3 Offenbarungsbefugnis und Offenbarungspflicht

In der (Zahn)heilkunde lassen sich mehrere Situationen differenzieren, die eine „Offenbarungsbefugnis“ begründen:

Letzteres erlaubt es der betreffenden Heilperson, ein Patientengeheimnis rechtmäßig preiszugeben (§ 34 StGB). Eine Offenbarungsbefugnis stellt ein *Recht*, aber keine *Pflicht* dar. Offenbarungspflichten bestehen dagegen nur in seltenen Ausnahmen – namentlich dann, wenn Leib und Leben eines Menschen direkt und akut gefährdet sind und durch eine Offenbarung (weitere) Schäden abgewendet werden können [8, 14].

Bei den folgenden fünf Fallkonstellationen ist eine (zahn)ärztliche Offenbarungsbefugnis – und teilweise sogar eine Offenbarungspflicht – gegeben:

1. Der Patient erteilt seine Einwilligung zur Weitergabe persönlicher Daten bzw. Informationen. Dieses Einverständnis kann ausdrücklich oder konkludent erfolgen.

Beispiele: (1) Eine niedergelassene Zahnärztin möchte bezüglich einer prothetisch herausfordernden Behandlungssituation die Zweitmeinung einer befreundeten, in der Nachbarstadt niedergelassenen Kollegin einholen und erbittet von dem betreffenden Patienten die Erlaubnis, zu diesem Zweck bestimmte Befunde und Daten an die betreffende Kollegin weiterzuleiten (ausdrückliche Einwilligung). (2) Ein Zahnarzt überweist seinen Patienten gemäß Absprache an einen Kieferchirurgen zur Entfernung eines Weisheitszahns und übermittelt dem betreffenden Kieferchirurgen hierfür die verfügbaren aussagekräftigen Befunde (stillschweigende oder „konkludente Einwilligung“).

2. Es ist von einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten auszugehen. Beispiel: Im Anschluss an die notärztliche Erstversorgung einer bewusstlos aufgefundenen Patientin werden die vor Ort ermittelten Informationen zur Person und die bereits erhobenen Befunde an das Personal der aufnehmenden Krankenanstalt weitergegeben.

3. Es besteht eine gesetzliche Auskunfts- bzw. Meldepflicht, z. B. gegenüber den Sozialleistungsträgern (Sozialversicherungsrecht) oder gemäß Infektionsschutzgesetz.

Beispiele: (1) Beschäftigte einer Krankenanstalt übermitteln der gesetzlichen Krankenkasse gemäß § 301 SGB V bestimmte patientenbezogene Da-

ten. (2) Eine Ärztin stellt bei einem Patienten die Verdachtsdiagnose Tollwut (eine meldepflichtige Krankheit) und meldet ihren Verdacht umgehend unter Angabe des Patientennamens gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz.

4. Es besteht eine Anzeigepflicht (Offenbarungspflicht) im Zusammenhang mit der Verhütung einer schwerwiegenden Straftat gemäß § 138 StGB.

Beispiel: Ein Patient kündigt gegenüber dem (Zahn)arzt eine gefährliche Körperverletzung oder einen Mord an einer dritten Person an. Der Behandler hält die Aussage für glaubwürdig und informiert deshalb die Polizei unter Angabe des Patientennamens.

5. Es liegt die Gefährdung eines höherwertigen Rechtsgutes (bzw. eine pflichtgemäße Abwägung kollidierender Rechtsgüter) oder ein rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB vor. Beispiele: (1) Ein Zahnarzt muss in einem Strafverfahren den Vorwurf eines Behandlungsfehlers (oder zivilrechtliche Schadensersatzansprüche) abwehren und legt zu seiner persönlichen Entlastung patientenbezogene Daten und Befunde vor.

(2) Ein Arzt informiert die Straßenverkehrsbehörde über das schwerwiegende Anfallsleiden eines Patienten; dieser will nicht auf das Führen eines PKWs verzichten, obwohl der Arzt ihm wiederholt deutlich gemacht hat, dass dies eine erhebliche Gefährdung anderer Verkehrsteilnehmer bedeutet. (3) Eine Zahnärztin bricht ihre Schweigepflicht gegenüber einem HIV-positiven Patienten; dieser weigert sich, seine Ehefrau – gleichfalls Patientin der Zahnärztin – über seine Infektion zu informieren, verzichtet aber zugleich auf Maßnahmen eines „safer sex“. (In diesem Beispiel besteht im Übrigen eine Offenbarungspflicht: Das Beispiel ist an einen wahren Fall angelehnt, bei dem ein Behandler die Ehefrau *nicht* informiert hatte und späterhin von dieser verklagt worden war – vgl. Urteil des OLG Frankfurt vom 5.10.1999). (4) Eine Zahnärztin entschließt sich, ihre Schweigepflicht zu verletzen, nachdem sie konkrete Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (wiederholte

Misshandlungen) in der Familie ihrer Patienten gewonnen hat (§ 34 StGB).

3.4 Schweigepflicht vs. Informationsweitergabe: Grenzfälle in ethischer Sicht

Die beschriebenen Beispiele zeigen auf eindrucksvolle Weise, dass die „Schweigepflicht“ als wertvolles traditionelles Gut unter bestimmten Umständen gegen andere Güter abgewogen werden muss. In derartigen Fällen liegen in der Regel klassische ethische Dilemmasituationen vor, d. h. Fallkonstellationen, in denen man nicht umhin kommt, sich zwischen zentralen Gütern zu entscheiden und sich damit einen relevanten Vorteil mit einem relevanten Nachteil zu „erkaufen“. Während die vorgenannten musterhaften Szenarien juristisch und zumeist auch ethisch relativ eindeutig zu beurteilen sind, liegen in der Praxis häufig Fallkonstellationen vor, die sogenannten Grauzonenbereichen zuzuordnen sind [14] und in denen gewisse Ermessens- und Entscheidungsspielräume bestehen. Gerade sie stellen besondere ethische Herausforderungen an den (Zahn)arzt:

- Schweigepflicht vs. Informationsweitergabe gegenüber Personen mit nicht geklärteter Identität.

Jeder Behandler kennt den Fall, dass sich ein (mutmaßlicher) Angehöriger oder eine emotional verwandte Person (z. B. ein Lebensgefährte) telefonisch nach dem Befinden eines frisch operierten oder notfallmäßig versorgten Patienten erkundigen möchte, weil er/sie aufgrund einer räumlichen Distanz oder mangels zeitlicher Planbarkeit nicht vor Ort sein kann. Selbst wenn der Patient im Vorfeld die Erlaubnis zu telefonischen Auskünften erteilt hat – was am ehesten bei elektiven Eingriffen vorstellbar ist –, bleibt das Problem, dass die Identität des Anrufers nicht zweifelsfrei bestimmt ist. Rechtlich ist die Situation eindeutig: Ohne Erlaubnis des Patienten und ohne Identifikation kann es keine Auskunft geben. Tatsächlich werden sich viele Behandler schlussendlich nicht auf diese (bequeme) Position zurückziehen, sondern auch das mutmaßliche Interesse des Patienten im Blick haben: Wenn letzterer präoperativ eine entspre-

chende Auskunftserlaubnis erteilt hat oder wenn es möglich ist, ihn postoperativ (kurz) auf den betreffenden Anrufer anzusprechen, dürfte sich auch ein *modus vivendi* finden lassen, mit dem die Identität des Anrufers verifiziert werden kann – sei es durch die Überprüfung einer vom Telefonpartner angegebenen Rückrufnummer oder durch die flankierende (elektronische) Übermittlung identifizierender Angaben zur Person.

- Schweigepflicht vs. Informationsweitergabe bei Minderjährigen: Wenn eine entscheidungsfähige 17-jährige Patientin, wie im letzten Beitrag erwähnt, ihren Gynäkologen um die Verschreibung eines Kontrazeptivums bittet und zugleich betont, dass sie keine Weitergabe dieser Information an ihre Eltern wünscht, wird sich der Arzt an seine Schweigepflicht gebunden fühlen. In derartigen Fällen muss es sich aber stets um Fall-zu-Fall-Entscheidungen handeln müssen: Falls der Frauenarzt etwa bei einer anderen, nahezu gleichaltrigen Patientin den Eindruck gewinnt, dass sie die Tragweite ihrer Entscheidung nicht vollständig erfasst und/oder ihr die „sittliche Reife“ fehlt – kurz: wenn er die Entscheidungsfähigkeit dieser Patientin anzweifelt –, wird er sich veranlasst sehen, die Eltern in die Entscheidung einzubeziehen.
- Schweigepflicht vs. Informationsweitergabe bei bewusstlosen oder desorientierten Patienten: Wenn Patienten mit bekannter Identität im Zustand der Bewusstlosigkeit stationär aufgenommen werden oder im Zustand der Verwirrtheit in einer (Zahn)arztpraxis erscheinen, werden die verantwortlichen Behandler in der Regel versuchen, „über den Kopf der Betroffenen hinweg“ weiterführende Informationen von erreichbaren Familienangehörigen einzuholen. Diese Missachtung der (zahn)ärztlichen Schweigepflicht wird üblicherweise gerechtfertigt mit dem Hinweis, hierbei im mutmaßlichen Interesse der Person zu handeln. Ein solches „pragmatisches“ Vorgehen ist – auch wenn es unmittelbar einsichtig ist – nicht ganz unproblematisch: Insbesondere bei bestehenden innerfamiliären Konflikten kann es vorkommen, dass die vom Behandler angefragten bzw. ein-

gebundenen Familienmitglieder gerade nicht das Vertrauen des Patienten genießen. Daher ist zumindest auf mögliche Anzeichen zu achten, die nahe legen, dass der Patient mit der angestrebten Kontaktaufnahme nicht einverstanden wäre.


- Schweigepflicht vs. Informationsweitergabe bei Patienten mit auffälligem Risikoverhalten:

Im oben erwähnten Beispiel des HIV-kranken Patienten besaß der Behandler eine Offenbarungspflicht, d. h. er war angehalten, die Schweigepflicht zu durchbrechen, weil die körperliche Unversehrtheit der Ehefrau – als höheres Gut – durch das beschriebene Risikoverhalten des Patienten (Verschweigen der bestehenden Infektion, dennoch ungeschützter Geschlechtsverkehr) gefährdet war. Von Bedeutung war hierbei insbesondere der Umstand, dass die Ehefrau gleichfalls zu seinen Patienten gehörte, sich der Behandler also ihr gegenüber in einer Garantenstellung befand. Doch nicht immer ist die Fallkonstellation so eindeutig: Wie wäre zu entscheiden gewesen, wenn die Ehefrau nicht zu den Patienten des betreffenden Zahnarztes gehörte und/oder wenn es sich bei der fraglichen Infektionskrankheit nicht um HIV, sondern um eine heilbare sexuell übertragbare Erkrankung gehandelt hätte? Wie würde man als Behandler entscheiden, wenn der oben erwähnte Epilepsie-Patient so gut medikamentös eingestellt werden kann, dass er nur ein geringes Risiko für andere Straßenverkehrsteilnehmer darstellt, und/oder wenn er dem Arzt im vertraulichen Gespräch verspricht, sich nur in äußersten Notfällen ans Steuer zu setzen? Was wäre das ethisch verantwortliche Vorgehen, wenn ein Zahnarzt zwar einen Anfangsverdacht auf Kindesmisshandlung hegt, er aber in der Folge keine konkreten Hinweise gewinnen kann, so dass ihn die Sorge umtreibt, den Eltern mit einer solch vagen Beschuldigung potentiell großes Unrecht zu tun?

Die Beispiele zeigen, dass es in vielen (Grenz)situationen keine klare Handlungsoption, keine eindeutige Maßgabe, gibt. Vielmehr müssen „Fall-zu-Fall-Entscheidungen“ auf der Grundlage von

Güterabwägungen und der Anwendung ethischer Prinzipien getroffen werden. Dabei werden immer auch persönliche Überzeugungen und Werthaltungen des Behandlers in die Beurteilung und Entscheidung einfließen. Mancherorts ist es möglich, in dilemmahaften Fällen ein Ethik-Konsil anzurufen – eine kollegiale Beratung, die vor allem in Kliniken und Krankenhäusern, in jüngerer Zeit aber auch bereits im ambulanten Bereich angeboten wird. Im Rahmen eines Ethik-Konsils werden die relevanten medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte eines Problems erörtert

und bewertet. Es hat ausschließlich beratenden Charakter, d. h. die endgültige Entscheidung verbleibt beim behandelnden (Zahn)arzt.

Ausblick: Der vierte und letzte Teil dieser Fortbildungsreihe widmet sich den Rolle des (Zahn)arztes im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen und Interessen des einzelnen Patienten und den gesellschaftlichen Erwartungen und Vorgaben. 

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International

Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen
Universitätsklinikum Aachen
Wendlingweg 2
52074 Aachen
Tel.: 02 41 / 8 08 80 95
Fax: 02 41 / 8 08 24 66
E-Mail: dgross@ukaachen.de
Dominik.gross@rwth-aachen.de

Literatur

- Delies S: Schlagfertigkeit – Ausgewählte Probleme der Kommunikation. Grin, Berlin 2009
- Deveugele M et al.: Consultation length in general practice. Cross sectional study in six European countries. British Medical Journal 325, 1–6 (2002)
- Edmüller A, Wilhelm T: Manipulationstechniken: So setzen Sie sich durch. Haufe Lexware, Freiburg 2010
- Feustel B, Komarek I: NLP-Trainingsprogramm. Südwest, München 2006
- Groß D, Schäfer G: Das Verhältnis von Patient und Behandler im Zeitalter von Health 2.0 und Telemedizin. In: Groß D, Rosentreter M (Hrsg.): Der Patient und sein Behandler. Die Perspektive der Medical Humanities. Lit, Berlin 2010, S. 107–123
- Hick C: Patientenaufklärung. In: Hick C: Klinische Ethik. Springer, Heidelberg 2007, S. 1–39
- Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (Stand 19. Mai 2010), <<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf>>
- Parzeller M, Wenk M, Rothschild M: Die ärztliche Schweigepflicht. Dtsch Arztebl 102, A-289–A-297 (2005)
- Riha O: Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Huber, Bern 2008
- Schott H: Medizingeschichte(n): Medizinische Ethik – Der Eid des Hippokrates. Dtsch Arztebl 103, A-2178 (2006)
- Tewes R: „Wie bitte“? Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer, Berlin 2010
- Wiemann JM, Giles H: Interpersonale Kommunikation. In: Stroebe W, Hewstone M, Stephensen GM (Hrsg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Springer, Berlin 1992, S. 209–231
- Wilkinson K: The Concept of hope in life-threatening illness. Professional Nurse 11 (1996), S. 659–661
- Ziegeler A, Gaidzik PW: Ärztliche Schweigepflicht. In: Hick C: Klinische Ethik. Springer, Heidelberg 2007, S. 42–53

D. Groß¹, B. Schilling¹, G. Schäfer¹

Ethik in der Zahnheilkunde: Progresstest (Teil 3)^{2, 3}

Bitte beachten Sie, dass jeweils nur eine Antwort zutrifft.

21. Welche der folgenden Aussagen zur Kommunikation zwischen (Zahn)arzt und Patient trifft nicht zu?

- Ein häufig berichtetes Manko bei Aufklärungsgesprächen zwischen (Zahn)arzt und Patient ist ein zu geringer Zeiteinsatz.
- Um den Patienten in seinen Erwartungen adäquat einzuschätzen, ist es wichtig, sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation zu berücksichtigen.
- Der sogenannte Schweigepakt beschreibt eine Situation, in der (Zahn)arzt und Patient einen oder mehrere für die weitere Behandlung wichtige Aspekte bewusst nicht thematisieren.
- Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen (Zahn)arzt und Patient ist immer dann gegeben, wenn ein vollständiger Informationsaustausch über alle maßgeblichen medizinischen Fakten erfolgt ist.

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

² In den Fragen wird zur Vereinfachung die weibliche Form von Arzt und Patient unterschlagen, ist aber implizit mitgemeint.

³ Die Auflösung mit Angabe der richtigen Antworten zu diesem Fragebogen finden Sie in dieser Ausgabe auf S. 783.

- e) Die Kommunikation zwischen (Zahn)arzt und Patient besitzt eine zentrale Bedeutung für den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses und die Festigung des „therapeutischen Bündnisses“.

22. Gerade am Beginn eines (Zahn)arzt-Patienten-Gesprächs ist es wichtig, dem Patienten ein vorbehaltloses Interesse zu signalisieren. Welcher Fragetyp ist vor diesem Hintergrund am Anfang eines solchen Gesprächs besonders geeignet?

- a) Offene Fragen
b) Geschlossene Fragen
c) Ergänzungsfragen
d) Entscheidungsfragen
e) Suggestivfragen

23. Welche der folgenden Aussagen zu „Killerphrasen“ und „Totschlagargumenten“ trifft nicht zu?

- a) Die Aussage „Das machen wir hier immer so“ gehört zu den „Totschlagargumenten“.
b) Killerphrasen sind kategorische Aussagen, die dem Gegenüber die Möglichkeit zum kommunikativen Austausch nehmen.
c) Killerphrasen sind Aussagen, die dem Patienten signalisieren, dass für ihn keine Hoffnung mehr besteht.
d) Die Aussage „Das ist ein neuer Aspekt, über den es sich nachzudenken lohnt“ ist keine Killerphrase.
e) Totschlagargumente setzen in der Kommunikation ein „Stopp-Signal“.

24. Die folgenden Szenarien beschreiben Verhaltensweise eines (Zahn)arztes im Aufklärungsgespräch. Welches dieser Szenarien ist kein Beispiel für eine „Kommunikationsfalle“ oder eine „Kommunikationssünde“?

- a) Das Ausweichen bei heiklen Fragen
b) Das Beschwichtigen bei Angstäußerungen durch den Patienten
c) Das wiederholte Rückfragen beim Patienten
d) Das bevorzugte Stellen geschlossener Fragen
e) Die Verlagerung eines Teils des Aufklärungsgesprächs auf den Zeitraum der eigentlichen Behandlung

25. Welche der folgenden Aussagen über (zahn)ärztliche „Kommunikationsstrategien“ und „Kommunikationstugenden“ trifft zu?

- a) Das Paraphrasieren von Aussagen des Patienten wirkt belegend, weil es dem Patienten suggeriert, dass er die gemachten Wortäußerungen hätte treffender formulieren können.
b) „Reframing“ heißt, den Patienten auf ein neues, an seinen Bedarf angepasstes Gesundheitsverhalten „einzuschwören“.
c) Das Prinzip des „Spiegelns“ besagt, dass der Patient die vorausgegangene Aufklärung des (Zahn)arztes in seinen eigenen Worten wiedergibt.
d) Geschlossene Fragen sollten bevorzugt am Anfang eines Aufklärungsgesprächs gestellt werden.
e) Der (Zahn)arzt sollte in jedem Gesprächsabschnitt („Kommunikationseinheit“) maximal drei Informationen bereitstellen.

26. Welche der folgenden Aussagen zum NURSE-Schema trifft zu?

- a) Die Anwendung des NURSE-Schemas empfiehlt sich vor allem bei kontrollierten und sachlichen Patienten.
b) Der Buchstabe „N“ bei NURSE steht für das Bemühen, den Patienten zu beruhigen (N = Neutralizing).
c) Der Buchstabe „U“ bei NURSE steht für das Bemühen, den Patienten und seine Reaktionen besser zu verstehen (U = Understanding).
d) Der Buchstabe „R“ bei NURSE steht für das Bemühen, den Patienten und seine Situation neu zu betrachten (R = Reconsider).
e) Die Anwendung des NURSE-Schemas sollte sich in der Regel auf adolescente Patienten und auf junge Erwachsene beschränken, weil diese Patientengruppe offener für Neues ist.

27. Welche der folgenden Aussagen zur Schweigepflicht trifft zu?

- a) Die Schweigepflicht ist gegen das Recht des Patienten auf „informationelle Selbstbestimmung“ abzuwägen.
b) Die Schweigepflicht endet mit dem Tod des Patienten.
c) Schweigepflichtig im Sinne des § 203 StGB können sowohl Heilpersonen als auch Institutionen sein.
d) Die Schweigepflicht eines Assistenz(zahn)arztes kann durch die Weisung einer vorgesetzten Person angetastet werden (Pflichtenkollision).
e) Die Schweigepflicht gehört zum Kernbereich der traditionellen Standesethik und findet sich in ähnlicher Form schon im Eid des Hippokrates.

28. Welche der folgenden Handlungen ist nicht durch eine „Offenbarungsbefugnis“ gedeckt?

- a) Im Anschluss an die notärztliche Erstversorgung einer bewusstlos aufgefundenen Patientin werden die vor Ort ermittelten Informationen zur Person und die bereits erhobenen Befunde an das Personal der aufnehmenden Krankenhaus weitergegeben.
b) Ein (Zahn)arzt muss in einem Strafverfahren den Vorwurf eines Behandlungsfehlers abwehren und legt hierzu entlastende patientenbezogene Daten vor.
c) Ein Gynäkologe wird von einer entscheidungsfähigen 17-jährigen Patientin um die Verschreibung eines Kontrazeptivums gebeten. Obwohl die Patientin keine Informationsweitergabe an die Eltern wünscht, entscheidet sich der Arzt angesichts der vorliegenden Minderjährigkeit zu einer Rücksprache mit denselben.
d) Ein (Zahn)arzt gewinnt konkrete Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung innerhalb der Familie seiner Patienten und erstattet Anzeige.
e) Der Zahnarzt überweist den Patienten gemäß Absprache an einen Kieferchirurgen zur Entfernung eines Weisheitszahns und übermittelt dem betreffenden Kieferchirurgen hierfür die verfügbaren aussagekräftigen Befunde.

29. In welchem der folgenden Fälle liegt zweifelsfrei keine rechtswidrige Verletzung der Schweigepflicht vor?

- a) Wenn ein (Zahn)arzt den Hinterbliebenen eines verstorbenen Patienten anlässlich einer Begegnung auf dem Fried-

- hof auf Nachfrage von dessen letzten Befunden und den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen berichtet.
- b) Wenn ein Arzt einen Patienten meldet, bei dem er die Verdachtsdiagnose auf eine Infektionskrankheit gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz gestellt hat.
- c) Wenn ein Zahnarzt bei einem 16-jährigen entscheidungsfähigen Patienten orale Weichteilverletzungen infolge von Piercingmaßnahmen feststellt und diesen Befund gegen den Wunsch des Patienten mit dessen Eltern bespricht.
- d) Wenn ein (Zahn)arzt gegenüber dem Arbeitgeber seines Patienten auf dessen dezidierte Nachfrage hin die medizinische Notwendigkeit einer erneuten Krankschreibung begründet.
- e) Wenn ein Assistenzarzt patientenbezogene Daten an eine Versicherung weitergibt, nachdem der vorgesetzte Oberarzt für dieses Vorgehen „grünes Licht“ gegeben hat.
- 30. Bei einem Patienten mit ausgeprägtem Mundsoor stellen Sie als behandelnder (Zahn)arzt eine HIV-Infektion fest. Der Patient weigert sich, seine Ehefrau, die ebenfalls zu Ihren Patienten gehört, darüber zu informieren, und liefert Ihnen konkrete Anhaltspunkte, dass er seine Partnerin der Gefahr aussetzt, sich anzustecken. Sie überlegen, ob Sie die Ehefrau gegen den Willen ihres Mannes über dessen Infektion informieren. Was tun Sie?**
- a) Sie akzeptieren die Haltung des Patienten, weil sie aus einer Angst vor sozialen Sanktionen resultiert.
- b) In dieser Situation ist die Ehefrau angesichts der bestehenden Gefährdung von Ihnen über die Erkrankung zu informieren.
- c) Sie sind selbstverständlich auch in dieser Situation an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.
- d) Sie informieren die Ehefrau durch einen anonymen Brief.
- e) Das Verschweigen der HIV-Infektion ist eine Privatangelegenheit der Ehepartner, in das Sie sich aus prinzipiellen Gründen nicht einmischen.

60 JAHRE OSSEOINTEGRATION SOLIDES FUNDAMENT FÜR NEUES WISSEN

25. KONGRESS DER DGI · 24.–26.11.2011 DRESDEN

DAS IMPLANTOLOGIE-HIGHLIGHT 2011

DIE PLATTFORM FÜR DEN AUSTAUSCH

ZWISCHEN WISSENSCHAFT UND PRAXIS

INTERNATIONAL RENOMMIERTE REFERENTEN

16 FORTBILDUNGSPUNKTE

INTERNATIONALE FACHMESSE IMPLANTEXPO



Hohe Überlebensrate von einflügeligen, vollkeramischen Adhäsivbrücken

Klinische Ergebnisse auf dem 11. Keramik-Symposium

Das Keramik-Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde (AG Keramik), das seit dem Jahr 2000 alljährlich stattfindet, wird in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit der DGÄZ (Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde) durchgeführt und ist eingebettet in den 25. Kongress der DGI (Deutsche Gesellschaft für Implantologie). Unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Dr. Robert Sader, Universität Frankfurt/M. referieren: Prof. Dr. Axel Zöllner, Witten, zum aktuellen Stand der Implantatprothetik – Prof. Dr. Matthias Kern, Universität Kiel, über vollkeramische Adhäsivbrücken – PD Dr. Petra Güß, Universität Freiburg, zur Digitalisierung in der Zahnmedizin – PD Dr. Florian Beuer mit ZTM Josef Schweiger, Universität München, über neue prothetische Werkstoffe und Verarbeitungstechniken – Dr. Siegfried Marquardt und ZT Rainer Semsch, Tegernsee, zur Ästhetik in der prothetischen Rekonstruktion – Dr. Bernd Reiss, Malsch, über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsstudie „Ceramic Success Analysis“ (CSA). Das 11. Keramik-Symposium findet am 26. November 2011 in Dresden im Maritim Congress Center statt.

Minimal-invasiv: Adhäsivbrücke für den Lückenschluss

Für die rehabilitierende Prothetik wurde unter Einsatz der Adhäsivtechnik in den vergangenen Jahren ein neues Behandlungsverfahren entwickelt, das besonders den Lückenschluss mit minimal-invasiver Vorbereitung im Fokus hat. Prof. Matthias Kern, Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel, hat in diesem Bereich umfangreiche Erfahrungen gesammelt und die Ergebnisse international publiziert. Unter dem Thema „Einflügelige vollkeramische Adhäsivbrücken aus Zirkonoxidkeramik“ wird der Referent auf dem Keramik-Symposi-



Abbildung 1 11 Jahre klinische Erfahrung bietet das 11. Keramik -Symposium der AG Keramik in Dresden. (Abb. 1: AG Keramik)

um neue Belege zur klinischen Bewährung vorstellen.

Adhäsivbrücken mit ZrO_2 -Gerüst, verklebt mit einem Flügel am Nachbarzahn, gelten inzwischen als erprobte Therapielösung für den Lückenschluss im Frontzahnbereich (Abb. 2–7). Studien aus Kiel zeigten dazu stets ermutigende Ergebnisse mit guten Prognosen. Mit dieser Technik wurde bewiesen, dass durch die einflügelige Versorgungsart die Eigenbeweglichkeit der Zähne erhalten bleibt. In-vitro-Tests mit modernen Klebern auf ZrO_2 haben gezeigt, dass Klebeflächen mit 30 mm^2 Ausdehnung einer Zugbelastung von ca. 30 kg widerstehen – vorausgesetzt, die Auflageflächen wurden unter Kofferdam absolut trocken vorbehandelt. Mit dieser Versorgungsart kann in angezeigten Fällen das Beschleifen kariesfreier Lateralzähne für eine konventionelle Brücke oder ein Implantat, z. B. bei insuffizienter Knochen-

situation oder im juvenilen Gebiss, substituiert werden.

10 Jahre klinische Erfahrung

In Dresden wird Prof. Kern über die klinischen Überlebensraten von 38 Adhäsivbrücken mit ein- und zweiflügeligen Retainern berichten, die nach 10 Jahren in situ nachuntersucht wurden. 16 Brücken hatten ein Gerüst aus Aluminiumoxidkeramik (Al_2O_3 , InCeram) mit zweiflügeligen Retainern. Die Klebeflächen wurden tribochemisch silikatisiert und silanisiert (Rocatec), der Schmelz nach seichter, schmelzbegrenzter Präparation mit feinen Retentionsnoppen im Bereich des Tuberkulums angeätzt und die Verklebung mit Monomer-Phosphat (Panavia) ausgeführt. Die einflügeligen Adhäsivbrücken wurden aus Al_2O_3 , teilweise auch aus Al_2O_3 mit Zirkoniumdioxid-Dotierung



Abbildung 2 Lücke regio 12 wird mit einer Adhäsivbrücke geschlossen.



Abbildung 3 Einflügeliges ZrO_2 -Gerüst bei der Anprobe.



Abbildung 4 ZrO_2 -Flügel mit verblendetem Zahn 12 zur palatinalen Befestigung an Zahn 11.

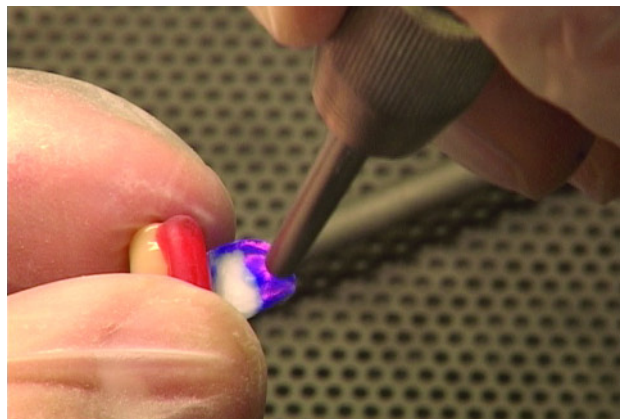


Abbildung 5 Verblendung mit Silikon geschützt. Klebefläche ist farbeschichtet zur Visualisierung der Al_2O_3 -Abstrahlwirkung.



Abbildung 6 Endgültige Versorgung von palatinal.

(Die Abbildungen 2–6 wurden mit Erlaubnis von Prof. Matthias Kern dem Buch entnommen: „Vollkeramik auf einen Blick“, 4. deutsche Ausgabe [2010], Herausgeber AG Keramik. Weitere Sprachausgaben in Englisch, Französisch, Japanisch, Koreanisch).

(InCeram Zirconia) gefertigt. Die Retainer-Klebeflächen wurden sandgestahlt (50 μ m-Korn), der präparierte Schmelz 30 sec. geätzt. Die Verklebung erfolgte ebenfalls mit Monomer-Phosphat. Die Wandstärke der Retainer betrug 0,5 bis 0,7 mm. Protrusive Kontakte wurden ver-

mieden. Nach 10 Jahren Liegezeit war keine Brücke gelockert. Die Kohorte der einflügeligen Retainer erreichte eine Überlebensrate von 94 % (nach Kaplan-Meier); hier frakturierte eine Brücke nach 4 Jahren außerhalb der Zirkonia-Gruppe (Abb. 7). In der zweiflügeligen Retainer-Gruppe

überlebten 74 %. Hier frakturierten einige Konnektoren, teilweise auf beiden Seiten schon nach drei Monaten. Grund hierfür liegt in der Eigenbeweglichkeit der Zähne, die bei der Loslösung eines Klebeflügels belastende Scheer- und Torsionskräfte in den Verbinderbereich bringen.

Das 11. Keramiksymposium der AG Keramik findet am 26. November 2011 im Maritim Congress-Center in Dresden statt – zusammen mit der DGÄZ und im Rahmen des 25. DGI-Kongresses. Weitere Infos unter www.ag-keramik.eu oder www.dgaez.de. Anmeldungen unter info@youvivo.com.

Diese Longitudinal-Studie¹ belegt erneut, dass die einflügelige, vollkeramische Freiland-Adhäsivbrücke eine bewährte und wenig invasive Therapieform ist, um eine Lücke im Frontzahnbereich zu schließen. Diese Versorgungsart ermöglicht, dass mit einem Klebeflügel eine hoch belastbare, extrakoronale Restauration adhäsiv am kariesfreien Pfeilerzahn befestigt werden kann. Bei Versagen des Klebeverbundes entfällt die hohe Kariesgefahr unilateral gelöster zweiflügeliger Restaurationen. Eine Wiederbefestigung ist stets möglich. Ferner bleiben alle konventionellen und

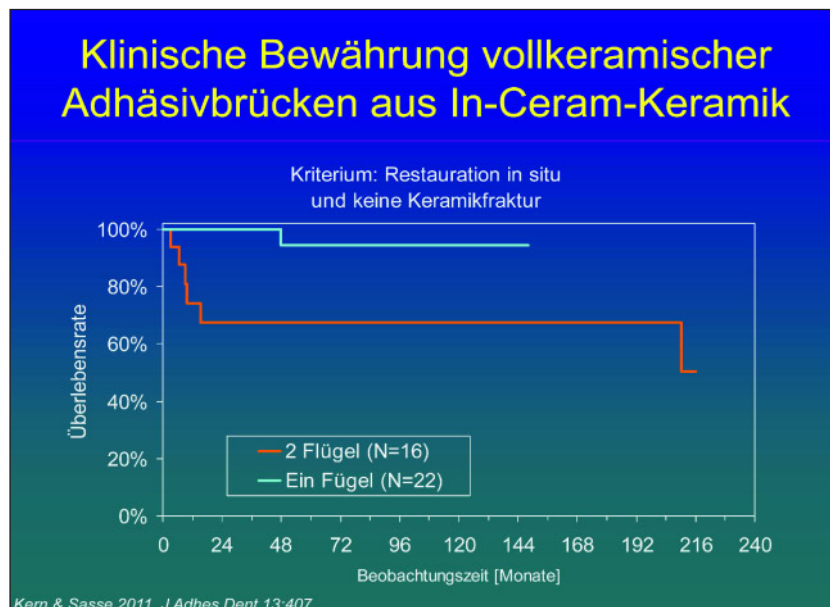


Abbildung 7 Überlebensrate nach Kaplan-Meier: Einflügelige Adhäsivbrücken haben eine deutlich geringere Frakturanfälligkeit.

(Abb. 7: Prof. Kern)

implantat-prothetischen Versorgungsmöglichkeiten für die Zukunft erhalten, falls die adhäsiv-prothetische Therapie einmal fehlschlagen sollte. **DZZ**

Manfred Kern, AG Keramik
info@ag-keramik.de
www.ag-keramik.eu



TAGUNGSKALENDER

2011

20.10. – 22.10.2011, Köln

10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 18. GAA-Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie e.V.

Thema: „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“

Auskunft: www.dkvf2011.de

28.10. – 29.10.2011, Düsseldorf

Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (DGL)

Thema: „20. Jahreskongress der DGL und LEG“

Auskunft: www.dgl-online.de

29.01.2011, Jena

Herbsttagung der Poliklinik für Präventive

Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde und der Thüringer Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 2011

Thema: „Kinder in der Zahnarztpraxis“

Auskunft: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Tel.: 0 36 41 / 3 11 63 60, julia.gruner@conventus.de
www.conventus.de

03.11. – 05.11.2011, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Thema: „1. Jahrestagung der DGET“

Auskunft: www.dget.de,
 Tel.: 03 41 / 48 47 42 02

05.11.2011, Münster

Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Thema: „Parodontologie – up to date“

Auskunft: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger,
 E-Mail: weersi@uni-muenster.de

10.11. – 12.11.2011, Mannheim

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM)

Thema: „Schlafmedizin: Standards und Alternativen“

Auskunft: www.dgsm2011.de

11.11. – 12.11.2011, Frankfurt

Deutscher Zahnärztetag 2011

Thema: „Zahnmedizin interdisziplinär – Risikoerkennung und Risikomanagement“

Auskunft: www.dgzmk.de

24.11. – 26.11.2011, Dresden

Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)

Thema: „60 Jahre Osseointegration – Solides Fundament für neues Wissen“

Auskunft: www.dgi-ev.de

¹ Kern M, Sasse M: Ten-year survival of anterior all-ceramic resin-bonded fixed dental prostheses. J Adhes Dent 13, 407–410 (2011)

26.11.2011, Dresden

11. Keramik-Symposium der AG Keramik und DGÄZ im Rahmen des 25. Kongresses der DGI

Thema: „Ästhetik und Keramik – die erfolgssichernde Verbindung“

Veranstalter: AG Keramik und DGÄZ, www.ag-keramik.eu www.dgaez.de

Organisation/Anmeldung: youvivo München, Tel.: 0 89 / 5 50 52 09 – 0, Fax: – 2, E-Mail: info@youvivo.com

02.12. – 03.12.2011, Bad Homburg

Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt)

Thema: „CMD – interdisziplinäre Diagnostik und Therapie“

Auskunft: www.dgfdt.de

2012**11.02.2012, Münster**

Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.

Thema: „Mundschleimhautrekrankungen“

Auskunft: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger, E-Mail: weersi@uni-muenster.de

02. – 03.03.2012, Heidelberg

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Thema: „Frühjahrsakademie 2012“

Auskunft: www.dget.de, Tel.: 03 41 / 48 47 42 02

20.04. – 21.04.2012, Dresden

Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)

Thema: Biowissenschaft und Nanotechnologie treffen Zahnerhaltung

Auskunft: www.dgz-online.de

29.05. – 02.06.2012, Freiburg

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) und 8. Tag der Akademie

Thema: „Klinisch relevante Innovationen in der rekonstruktiven Chirurgie – Augmentationen/Faktoren/Tissue Engineering/Stammzellen“

Auskunft: www.mkg-chirurgie.de

01.11. – 03.11.2012, Leipzig

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Thema: „2. Jahrestagung der DGET“

Auskunft: www.dget.de, Tel.: 03 41 / 48 47 42 02

08.11. – 10.11.2012, Frankfurt

Deutscher Zahnärztetag 2012

Thema: „Regeneration – Restauration – Rekonstruktion“

Auskunft: www.dgzmk.de

15.11. – 17.11.2012, Bad Homburg

Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt)

Thema: „Occlusion & CMD“

Auskunft: www.dgfdt.de

2013**08.11. – 10.11.2013, Frankfurt**

Deutscher Zahnärztetag 2013

Thema: „Altersgemäße Zahnmedizin“

Auskunft: www.dgzmk.de

14.11. – 16.11.2013, Bad Homburg

Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt)

Auskunft: www.dgfdt.de

Die richtigen Antworten zum Fragebogen mit den Fragen 21–30 aus dem Beitrag von D. Groß, B. Schilling, G. Schäfer: „Ethik in der Zahnheilkunde: Progresstest (Teil 3)“ (Seite 715–725) sind: 21d, 22a, 23c, 24c, 25e, 26c, 27e, 28c, 29b, 30b