

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Zahnmedizinethische Kenntnisse und moralische Positionen
von Zahnärzten/-innen aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von: Alexander Holger Jochen Christel

geboren am: 19. Dezember 1986 in Gera

Betreuer: Prof. Dr. phil. F. Steger

Gutachter: 1. Prof. Dr. phil. F. Steger (Ulm)

2. Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. D. Groß (Aachen)

3. apl. Prof. Dr. med. dent. R. Vollmuth (Potsdam)

05.03.2019

25.10.2019

Referat

Zielsetzung: Das Ziel der Dissertation war es, die Position praktisch tätiger Zahnärzte bezüglich ethischer Konfliktsituationen zu untersuchen. Dabei sollten grundlegende ethische Kenntnisse der Zahnärzte beurteilt werden und wie sie sich in Konfliktsituationen verhielten. Zudem sollte herausgefunden werden, ob und wenn ja, welches Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Zahnärzte in der Praxis am häufigsten Anwendung findet. Relevante Faktoren sollten identifiziert werden, die das Antwortverhalten beeinflussten, sowie Werte und deren Wichtigkeit untersucht werden, die als mögliche Grundlage für eine Entscheidungsfindung im jeweils einzelnen Fall dienen.

Methoden: Es wurden jeweils 200 Zahnärzte in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit einem selbst entwickelten Fragebogen untersucht. Dieser wurde mit Hilfe des Programms EvaSys erstellt. Er unterteilt sich in einen inhaltlichen Teil mit 53 Frageitems, denen 8 Fallvignetten vorangestellt waren und einen demographischen Teil mit 13 Frageitems. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte randomisiert. Der Rückversand war anonym. Der Zeitraum der Befragung ging von Juni bis November 2013. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS Version 20.

Ergebnisse: Die befragten Zahnärzte trafen in ihrem beruflichen Alltag häufig auf zahnmedizinische Probleme und Fragestellungen. Sie wiesen grundlegende Kenntnisse in den Bereichen Schweigepflicht, Identifikation von ethischen Konflikten und der Zahnarzt-Patient-Beziehung auf. Bei komplexen ethischen Konflikten zeigten sich Unsicherheiten. Ebenso gab es Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten. Die Zahnärzte bevorzugten das partizipative Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung. Die Selbstbestimmung des Patienten wurde als hohes Gut betrachtet, jedoch wurde die Gesundheit des Patienten im Vergleich zur Selbstbestimmung höher gewichtet. Die häufigsten Einflussfaktoren auf das Antwortverhalten waren die berufliche Erfahrung der Befragten, sowie deren Religionszugehörigkeit. Mehrheitlich folgten die Zahnärzte dem Leitbild des Zahnarztes als freien Beruf. So bestimmten das Patientenwohl und die medizinische Indikation ihr Handeln.

Schlussfolgerungen: Gerade bei ethischen Konfliktsituationen zeigten sich Unsicherheiten. Daraus kann gefolgert werden, dass nicht alle Zahnärzte in der Lage waren, eine ethisch begründete Entscheidung zu treffen. Fortbildungen auf dem Gebiet der Ethik in der Zahnheilkunde sowie die Entwicklung eines ethischen Leitfadens für Zahnärzte könnten ihnen bei der Entscheidungsfindung in ethischen Konflikten eine Hilfe sein.

Christel, Alexander: Zahnmedizinische Kenntnisse und moralische Positionen von Zahnärzten/-innen aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 70 Seiten, 2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1. Einleitung	1
2. Zielstellung	4
3. Material und Methoden	5
3.1 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens	5
3.1.1 Entwicklung und Aufbau des inhaltlichen Teils	5
3.1.2 Entwicklung und Aufbau des demographischen Teils	7
3.2 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer und Durchführung der Befragung	7
3.3 Statistische Datenanalyse	8
3.4 Scoringmodelle	8
4. Ergebnisse	10
4.1 Rücklauf und Demographische Angaben	10
4.2 Klinische Relevanz der Ethik in der Zahnheilkunde und Kenntnisse der Befragten	14
4.3 Die Zahnarzt-Patient-Beziehung	16
4.4 Umgang mit HIV-positiven Patienten	18
4.5 Verhalten bei Behandlungsfehlern – Umgang mit Kollegen und Patienten	20
4.6 Verhalten gegenüber Patienten mit fachfremden Erkrankungen	22
4.7 Verantwortung für Kollegen und Patienten	24
4.8 Werbung in der Zahnmedizin	25
4.9 Einfluss finanzieller Aspekte auf den Zahnarzt	29
4.10 Zahnmedizinische Behandlungen ohne medizinische Indikation auf Wunsch des Patienten	35
4.11 Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten	39
5. Diskussion	41
5.1 Methodendiskussion	41
5.2 Diskussion der Ergebnisse	41
5.2.1 Klinische Relevanz der Ethik in der Zahnheilkunde und Kenntnisse der Befragten	41
5.2.2 Die Zahnarzt-Patient-Beziehung	42
5.2.3 Umgang mit HIV-positiven Patienten	43
5.2.4 Verhalten bei Behandlungsfehlern – Umgang mit Kollegen und Patienten	45
5.2.5 Verhalten gegenüber Patienten mit fachfremden Erkrankungen	46
5.2.6 Verantwortung für Kollegen und Patienten	47
5.2.7 Werbung in der Zahnmedizin	48
5.2.7 Einfluss finanzieller Aspekte auf den Zahnarzt	49

5.2.9 Zahnmedizinische Behandlungen ohne medizinische Indikation auf Wunsch des Patienten	50
5.2.10 Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten	51
6. Zusammenfassung	52
7. Literaturverzeichnis	54
8. Thesen	60
9. Anlagen	61
9.1 Abbildungsverzeichnis	61
9.2 Tabellenverzeichnis	61
9.3 Fragebogen	64
10. Selbstständigkeitserklärung	IV
11. Erklärung über frühere Promotionsversuche	V
12. Lebenslauf	VI
13. Danksagung	VII

Abkürzungsverzeichnis

Für eine bessere Übersicht und Lesbarkeit der Arbeit wurden folgende Abkürzungen verwendet.

n=	Anzahl
Zu=	Prozentueller Anteil der Befragten, die einem Item zugestimmt haben
U=	Prozentueller Anteil der Befragten, die bei der Beantwortung eines Items unentschieden waren
Abl=	Prozentueller Anteil der Befragten, welche die Aussage eines Items ablehnten
S=	Standardabweichung
F=	Prozentueller Anteil der Befragten, die das entsprechende Item nicht beantwortet haben, bzw. „weiß nicht“ ankreuzten
P=	P-Wert, als statistisch signifikant wurde ein Wert $p < 0,05$ erachtet
ADA	American Dental Association
BÄK	Bundesärztekammer
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde
GDC	General Dental Council
Hrsg	Herausgeber
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MBO	Musterberufsordnung
MKG-Chirurgie	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NKLZ	Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin

1. Einleitung

Nahezu jeder zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme sind permanente Veränderungen des stomatognathen Systems immanent. Die Grundlage für die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist die medizinische Indikation. Die medizinische Indikation beruht auf der fachlich begründeten Beurteilung des Zahnarztes¹, dass eine medizinische Maßnahme dazu geeignet ist, ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen (BÄK, 2015; Neitzke und Oppermann, 2017). Das Ziel ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten (BZÄK, 2017). Allerdings haben diese Behandlungsmaßnahmen durchaus Risiken. Desweiteren existieren für viele Befunde mehrere indizierte Behandlungsoptionen. Bevor es überhaupt zu einer Therapie kommt, sollte der Zahnarzt den Patienten über alle Befunde, Therapieoptionen und Risiken in verständlicher Art und Weise aufklären, um ihn dadurch in die Lage zu versetzen, eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. Vorausgesetzt ist, dass sich der Zahnarzt in dieser Rolle sieht. In der Vergangenheit war eher das paternalistische Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung vorherrschend, bei dem der Zahnarzt zwar denkt, zum Wohle des Patienten zu handeln, aber schlussendlich die Selbstbestimmung des Patienten vernachlässigt. Die vermeintlich für den jeweiligen Patienten richtige Therapieoption zu finden, ist gerade bei Befunden mit vielen indizierten Therapiemöglichkeiten durchaus schwierig und ohne die Einbeziehung des Patienten nicht immer möglich. So kann das Therapieziel individuell für den einzelnen Patienten trotz gleichen Befundes verschieden sein. Für die Erstellung einer medizinischen Indikation bedarf es nicht nur standardisiertes Wissen, sondern auch die Einbeziehung der Individualität des Patienten (BÄK, 2015). Umso schwieriger wird es für den Zahnarzt bei Patienten mit eingeschränkter Selbstbestimmung (z.B. Kinder oder demente Patienten) oder wenn Patienten Behandlungen wünschen, für die es keine zahnmedizinische Indikation gibt. Im zweiten Fall verschiebt sich das Rollenmodell der Zahnarzt-Patient-Beziehung hin zu einem Klient-Dienstleister-Modell. Ist der Wunsch des Patienten nicht mit den Wertevorstellungen des Zahnarztes vereinbar, kommt es zu einem ethischen Konflikt, einer Entscheidungssituation mit gegensätzlichen Wertevorstellungen der beteiligten Personen oder sich im Widerstreit befindlichen ethisch gebotenen Entscheidungsoptionen. Eine professionelle Entscheidungsfindung sollte auf der Grundlage einer klinisch-ethischen Fallanalyse durchgeführt werden (Groß, 2012). Hierzu können die vier Prinzipien mittlerer Reichweite herangezogen werden (Beauchamp und Childress, 2013).

¹ Wo im Folgenden, wie in diesem Fall, die maskuline Form verwendet wird, sind Frauen wie Männer gleichermaßen gemeint, dies dient nur der Vereinfachung der Sprache für eine verbesserte Lesbarkeit.

Die Fähigkeit eines Zahnarztes, ethische Kernkompetenzen anzuwenden und in Konfliktsituationen zu einer begründeten Entscheidung zu kommen, erscheint fraglich. So wurden die dazu nötigen Kenntnisse lange Zeit nicht im Rahmen der universitären Ausbildung der Zahnärzte vermittelt (Jacob und Walther, 2018). Die momentan gültige Approbationsordnung der Zahnärzte von 1955 sieht keine Ausbildung der Studierenden im Bereich Ethik in der Zahnheilkunde vor. Eine Neufassung wurde bereits erarbeitet, konnte aber durch anhaltende Kritik und Diskussionen noch nicht verabschiedet werden.

Während sich die Medizinethik als Fachbereich etabliert hat und sie integraler Bestandteil von Forschung, Lehre und Weiterbildung ist, befindet sich in Deutschland die Ethik in der Zahnheilkunde in den Kinderschuhen (Groß, 2012) und war lange Zeit ein „blinder Fleck“ im Gesichtsfeld von Zahnärzten und Medizinethikern (Groß und Wolfart, 2009). So gab es lange Zeit weder ein Lehrbuch noch ein Themenheft zur Ethik in der Zahnheilkunde. Es fanden auch keine systematischen Fortbildungskurse oder gemeinsame Forschungsinitiativen von Zahnärzten und Bioethikern statt. Als Grundlage für die universitäre Ausbildung der Studierenden gab es weder ein Lehrmodul zur Ethik in der Zahnheilkunde noch einen Lernzielkatalog (Groß und Nitschke, 2017).

Ist diese bisherige Entwicklung auf eine geringe Relevanz ethischer Konfliktsituationen im Praxisalltag zurückzuführen? Wottrich zeigt in ihrer Dissertation, dass Zahnärzte durchaus in ihrem Praxisalltag auf ethische Konflikte treffen. So gaben 50,8% der befragten Zahnärzte an, mindestens einmal pro Monat, 13,7% sogar täglich in ethische Konflikte zu geraten (Wottrich, 2010). Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass durchaus Relevanz besteht.

Grundlegend gibt es auch keine besondere Ethik für Zahnärzte (Groß und Nitschke 2017). Es gelten die gleichen ethischen Prinzipien für Zahnärzte wie für Ärzte. Jedoch haben einige Bereiche der Medizinethik für den Zahnarzt nur einen geringen Bezug zu seiner Tätigkeit. Betrachtet man den Inhalt eines Lehrbuchs Ethik in der Medizin, so sind einige der dort besprochenen Themen für den täglich praktizierenden Zahnarzt wenig relevant (Forschung mit Embryonen, Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, Präimplantationsdiagnostik, Ethik der Reproduktionsmedizin, Prädiktive Gendiagnostik, Transplantationsmedizin, Sterbehilfe) (Maio, 2012; Schöne-Seifert, 2007; Steger, 2011). Jedoch sind einige Bereiche der Medizinethik auch für die Zahnmedizin wichtig. Dazu gehören die Arzt-Patient-Beziehung, Betrachtungen zur Selbstbestimmung des Patienten, zur Schweigepflicht, zur wunscherfüllenden Medizin, Berührungspunkte zwischen Medizin und Ökonomie und Forschung am Menschen.

In dem bisher im deutschen Raum 2012 ersten erschienenen Lehrbuch für Ethik in der Zahnmedizin werden folgende Themen mit ethischem Kontext für den Zahnarzt behandelt (Groß, 2012):

- Verhältnis von Zahnarzt und Patient (Zahnarzt-Patient-Beziehung, Informed Consent, zahnärztliche Kommunikation, Schweigepflicht)
- Umgang mit bestimmten Patientengruppen (vulnerablen Patienten, Patienten aus fremden Kulturen, Angstpatienten)
- Zahnärztliche Rollenkonflikte (im Studium, als Kollege, als „Kassenbehandler“, wunscherfüllende Zahnmedizin, Forschung am Menschen)
- Umgang mit Fehlern und Fehlverhalten

Dennoch sind für die Ethik in der Zahnheilkunde als Teilgebiet der Medizinethik gesonderte Betrachtungen bestimmter Bereiche notwendig. Spezielle Herausforderungen sind der besonders häufige Umgang mit Angstpatienten, die erschwerte Kommunikationsmöglichkeit während der Behandlung, die Relevanz der Erst- oder Früherkennung schwerwiegender Erkrankungen, Fragen der Verteilungsgerechtigkeit oder der ethische Klärungsbedarf in den Bereichen der kosmetischen Zahnheilkunde (Groß, 2012).

Seit 2010 ist im Bezug auf das bisherige Schattendasein ein Umdenken festzustellen (Groß und Nitschke, 2017). In diesem Jahr wurde der Musterberufsordnung für Zahnärzte das Genfer Gelöbnis beigelegt und sie enthielt erstmals den Begriff „Ethik“ (BZÄK, 2017). Unter dem Dach der DGZMK wurde 2010 der Arbeitskreis Ethik gegründet, der Fachtreffen und Fortbildungen anbietet, sowie wissenschaftlich und publikatorisch aktiv ist. Ebenfalls in diesem Jahr wurde an der RWTH Aachen, als erste deutsche Universität, das Pilot-Lehrprojekt „Dental Ethics“ ins Leben gerufen (Groß et al., 2013), was mittlerweile Bestandteil des ersten prothetischen Behandlungskurses ist. 2012 wurde das erste deutschsprachige Lehrbuch „Ethik in der Zahnmedizin“ veröffentlicht. Der 2015 verabschiedete nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) sieht erstmals einen Schwerpunkt für die Ausbildung der Studierenden im Fachbereich Ethik in der Zahnheilkunde vor (NKLZ, 2015). 2016 wurde erstmals der „Dental Ethics Award“ für die beste Publikation in diesem Fachbereich durch den Arbeitskreis Ethik der DGZMK vergeben und soll künftig Anreiz für weitere schaffen. 2017 erschien das erste Themenheft für „Dental Ethics – Ethik in der Zahnheilkunde“ in einer deutschen Fachzeitschrift.

Trotz der positiven Entwicklungen im Fachbereich Ethik in der Zahnheilkunde gibt es nur wenige Publikationen. Groß warf einen Blick auf die veröffentlichten Publikationen im Zeitraum 2001 bis März 2009 und fand in der medizinischen Literaturdatenbank „Medline“ bei der Eingabe des Schlagwortes „Ethics, dental“ 1009 Treffer, darunter vier deutschsprachige. In der führenden deutschen Bioethik-Datenbank „Belit“ waren es im gleichen Zeitraum nur zwei deutschsprachige (Groß et al., 2009). Bei einer vergleichenden Suche im Zeitraum 2010 bis September 2018 finden sich

bei sonst identischen Parametern in Medline 1556 Treffer, darunter 6 deutschsprachige, in Belit 7 deutschsprachige Treffer. Die Anzahl der deutschsprachigen Publikationen als auch deren Anteil im Vergleich zur Gesamtheit ist weiterhin sehr gering.

2. Zielstellung

Obwohl bereits empirisch gezeigt werden konnte, dass ethische Themen durchaus eine Relevanz im Praxisalltag haben, fehlen aber auf die Zahnmedizin in Deutschland zugeschnittene ethische Verhaltensempfehlungen in strittigen Situationen. Auch in der universitären Ausbildung spielt bisher die Ethik in der Zahnmedizin nur eine marginale Rolle. Dies könnte suggerieren, dass ethische Handlungsempfehlungen und das Vermitteln von ethischem Wissen durch das Studium der Zahnmedizin, auf Grund der Einfachheit des Verhaltens und der Entscheidungsfindung in ethischen Konfliktsituationen, nicht oder nur in geringem Umfang notwendig seien.

Im Moment gibt es keine empirischen Daten zum aktuellen Kenntnisstand bezüglich ethischer Kompetenzen in der Zahnmedizin. Daten zur Häufigkeit des Auftretens ethischer Konfliktsituationen liefert nur eine Arbeit (Wottrich, 2010), hierbei ergeben sich aber Einschränkungen auf Grund eines sehr geringen Rücklaufs und der Befragung ausschließlich von Assistenz Zahnärzten. Erhebungen bezüglich moralischer Positionen zu zahnmedizinethischen Themen vergleichend wie in der Medizinethik (Wandrowski et al., 2012; Strube et al., 2014) fehlen ebenso. Nur eine Studie hat sich mit dem Rollenverständnis von Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung auseinandergesetzt (Micheelis et al., 2010).

Das Ziel der Dissertation ist es, die Position praktisch tätiger Zahnärzte bezüglich ethischer Konfliktsituationen zu untersuchen. Dabei sollen grundlegende ethische Kenntnisse der Zahnärzte überprüft werden und wie sie sich in Konfliktsituationen verhalten. Es soll herausgefunden werden, ob und wenn ja, welches Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Zahnärzte in der Praxis am häufigsten Anwendung findet. Relevante Faktoren sollen identifiziert werden, die das Antwortverhalten beeinflussen, sowie Werte und deren Wichtigkeit untersucht werden, die als mögliche Grundlage für eine Entscheidungsfindung im jeweils einzelnen Fall dienen.

3. Material und Methoden

3.1 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens

Zur Untersuchung der Fragestellung wurde von mir in Zusammenarbeit mit dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Halle-Wittenberg ein maschinell lesbarer strukturierter Fragebogen mit dem Programm EvaSys entwickelt. Dieser unterteilte sich in einen inhaltlichen und einen demographischen Teil. Die Aussagen konnten die Teilnehmer anhand einer fünfstufigen Likertskala bewerten, beginnend mit „stimme voll zu“ bis „stimme gar nicht zu“. Zusätzlich gab es eine Antwortmöglichkeit „weiß nicht“. Die mittlere Antwort der Likertskala wurde als unentschieden gewertet in dem Sinne, dass die Befragten Argumente für und wider dem entsprechenden Item vorbringen konnten. Um die Funktionalität des Fragebogens zu überprüfen wurde ein Pretest durchgeführt. In der Folge konnten Störfaktoren, wie etwa missverständliche Formulierungen, beseitigt werden. Ferner sollten die im Pretest befragten Zahnärzte die benötigte Zeit zur Beantwortung des Fragebogens festhalten, was zu einer Kürzung der Länge des Fragebogens führte.

3.1.1 Entwicklung und Aufbau des inhaltlichen Teils

Der inhaltliche Teil untergliederte sich in neun Komplexe mit insgesamt 53 zu bewertenden Aussagen. Dabei wurde sich an in der Literatur bereits diskutierten Themen, Konflikten und Fragestellungen orientiert (Groß und Keil, 2002; Groß, 2012). Um den Befragungsteilnehmern die verschiedenen Themengebiete besser zu umschreiben, war jedem Themenkomplex eine Fallvignette vorangestellt, welcher dann die zu bewertenden Aussagen folgten. Ein Beispiel ist in Abbildung 1 sichtbar.

Der erste Themenkomplex enthielt Aussagen zur Vorbildung der Befragten in Bezug zur Ethik in der Zahnmedizin, sowie die Einschätzung zur Häufigkeit des Auftretens zahnmedizinischer Probleme und Fragestellungen im Berufsalltag. Ferner sollte die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit Ethik beurteilt werden. Der Aufbau dieses Fragenkomplexes wurde von bereits durchgeführten Befragungen im Bereich der Medizinethik übernommen (Strube et al., 2014; Dölle, 2016)

2. HIV

„Eine langjährige Patientin kommt zu Ihnen zur halbjährlichen Untersuchung in die Praxis. Sie ist in Begleitung ihres neuen Freundes und bittet Sie, ihn auch noch zu untersuchen, da er momentan keinen Hauszahnarzt hat. Bei der Durchsicht des Anamnesebogens des Freundes sehen Sie, dass er angibt HIV positiv zu sein. Auf Nachfrage, ob seine Freundin und Ihre Patientin davon weiß, beruft er sich auf Ihre ärztliche Schweigepflicht und möchte, dass Sie ihr es nicht mitteilen.“ Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?

- | | | | | | | | | | | |
|-----|--|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------|
| 2.1 | Ich unterrichte die Patientin von der Erkrankung ihres Freundes. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 2.2 | Generell ist es geboten, die Schweigepflicht zu wahren. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 2.3 | Die körperliche Unversehrtheit der Patientin ist in Gefahr, die Schweigepflicht darf verletzt werden. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 2.4 | Im Allgemeinen ist es ethisch vertretbar, die Schweigepflicht zu verletzen, wenn die körperliche und geistige Gesundheit gefährdet ist. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 2.5 | Solange die Probleme eines HIV positiven Patienten meine Fähigkeiten und meine technische Ausrüstung nicht überschreiten, behandle ich diesen Patienten. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

Abbildung 1: Beispiel einer Fallvignette mit zu bewertenden Aussagen

Im zweiten Themenkomplex (Abbildung 1) wurden Positionen zur Einhaltung und möglichen Grenzen der Schweigepflicht, sowie zum Umgang mit HIV-positiven Patienten ermittelt. Das beschriebene Fallbeispiel wurde ethisch und rechtlich bereits analysiert und ist aus der Literatur entnommen (Groß, 2012; Groß et al., 2012).

Der dritte Themenkomplex umfasste Fragen, welche das vorherrschende Rollenmodell in der Zahnmedizin zwischen Zahnarzt und Patient beleuchten sollten. Dazu wurden Aussagen formuliert, die sinnbildlich für das partizipative, paternalistische oder das Klient-Dienstleister-Modell sind.

Inhalt des vierten Themenkomplexes waren Aussagen zum Verhalten gegenüber dem Patienten und dem vorbehandelnden Zahnarzt bei dem Vorliegen eines bisher durch den Patienten nicht bekannten Behandlungsfehlers, sowie die Positionierung des Zahnarztes bei dem Verdacht des Vorliegens von Krankheiten, welche nicht ausschließlich die Mundhöhle betreffen.

Der fünfte Themenkomplex beleuchtete die Positionierung gegenüber Kollegen und Patient beim Bekanntwerden einer stoffgebundenen Sucht eines Kollegen.

Die Komplexe sechs und sieben sollten zum einen offenbaren, ob Tendenzen des Übergangs des freien Berufs des Zahnarztes zum Gewerbe hin bestehen. Es sollte untersucht werden, inwieweit z.B. die Therapieempfehlung nicht auf einer fachlichen Ebene, sondern in Abhängigkeit von den vermuteten verfügbaren finanziellen Mitteln eines Patienten basiert, bzw. dem möglichen finanziellen Gewinn für den Zahnarzt. So wie es in diversen Magazinen öffentlich propagiert wird

(Albrecht, 2015; Albrecht, 2018). Zum anderen enthielten diese Komplexe Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit des Solidarsystems in Deutschland.

Komplexe acht und neun sollten die Positionierung der Befragten hinsichtlich wunscherfüllender Zahnmedizin, speziell mit ästhetischen Veränderungen beleuchten.

Die Zahnmedizinethischen Kenntnisse wurden durch das Frageverhalten zu Fragen bezüglich der Wahrung der Schweigepflicht, dem Rollenmodell Zahnarzt-Patient und zur Erkennung ethischer Konfliktsituationen ermittelt.

3.1.2 Entwicklung und Aufbau des demographischen Teils

Um das Antwortverhalten der befragten Zahnärzte in Abhängigkeit von möglichen Einflussfaktoren genauer untersuchen zu können, schloss sich ein demographischer Teil an. Er enthielt 13 Items. Hierbei wurde sich beim Aufbau an vorangegangenen Untersuchungen im Bereich der Medizinethik orientiert (Strube et al., 2014; Dölle, 2016). Der demographische Teil umfasste Angaben der Teilnehmer zu der Bundeslandzugehörigkeit, einen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen, der Anzahl der behandelnden Zahnärzte einer Praxis, der Art der Praxis, der Einwohnerzahl des Standorts der Praxis, der Religionszugehörigkeit, der Aktivität der Religionsausübung, dem Familienstand, dem Geschlecht, dem Alter, der Praxiserfahrung, einer möglichen Qualifikation als Fachzahnarzt oder eines Behandlungsschwerpunktes und der Motivation zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes.

3.2 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer und Durchführung der Befragung

Standortbedingt wurden die zu untersuchenden Bundesländer auf Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen festgelegt. Es wurden randomisiert aus jedem Bundesland 200 Teilnehmer ausgewählt. Für Thüringen und Sachsen konnten die Landes Zahnärztekammern zur Mitarbeit gewonnen werden, sie erstellten eine Zufallsstichprobe und übernahmen auch den Versand der bereits vorbereiteten Fragebögen. Im Fall von Sachsen-Anhalt wurde mithilfe des Internetportals der Landes Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eine Liste der dort tätigen Zahnärzte erstellt. Diese war die Grundlage für eine Zufallsstichprobe. Der Versand erfolgte über das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Jedem Fragebogen lagen ein Anschreiben sowie ein bereits vorfrankierter und adressierter Briefumschlag für die Rückantwort bei. Die Rückantwort war in Papierform möglich. Der Fragebogen konnte mit einem jeweils individuellen auf dem Fragebogen stehenden Zugangscodes auch im Internet am Computer ausgefüllt werden oder mittels eines Smartphone durch Scan des auf dem Fragebogen enthaltenen QR-Codes. Der Befragungszeitraum

wurde von Ende Juni 2013 bis Ende November 2013 begrenzt. Später eingegangene Fragebögen wurden bei der Auswertung der Daten nicht berücksichtigt.

3.3 Statistische Datenanalyse

Die Digitalisierung der Fragebögen wurde mit dem Programm EvaSys durchgeführt. Daraufhin erfolgte die statistische Auswertung der Daten mit dem Statistikprogramm SPSS Version 20. Ausgewertet wurden die Antworten nach Häufigkeit. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wurde als fehlender Wert erachtet. Ferner wurden neue Variablen entsprechend bestimmter Fragestellungen gebildet. Relevante Items bzw. neu gebildete Variablen wurden einfaktoriell auf Einflussfaktoren untersucht, um Unterschiede im Antwortverhalten zu erkennen. Es wurde bei entsprechender Voraussetzung ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, bzw. bei nicht gegebener Voraussetzung der Exakte Test nach Fischer, um die Signifikanz des Zusammenhangs festzustellen.

Untersuchte Einflussfaktoren waren allgemeine Faktoren wie die Bundeslandzugehörigkeit, ein Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen, die Anzahl der Behandler einer Praxis, die Art der Praxis, die Einwohnerzahl des Standorts der Praxis, die Religionszugehörigkeit, das Geschlecht, die Praxiserfahrung, eine mögliche Qualifikation als Fachzahnarzt oder ein Behandlungsschwerpunkt sowie thesenspezifische Einflussfaktoren.

Der Übersichtlichkeit wegen wurden die Kategorien der Praxiserfahrung in drei etwa gleich große Gruppen aufgeteilt. Bei der Analyse auf mögliche Abhängigkeiten wurden die einzelnen Religionen, durch sehr geringe Anteile bedingt, zu einer Kategorie „religionsangehörig“ zusammengefasst.

Abhängigkeiten mit einem p-Wert kleiner 0,05 wurden als statistisch signifikant erachtet.

Durch die Rundung der Ergebnisse auf eine dargestellte Dezimalstelle, kann es zu Abweichungen der Gesamtsumme einer Kategorie zu 100% kommen. Um dies bei den hier dargestellten Ergebnissen auszugleichen, wurde die Technik des summenerhaltenden Rundens angewandt.

3.4 Scoringmodelle

Einige Items des Fragebogens wurden unter Zuhilfenahme eines Scores zu neuen Variablen kombiniert, um spezifische Thesen statistisch untersuchen zu können. Dabei wurden den jeweiligen Antworten der Befragten jeweils Punkte von 1-5 zugeordnet, diese addiert und durch die Anzahl der kombinierten Items geteilt. Die Antwort „weiß nicht“ wurde als fehlende Antwort erachtet. Bei der Kombination der Items zur Untersuchung vorliegender zahnmedizinischer Kenntnisse der Zahnärzte jedoch wurde diese Antwort mit dem Punktwert bewertet, der ausdrückt keine Kenntnisse

aufzuweisen. Der entstandene Wert wurde diesmal in 3 Kategorien zusammengefasst. Diese entsprechen einer Zustimmung der These (Werte zwischen 1 bis 2,6), einer unentschiedenen Haltung im Sinne von Argumenten dafür und dagegen (Werte größer als 2,6, kleiner als 3,4) und einer Ablehnung der These (Werte zwischen 3,4 bis 5).

Die Bildung neuer Variablen für die statistische Untersuchung erfolgte für folgende Thesen:

- Zahnärzte weisen grundlegende zahnmedizinethische Kenntnisse auf.

Hierfür wurden die Items bezüglich der Einhaltung der Schweigepflicht (Item 2.2), zum Zahnarzt-Patient-Verhältnis (Items 3.1, 3.2, 3.3) und zur Beurteilung des Vorliegens eines ethischen Konfliktes in zwei Fällen (Items 8.4, 9.1) kombiniert. Die drei Items zum Rollenmodell gingen nur zu jeweils einem Drittel in den Gesamtscore für diese Variable ein, da der Einfluss der Antworten dieses Fragenkomplexes auf den Gesamtwert sonst zu groß gewesen wäre.

- Zahnärzte legen einen hohen Wert auf den Respekt der Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten.

Diese Variable wurde aus den Scores der Antworten auf die Items zum Zahnarzt-Patientenverhältnis (Items 3.1, 3.2, 3.3), der Einhaltung der Schweigepflicht, der Erfüllung von Patientenwünschen sowie der Aufklärung der Patienten gebildet (Items 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 4.1, 4.2, 7.1, 9.3).

- Zahnärzte gewichten die Gesundheit des Patienten höher als die Selbstbestimmung.

Um diese Variable zu bilden wurden alle Items herangezogen, bei denen die Befragten zwischen der Gesundheit des zu behandelnden Patienten oder einer dritten Person beziehungsweise der Wahrung der Selbstbestimmung des zu behandelnden Patienten zu entscheiden hatten (Items 2.1, 2.3, 2.4, 9.4, 9.5, 9.6).

- Zahnärzte weisen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten auf.

Die dieser These zugrundeliegende Variable entstand aus der Kombination der Antworten der Fragen, ob HIV-positive Patienten besser in Universitätszahnkliniken oder in auf diese Patientengruppe ausgerichtete Praxen aufgehoben sind (Item 2.7) und ob die befragten Zahnärzte HIV-positive Patienten behandeln, solange die Behandlung ihr zahnärztliches Können oder ihre technische Ausrüstung nicht übersteigt (Item 2.5).

4. Ergebnisse

Ein Teil der folgend dargestellten Ergebnisse wurde bereits publiziert (Schochow und Christel et al., 2016). Dies betrifft den Rücklauf und demographische Angaben zur Geschlechteraufteilung, Bundeslandzugehörigkeit, Religionszugehörigkeit und der Altersverteilung. Ebenso gilt dies für die Ergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von zahnmedizinischen Fragen im Berufsalltag, für die Ergebnisse zum Zahnarzt-Patient-Verhältnis, sowie für die durch Anwendung eines Scores ermittelten Ergebnisse zur Sicherheit beim Umgang mit HIV-positiven zahnärztlichen Patienten und der Gewichtung der Selbstbestimmung und Gesundheit des Patienten aus Zahnarztsicht. Dies betrifft die Häufigkeitsverteilungen, sowie die jeweiligen signifikanten Abhängigkeiten.

4.1 Rücklauf und Demographische Angaben

Es wurden insgesamt 600 Fragebögen abgeschickt, jeweils 200 in die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. 291 Fragebögen wurden zurückgesandt. Von den 291 zurückgesandten Fragebögen konnten 288 zur Auswertung herangezogen werden. Zwei wurden ausgeschlossen, da über die Hälfte der Items nicht ausgefüllt waren. Einer traf ein, als die Auswertung bereits begonnen hatte. Die Rücklaufquote auswertbarer Fragebögen betrug demnach 48,0%, insgesamt 48,5%.

Geschlecht

Von den 288 befragten Zahnärzten waren 57,6% weiblich (n=166) und 41,3% männlich (n=119). 1,1% der Zahnärzte machten bezüglich des Geschlechts keine Angabe (n=3).

Alter

Das Durchschnittsalter der befragten Zahnärzte lag bei 48 Jahren, mit einer Standardabweichung von $s=10,64$ Jahren. Dabei war der jüngste befragte Zahnarzt 24 Jahre und der älteste 72 Jahre.

Familienstand

Ein Großteil der Befragten war mit 69,8% verheiratet (n=201), 18,8% waren ledig (n=54), 7,6% geschieden (n=22), 2,8% verwitwet (n= 8) und 1% gaben bezüglich des Familienstandes keine Angabe an (n=3).

Praxiserfahrung

Weniger als 1 Jahr Praxiserfahrung wiesen 2,1% der Zahnärzte auf (n=6), 8,0% waren in der Gruppe von 1-5 Jahren (n=23), 9,7% in der Gruppe von 6-10 Jahren (n=28), 8,0% in der Gruppe von 11-15 Jahren (n=23), 8,7% in der Gruppe von 16-20 Jahren (n=25), 22,9% in der Gruppe von 21-25 Jahren (n=66), 10,7% in der Gruppe von 26-30 Jahren (n=31), 16,0% in der Gruppe von 31-35 Jahren (n=46) und 11,8% wiesen mehr als 35 Jahre Praxiserfahrung auf (n=34). 2,1% der befragten Zahnärzte enthielten sich (n=6).

Facharzt/Schwerpunktkompetenz

67,4% gaben an, keinen Facharzttitel zu führen bzw. eine Schwerpunktkompetenz zu besitzen. 33,6% der Befragten gaben an, einen Behandlungsschwerpunkt bzw. einen Facharzt zu besitzen. Dabei waren einige Mehrfachantworten. Jeweils 1,4% (n=4) hatten den Facharzt für MKG-Chirurgie oder waren Oralchirurg. Kieferorthopäden waren mit 4,5% vertreten (n=13). Den Facharzt für allgemeine Stomatologie wiesen 11,5% (n=33) auf. Die Schwerpunkte teilten sich auf in Ästhetik (1,4%, n=4), Endodontologie (2,4%, n=7), Funktionsdiagnostik und -therapie (1,0%, n=3), Hypnose (1,4%, n=4), Implantologie (5,6%, n=16), Kinderzahnheilkunde (4,5%, n=13), Parodontologie (4,5%, n=13) und Prothetik (0,3%, n=1).

Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung

88,5% der befragten Zahnärzte waren vertraglich an die gesetzliche Krankenversicherung gebunden (n=255). 9,4% waren dies nicht (n=27). 2,1% gaben keine Angabe (n=6).

Ort der Praxisausübung

55,9% der befragten Zahnärzte behandelten in Einzelzahnarztpraxen (n=161), 39,2% in Praxisausübungsgemeinschaften (n=113), 2,4% in Universitätszahnkliniken (n=7), 2,1% in sonstigen Örtlichkeiten (n=6) und 0,4% gaben keine Angabe (n=1).

Anzahl der behandelnden Zahnärzte

40,6% der befragten Zahnärzte behandelten alleine in ihrer Praxis (n=117), 49,0% behandelten in Praxen mit zwei bis vier Zahnärzten (n=141), 3,8% in Praxen mit 5 und mehr Behandlern (n=11) und 6,6% gaben diesbezüglich keine Angabe (n=19).

Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes

3,8% der befragten Zahnärzte arbeiteten in Orten mit weniger als 1000 Einwohnern (n=11), 21,9% in Orten mit 1000 bis 5000 Einwohnern (n=63), 39,9% in Orten mit einer Einwohnerzahl zwischen 5000 und 50000 (n=115), 8,3% in Orten mit 50000 bis 100000 Einwohnern (n=24), 19,4% in solchen mit 100000 bis 500000 Einwohnern (n=56) und 6,3% in Städten mit mehr als 500000 Einwohnern (n=18). 0,4% gaben keine Angabe (n=1).

Bundeslandzugehörigkeit

34,7% gaben an in Sachsen tätig zu sein (n=100), 30,9% in Sachsen-Anhalt (n=89) und 33,7% in Thüringen (n=97). Zwei Personen machten keine Angabe bezüglich ihrer Bundeslandzugehörigkeit.

Religionszugehörigkeit

40,0% der befragten Zahnärzte gaben an christlich zu sein (n=115), davon waren 4,9% katholisch (n=14) und 35,1% evangelisch (n=101). Zum Judentum, dem Islam oder einer anderen Religion bekannte sich jeweils ein befragter Zahnarzt. Bekenntnislos waren 53,1% (n=153). 5,9% machten diesbezüglich keine Angabe (n=17).

Religionsausübung

8,7% der teilnehmenden Zahnärzte gaben an aktiv ihre Religion auszuüben (n=25), 15,3% waren gelegentlich aktiv (n= 44) und 50,0% nicht aktiv (n=144). 26,0% machten diesbezüglich keine Angabe (n=75).

Motivation der Berufsausübung

Bei dieser Frage waren Mehrantworten möglich. 90,6% gaben an Menschen helfen zu wollen (n=261), für 9,4% war dies keine Motivation (n=27). 40,3% motivierte die mit dem Beruf einhergehende Möglichkeit der Wissensvermehrung (n=116), für 59,7% war das keine Motivation (n=172). 42,0% wollten einen sicheren Beruf ausüben (n=121), demgegenüber 58,0% für die dies keine Motivation darstellte (n=167). 1,7% wollten als Forscher tätig sein (n=5), 98,3% wollten dies nicht (n=283). 6,3% eiferten zahnärztlichen Vorbildern nach (n=18), bei 93,8% war dies nicht der Fall (n=270). Für 40,3% stellte die Ausübung eines angemessenen Berufs die Motivation dar (n=116), für die restlichen 59,7% nicht (n=172). 18,4% gaben noch eine andere Motivation an (n=53). Genannt wurden hierbei am häufigsten die Freude und der Spaß bei der Ausübung des Berufs, vor allem durch

die Verbindung aus handwerklicher und geistiger Tätigkeit, sowie der Arbeit im Team. Daneben diente aber auch die finanzielle Vergütung des Zahnarztes als Motivation (n=3).

Die folgende Tabelle fasst die demographischen Daten nochmals zusammen.

Tabelle 1: Zusammenfassung der demographischen Daten

Kategorie	rel. Anteil	Beschreibung	absolute Anzahl
Geschlecht	57,6%	weiblich	(n=166)
	41,3%	männlich	(n=119)
	1,1%	keine Angabe	(n=3)
Alter		Durchschnittsalter=48 Jahre Standardabweichung=10,64 Jahre Spannweite 24-72 Jahre	
Familienstand	69,8%	verheiratet	(n=201)
	18,8%	ledig	(n=54)
	7,6%	geschieden	(n=22)
	2,8%	verwitwet	(n=8)
	1%	keine Angabe	(n=3)
Praxiserfahrung	2,1%	<1 Jahr	(n=6)
	8,0%	1-5 Jahre	(n=23)
	9,7%	6-10 Jahre	(n=28)
	8,0%	11-15 Jahre	(n=23)
	8,7%	16-20 Jahre	(n=25)
	22,9%	21-25 Jahre	(n=66)
	10,7%	26-30 Jahre	(n=31)
	16,0%	31-35 Jahre	(n=46)
	11,8%	>35 Jahre	(n=34)
2,1%	keine Angabe	(n=6)	
Facharzt/Schwerpunktkompetenz	67,4%	kein Facharztstitel/Schwerpunktkompetenz	
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung	88,5%	vertraglich an die gesetzliche Krankenversicherung gebunden	(n=255)
	9,4%	nicht vertraglich an die gesetzliche Krankenversicherung gebunden	(n=27)
	2,1%	keine Angabe	(n=6)
Ort der Praxisausübung	55,9%	Einzelzahnarztpraxis	(n=161)
	39,2%	Praxisausübungsgemeinschaften	(n=113)
	2,4%	Universitätskliniken	(n=7)
	2,1%	sonstige Örtlichkeiten	(n=6)
	0,4%	keine Angabe	(n=1)
Anzahl der behandelnden Zahnärzte	40,6%	ein Zahnarzt	(n=117)
	49,0%	2-4 Zahnärzte	(n=141)
	3,8%	5 und mehr Zahnärzte	(n=11)
	6,6%	keine Angabe	(n=19)
Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes	3,8%	<1.000 Einwohner	(n=11)
	21,9%	1.000-5.000 Einwohner	(n=63)
	39,9%	5.000-50.000 Einwohner	(n=115)
	8,3%	50.000-100.000 Einwohner	(n=24)
	19,4%	100.000-500.000 Einwohner	(n=56)
	6,3%	>500.000 Einwohner	(n=18)
	0,4%	keine Angabe	(n=1)

Kategorie	rel. Anteil	Beschreibung	absolute Anzahl
Bundeslandzugehörigkeit	34,7%	Sachsen	(n=100)
	30,9%	Sachsen-Anhalt	(n=89)
	33,7%	Thüringen	(n=97)
	0,7%	keine Angabe	(n=2)
Religionszugehörigkeit	40,0%	Christentum	(n=115)
		4,9% katholisch	(n=14)
		35,1% evangelisch	(n=101)
	0,4%	Judentum	(n=1)
	0,4%	Islam	(n=1)
	0,3%	andere Religion	(n=1)
	53,1%	konfessionslos	(n=153)
	5,9%	keine Angabe	(n=17)
Religionsausübung	8,7%	aktiv	(n=25)
	15,3%	gelegentlich aktiv	(n=44)
	50,0%	nicht aktiv	(n=144)
	26,0%	keine Angabe	(n=75)
Motivation der Berufsausübung (Mehrantworten möglich)	90,6%	Menschen helfen	(n=261)
	40,3%	Wissensvermehrung	(n=116)
	42,0%	sicherer Beruf	(n=121)
	1,7%	Forschungstätigkeit	(n=5)
	6,3%	Vorbildern nacheifern	(n=18)
	40,3%	angemessener Beruf	(n=116)
	18,4%	andere Motivation	(n=53)

4.2 Klinische Relevanz der Ethik in der Zahnheilkunde und Kenntnisse der Befragten

Tabelle 2: Häufigkeiten des Auftretens zahnmedizinethischer Probleme und Fragestellungen im Alltag von Zahnärzten

Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Jährlich	Nie	Keine Angabe
28,5%	35,1%	25,7%	7,3%	2,1%	1,3%

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeit des Auftretens von zahnmedizinethischen Problemen im Alltag eines Zahnarztes. So waren ca. 89,3% aller befragten Zahnärzte mindestens einmal im Monat mit einem Problem oder einem Dilemma konfrontiert. Setzt man für das Jahr 2013 250 Arbeitstage voraus (Arbeitstage 2013, 2013), zieht davon 30 Urlaubstage ab, erhält man 220 Arbeitstage für Zahnärzte, bzw. 44 Wochen, in denen ein Problem oder eine Fragestellung auftreten kann. Hochgerechnet auf ein Jahr sind das im Schnitt 82,4 Fälle pro Jahr je Zahnarzt, berechnet nach den Angaben der Befragten.

Von den befragten Zahnärzten hatten bereits 9,0% eine abgeschlossene Ausbildung im medizinischen oder pflegerischen Bereich vor dem Studium. 25,3% gaben an, bereits eine Weiterbildung zum Thema Ethik in der Zahnmedizin besucht zu haben. Bei 25,0% der teilnehmenden Zahnärzte war Ethik in der Zahnmedizin Teil der Hochschulausbildung. 70,3% empfanden die Auseinandersetzung mit

Ethik in der Zahnmedizin als wichtig, 24,2% waren diesbezüglich unentschieden und nur 5,5% empfanden dies nicht.

Die Untersuchung auf Unterschiede im Antwortverhalten, wie etwa der persönlichen Wertschätzung oder demographischer Faktoren, ergab folgende statistisch signifikante Zusammenhänge.

In der Gruppe der Befragten, welche die Auseinandersetzung mit Ethik in der Zahnmedizin als wichtig erachteten, traten 104,5 Fälle pro Jahr je Zahnarzt auf. Dies sind mehr als der Durchschnitt und deutlich mehr als die Gruppe derer, die diesbezüglich unentschlossen waren (32,4 Fälle pro Jahr je Zahnarzt) oder dies als nicht wichtig erachteten (28,5 Fälle pro Jahr je Zahnarzt) ($p < 0,0001$).

Ein deutlicher Unterschied zeigte sich auch in der Gegenüberstellung der auftretenden Fälle bei Vertragszahnärzten der gesetzlichen Krankenversicherung (85,9 Fälle pro Jahr je Zahnarzt) und solchen die es nicht waren (45,7 Fälle pro Jahr je Zahnarzt). Dies war mit einem p-Wert von 0,004 ebenfalls signifikant.

Ebenfalls statistisch signifikant ($p = 0,022$) stellte sich der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Bundesländern und den auftretenden Fällen dar. So traten mit 67,6 Fällen pro Jahr je Zahnarzt in Sachsen die wenigsten Fälle auf, gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 88,0 Fällen und in Thüringen traten mit 93,4 die meisten auf.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Zahnärzte wies mit 91,0% grundlegende zahnmedizinethische Kenntnisse auf (Abbildung 2). Um die Kenntnisse der Befragten zu überprüfen wurde ein Scoringmodell verwendet. Bei 7,3% ist eine Zuordnung unentschieden und 1,7% wiesen ungenügende Kenntnisse auf. Statistische Abhängigkeiten in den verschiedenen Gruppen konnten nicht festgestellt werden.

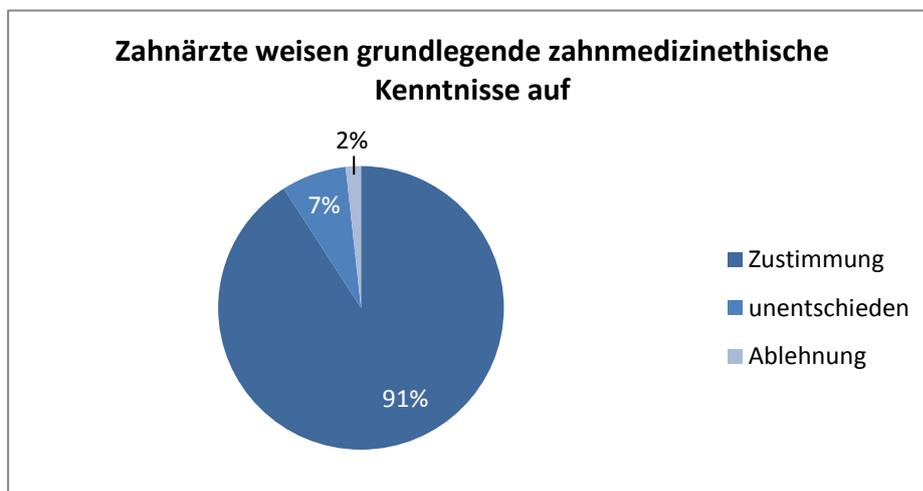


Abbildung 2: Zahnärzte weisen grundlegende zahnmedizinethische Kenntnisse auf

4.3 Die Zahnarzt-Patient-Beziehung

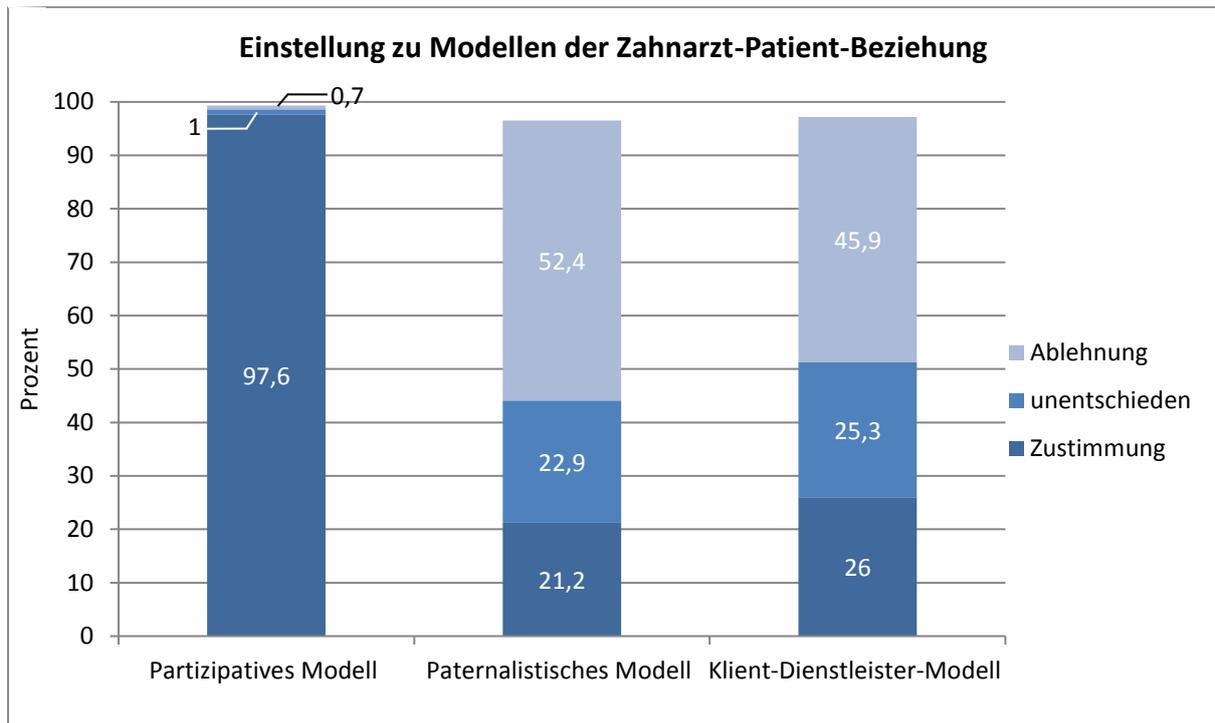


Abbildung 3: Modelle der Zahnarzt-Patienten Beziehung, Differenz zu 100% erklären sich durch fehlende Werte in dieser Kategorie

Die Zahnärzte sollten Aussagen beurteilen, die je einem Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung zugeordnet waren (Abbildung 3). Dabei stimmten sie mehrheitlich mit 97,6% dem partizipativen Modell zu ($u=1,0\%$, $Abl=0,7\%$, $f=0,7\%$). Sowohl das paternalistische ($Zu=21,2\%$, $u=22,9\%$, $Abl=52,4\%$, $f=3,5\%$) als auch das Klient-Dienstleister-Modell ($Zu=26,0\%$, $u=25,3\%$, $Abl=45,9\%$, $f=2,8\%$) wurden überwiegend abgelehnt. Die Zahnärzte antworteten allerdings unterschiedlich in Abhängigkeit davon wie viel Jahre sie bereits Praxiserfahrung hatten (Abbildung 4, Abbildung 5). Es zeigte sich, dass Zahnärzte mit einer Praxiserfahrung bis zu 15 Jahren dem paternalistischen Modell mit 24,1% am meisten zustimmten, mit 45,5% dieses am wenigsten ablehnten und mit 30,4% der Anteil der Unentschiedenen am höchsten war. Im Vergleich dazu zeigte sich, dass die Zahnärzte mit einer Berufserfahrung zwischen 16 und 25 Jahren dieses Modell mit 60,7% am meisten ablehnten und mit 16,8% am wenigsten zustimmten. Die Gruppe der Zahnärzte mit mehr als 26 Jahren Berufserfahrung lehnte mit 55,8% das paternalistische Modell übermäßig ab, allerdings stimmten diesem auch wieder 23,1% zu, der Anteil der Unentschiedenen war in dieser Gruppe am geringsten. Diese Verteilung der Antworten in Abhängigkeit von der Praxiserfahrung war mit $p<0,0001$ statistisch signifikant. Bezüglich des Klient-Dienstleister-Modells gab es mit $p=0,579$ keinen statistisch signifikanten Zusammenhang. Allerdings lehnte wieder die Gruppe der Zahnärzte mit einer Praxiserfahrung zwischen 16 und 25 Jahren diese Aussage mehr ab als die Zahnärzte der anderen Gruppen und

erneut befanden sich prozentual mit 32,5% der größte Teil der Unentschiedenen in der Gruppe mit einer Berufserfahrung mit maximal 15 Jahren.

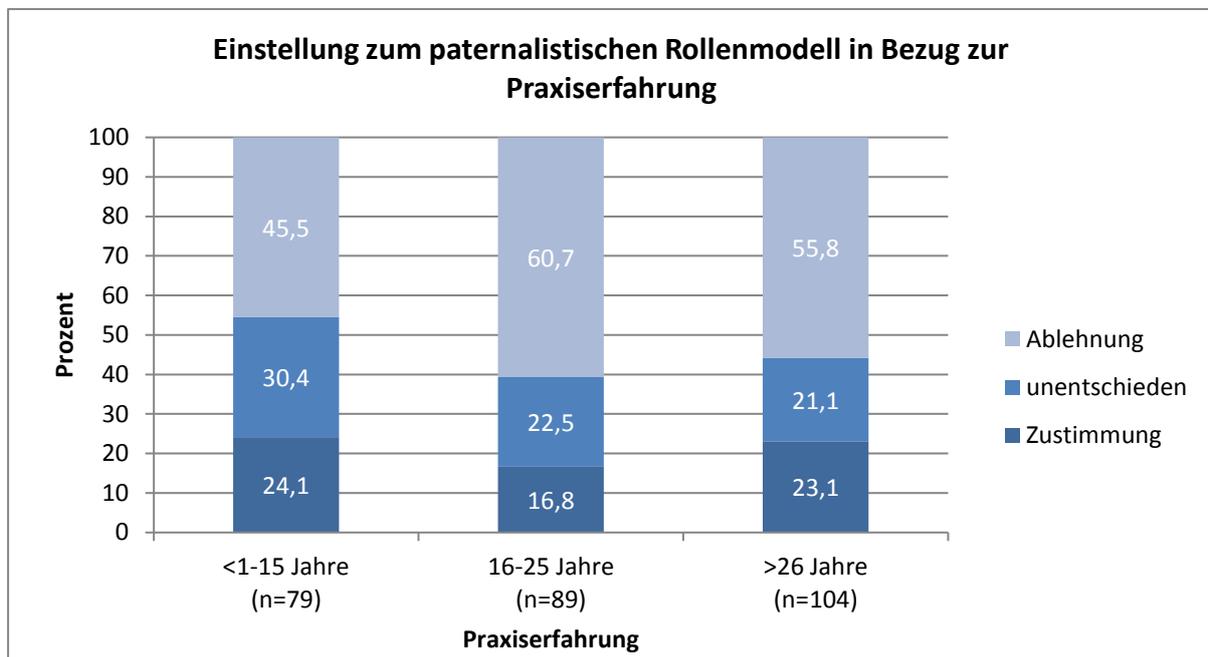


Abbildung 4: Verteilung der Antworten zum paternalistischen Rollenmodell in Bezug zur Praxiserfahrung

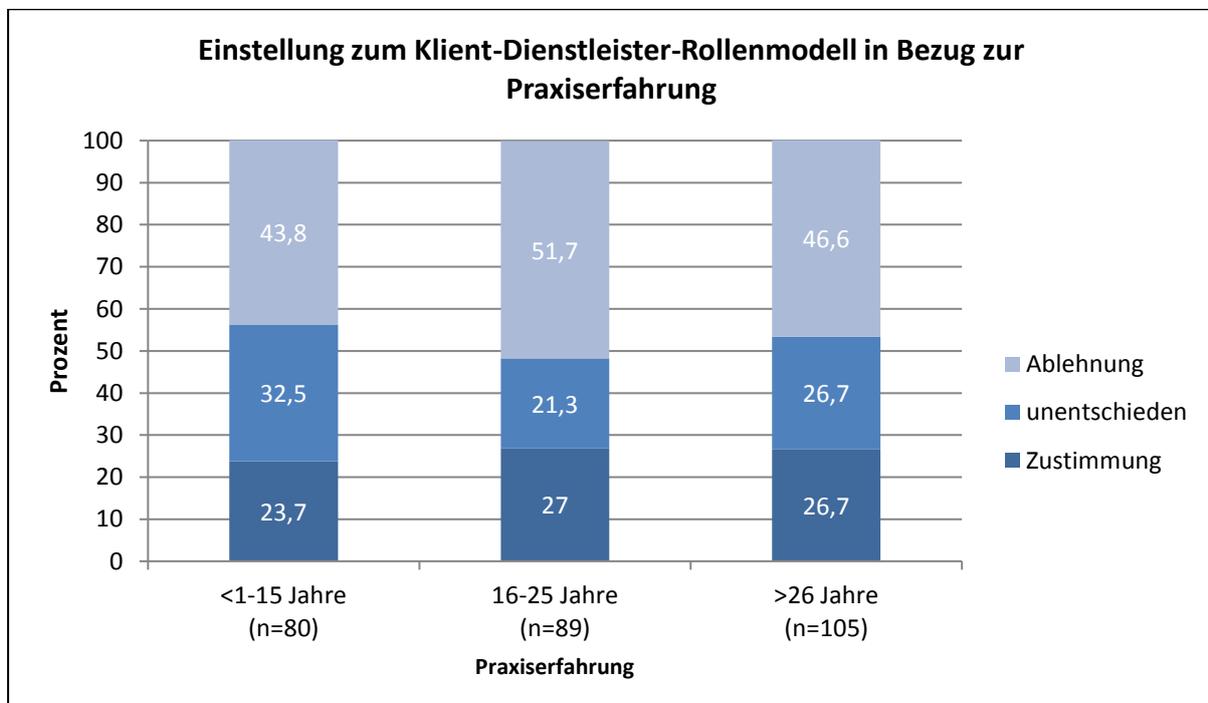


Abbildung 5: Verteilung der Antworten zum Klient-Dienstleister-Rollenmodell in Bezug zur Praxiserfahrung

4.4 Umgang mit HIV-positiven Patienten

In diesem Abschnitt wurden die Teilnehmenden zu folgender Kasuistik befragt: „Eine langjährige Patientin kommt zu Ihnen zur halbjährlichen Untersuchung in die Praxis. Sie ist in Begleitung ihres neuen Freundes und bittet Sie, ihn auch noch zu untersuchen, da er momentan keinen Hausarzt hat. Bei der Durchsicht des Anamnesebogens des Freundes sehen Sie, dass er angibt HIV-positiv zu sein. Auf Nachfrage, ob seine Freundin und Ihre Patientin davon weiß, beruft er sich auf Ihre ärztliche Schweigepflicht und möchte, dass Sie ihr es nicht mitteilen.“

Der Aussage, dass es generell geboten ist die Schweigepflicht zu wahren, stimmten 76,0% der Befragten zu (u=8,7%, Abl=10,1%, f=5,2%). 41,0% stimmten auch der Aussage zu, dass es im Allgemeinen ethisch vertretbar wäre, die Schweigepflicht zu verletzen, sofern die körperliche und/oder geistige Gesundheit eines Patienten oder Dritter gefährdet ist (u=15,6%, Abl=29,9%, f=13,5%). Dass die Schweigepflicht in diesem Fall verletzt werden darf, stimmten nur 28,5% zu (u=14,6%, Abl=37,8%, f=19,1%). Lediglich 12,2% hätten die Patientin tatsächlich von der Erkrankung ihres Freundes unterrichtet (u=6,9%, Abl=62,2%, f=18,7%).

Ferner wurden die teilnehmenden Zahnärzte befragt, ob sie HIV-positive Patienten behandeln, solange diese die Fähigkeiten und die technische Ausrüstung des Zahnarztes nicht überschreiten (Zu=86,1%, u=5,9%, Abl=5,6%, f=2,4%). Die Mehrzahl stimmte mit 61,2% der Aussage zu, die frühen Anzeichen einer HIV-Infektion in der Mundhöhle zu kennen (u=22,9%, Abl=10,0%, f=5,9%). Mehrheitlich abgelehnt wurde die Aussage, dass bei der Behandlung von HIV-positiven Patienten keine zusätzlichen Hygienemaßnahmen notwendig seien, die über das normale Maß der Praxishygiene hinausgehen (Zu=24,3%, u=5,9%, Abl=66,3%, f=3,5%). 51,4% der Befragten gaben an, dass HIV-positive oder an Aids erkrankte Patienten in spezialisierten Praxen oder Universitätskliniken besser aufgehoben sind (u=19,8%, Abl=25,7%, f=3,1%).

Durch ein Scoringmodell wurde ermittelt, ob die befragten Zahnärzte Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten aufweisen. 17,7% wiesen Unsicherheiten auf (u=24,3%, nein=58,0%). Dabei waren statistisch signifikante Abhängigkeiten zu finden bei der Bundeslandzugehörigkeit ($p < 0,0001$), dem Wissen über die intraoralen Frühsymptome einer HIV-Infektion ($p = 0,004$), dem Geschlecht ($p = 0,009$), dem Wissen über die Notwendigkeit zusätzlicher Hygienemaßnahmen bei der Behandlung HIV-positiver Patienten ($p = 0,019$) und der Religionszugehörigkeit ($p = 0,047$).

Die Zahnärzte in Sachsen wiesen vermehrt Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten auf (ja=31,0%, u=26,0%, nein=43%, n=100), während dies bei denen aus Sachsen-Anhalt (ja=12,4%, u=24,7%, nein=62,9%, n=89) und Thüringen (ja=9,3%, u=21,6%, nein=69,1%, n=97) geringer war.

Tabelle 3: Kreuztabelle zur Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte zeigen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten“ in Abhängigkeit zum Item „Ich kenne die Frühsymptome einer HIV-Infektion in der Mundhöhle“

		Zahnärzte zeigen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten			
		ja	unentschieden	nein	n
Ich kenne die Frühsymptome einer HIV-Infektion in der Mundhöhle	Zustimmung	13,6%	21,6%	64,8%	176
	Unentschieden	19,7%	30,3%	50%	66
	Ablehnung	31%	17,3%	51,7%	29

Tabelle 3 zeigt den Zusammenhang, dass je mehr die Zahnärzte zustimmten die intraoralen Frühsymptome der HIV-Infektion zu kennen, sie weniger Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten hatten.

Der Anteil der Zahnärztinnen (ja=22,3%, u=26,5%, nein=51,2%, n=166), welche Unsicherheiten aufwiesen war im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen etwa doppelt so hoch (ja=10,9%, u=21,0%, nein=68,1%, n=119).

Tabelle 4: Kreuztabelle zur Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte zeigen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten“ in Abhängigkeit zum Item „Die zahnärztliche Behandlung von HIV-positiven Patienten erfordert keine Hygienemaßnahmen, die über das normale Maß der Praxishygiene hinausgehen“

		Zahnärzte zeigen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten			
		ja	unentschieden	nein	n
Die zahnärztliche Behandlung von HIV-positiven Patienten erfordert keine Hygienemaßnahmen, die über das normale Maß der Praxishygiene hinausgehen	Zustimmung	4,3%	18,6%	77,1%	70
	Unentschieden	23,5%	29,4%	47,1%	17
	Ablehnung	21,5%	25,1%	53,4%	191

Tabelle 4 zeigt die Abhängigkeit der Unsicherheit von dem Wissen über die Notwendigkeit zusätzlicher Hygienemaßnahmen bei der Behandlung HIV-positiver Patienten. So wiesen diejenigen, die keine zusätzlichen Maßnahmen als Notwendigkeit erachteten, deutlich geringere Unsicherheiten auf, als die, welche es als notwendig erachteten oder unentschieden waren.

Statistisch signifikant war außerdem der Zusammenhang mit der Religionszugehörigkeit. Dabei waren bekenntnislose Zahnärzte (ja=20,3%, u=18,3%, nein=61,4%, n=153) unsicherer im Umgang mit HIV-positiven Patienten als religionszugehörige Zahnärzte (ja=12,7%, u=29,7%, nein=57,6%, n=118), wobei deren Anteil an Unentschiedenen dafür deutlich größer war.

4.5 Verhalten bei Behandlungsfehlern – Umgang mit Kollegen und Patienten

Die Zahnärzte wurden zur folgenden Kasuistik befragt.

„Ein 54-jähriger Mann kommt zu Ihnen als neuer Patient, da er den Zahnarzt in Folge eines Umzugs in eine andere Stadt wechseln möchte. Der Patient ist gut gepflegt und erscheint immer im Anzug. Er hat einige behandlungsbedürftige Zähne im Mund; er habe seine Zähne etwas vernachlässigt. Er berichtet, dass sein alter Zahnarzt den Zahn 36 bereits wurzelbehandelt hat und der Zahn seit einem Monat mit einer Krone versorgt ist, ihm der Zahn jedoch wieder Schmerzen bereitet. Sie untersuchen den Patienten eingehend und fertigen als Übersichtsaufnahme ein OPG an. Mehrere Zähne haben Primär- bzw. Sekundärkaries. Die Krone des Zahnes 36 ist suffizient, der Zahn selbst ist perkussionsempfindlich, desensibel und auf dem Röntgenbild erkennen Sie, dass die distale Wurzel inhomogen gefüllt wurde, die mesiale Wurzel hingegen ungefüllt ist. Sie erkennen hier einen klaren Behandlungsfehler.“

Bei der Einschätzung der Aussagen, welche diese Kasuistik betreffen, waren die Zahnärzte geteilter Meinung. So hätten 26,7% der Zahnärzte den Patienten über den Behandlungsfehler unterrichtet, 20,1% waren unentschieden und 45,9% hätten ihn nicht unterrichtet (f=7,3%). Dabei klärten Männer den Patienten doppelt so häufig auf wie weibliche Behandler, wie in Abbildung 6 zu sehen ist. Dieser Zusammenhang war mit $p=0,012$ statistisch signifikant.

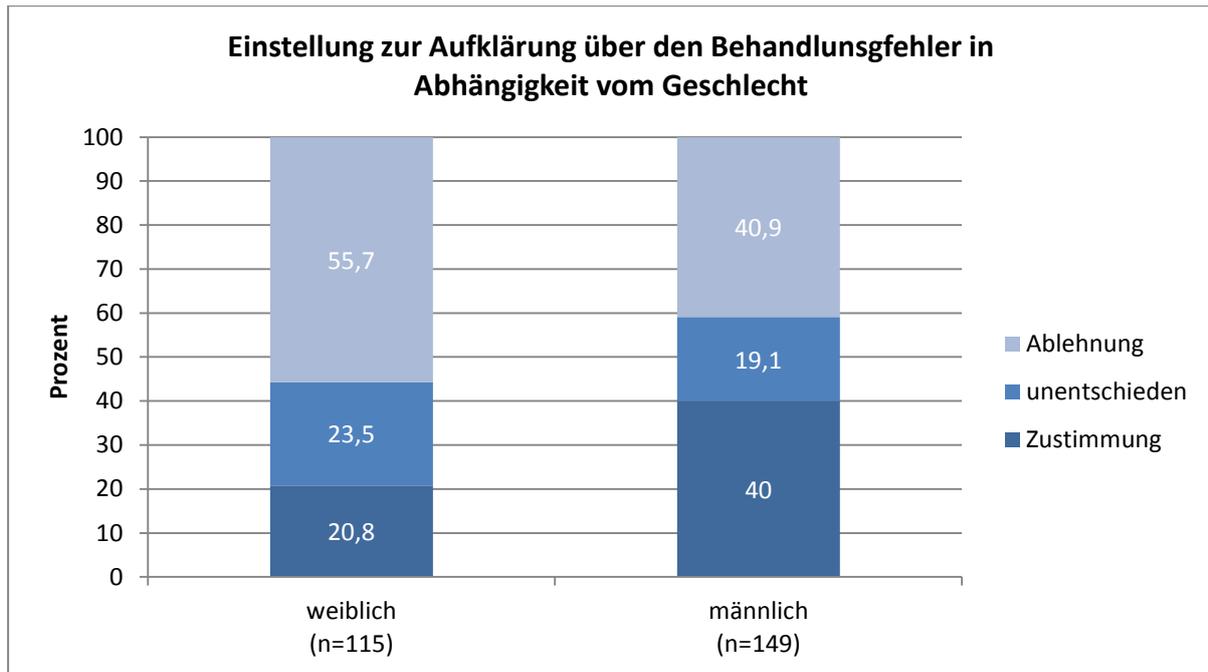


Abbildung 6: Verteilung der Antworten zur Aufklärung bei Behandlungsfehlern zum Geschlecht

Ebenfalls statistisch signifikant war mit $p=0,002$ der Zusammenhang mit der vorhandenen Praxiserfahrung, wie in Tabelle 5 zu sehen. Während der Anteil der befragten Zahnärzte, die den Patienten über den Befund aufklären in Abhängigkeit der Berufserfahrung in der Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung am größten war, so nimmt der Anteil derer, die diesbezüglich unentschieden sind, mit steigender Berufserfahrung ab. Gleichzeitig steigt der Anteil derjenigen, die den Patienten nicht unterrichten an.

Tabelle 5: Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte klären den Patienten über den Behandlungsfehler eines Kollegen auf“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Zahnärzte klären den Patienten über den Behandlungsfehler eines Kollegen auf				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	35,1%	28,6%	36,3%	77
16-25 Jahre Praxiserfahrung	24,4%	24,4%	51,2%	86
>25 Jahre Praxiserfahrung	28,3%	14,1%	57,6%	99

39,2% hätten die erforderliche Behandlung durchgeführt, ohne auf den Fehler des Vorgängers einzugehen ($u=21,5\%$, $Abl=34,4\%$, $f=4,9\%$). Hier zeigte sich ebenfalls eine statistisch signifikante Abhängigkeit von der Praxiserfahrung mit $p=0,005$. Wie Tabelle 6 zeigt, so schweigen die Zahnärzte mit steigender Praxiserfahrung eher über den Fehler des Vorbehandlers als mögliche Ursache für die

Schmerzen des Patienten. Der Anteil der Unentschiedenen ist mit 28,2% in der Gruppe mit der geringsten Praxiserfahrung am höchsten.

Tabelle 6: Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte schweigen bezüglich des Fehlers des Kollegen und beheben ihn“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

	Zahnärzte schweigen bezüglich des Fehlers des Kollegen und beheben ihn			n
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	34,6%	28,2%	37,2%	78
16-25 Jahre Praxiserfahrung	41,4%	20,7%	37,9%	87
>25 Jahre Praxiserfahrung	44,7%	20,4%	34,9%	103

47,6% hätten vor weiteren Maßnahmen versucht, Kontakt zum Vorbehandler aufzunehmen, um ihn auf den Fehler anzusprechen und etwas über eventuelle Umstände zu erfahren, die dazu geführt haben (u=16,0%, Abl=31,6%, f=4,8%). Die Meldung der fehlerhaften Behandlung des Kollegen bzw. der Kollegin bei übergeordneten Institutionen wurde größtenteils mit 84,4% abgelehnt (Zu=1,0%, u=3,1%, f=11,5%). Statistisch signifikante Abhängigkeiten bei den letzten beiden zu beurteilenden Aussagen gab es nicht.

4.6 Verhalten gegenüber Patienten mit fachfremden Erkrankungen

Bezüglich dieses Themas sollten die Zahnärzte zu folgender Kasuistik Aussagen beurteilen.

„Ein 54-jähriger Mann kommt zu Ihnen als neuer Patient, ... Der Patient riecht dieses Mal und auch bei Folgeterminen latent nach Alkohol. In der Anamnese gab er jedoch an, keinen Alkohol zu konsumieren.“

Die Mehrheit der Zahnärzte würde den Patienten auf den Geruch ansprechen und nach der konsumierten Menge fragen. (Zu=54,5%, u=18,4%, Abl=24,3%, f=2,8%). Auch über die Konsequenzen für die Mundhöhle infolge exzessiven Alkoholgenusses würden die befragten Zahnärzte mehrheitlich aufklären (Zu=55,5%, u=18,8%, Abl=20,5%, f=5,2%). Dabei sticht deutlich die Gruppe der Zahnärzte heraus, welche in Praxen mit fünf und mehr Behandlern tätig sind, sie würden zu 90,9% hierüber aufklären (p=0,031), siehe Tabelle 7.

Tabelle 7: Verteilung der Antworten zum Item „Aufklärung über mögliche Auswirkungen von Alkoholabusus für die Mundhöhle bei Verdacht auf Alkoholabusus“ in Abhängigkeit zur Praxisgröße

Aufklärung über mögliche Auswirkungen von Alkoholabusus für die Mundhöhle bei Verdacht auf Alkoholabusus				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Ein behandelnder Zahnarzt	56,3%	22,3%	21,4%	112
2-4 behandelnde Zahnärzte	58,3%	19,7%	22,0%	132
5 und mehr behandelnde Zahnärzte	90,9%	0%	9,1%	11

Eine weitergehende Behandlung der Sucht und psychotherapeutische Unterstützung würden nur 18,1% der Zahnärzte diesem Patienten anraten (u=19,8%, Abl=51%, f=11,1%). Dabei legten aber Zahnärzte, welche sich zu einer Religion bekannten und angaben, diese aktiv auszuüben, dem Patienten diesen Schritt zu 52,4% nahe ($p=0,013$, Tabelle 8).

Tabelle 8: Verteilung der Antworten zum Item „Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung“ in Abhängigkeit zur Religionsausübung

Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Aktive Religionsausübung	52,4%	9,5%	38,1%	21
Gelegentliche Religionsausübung	16,7%	19,0%	64,3%	42
Nicht aktive Religionsausübung	16,6%	25,2%	56,2%	127

Unterschiede ergaben sich auch im Antwortverhalten in Abhängigkeit der Einwohnerzahl des Standortes der Zahnarztpraxis ($p=0,005$). Tabelle 9 zeigt, dass Zahnärzte, die in Städten mit mehr als 500000 Einwohnern tätig sind, sich sehr deutlich positionierten, so stimmten 50% zu und 50% lehnten es ab. Besonders unentschieden mit einem Anteil von 54,5% waren Zahnärzte, welche in Dörfern mit weniger als 1000 Einwohnern tätig sind.

Tabelle 9: Verteilung der Antworten zum Item „Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung“ in Abhängigkeit zur Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes

Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung				
Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1000	9,1%	54,5%	36,4%	11
1000-5000 Einw.	20,8%	24,5%	54,7%	53
5000-50000 Einw.	17,2%	19,2%	63,6%	99
50000-100000 Einw.	17,4%	34,8%	47,8%	23

Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung				
Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
100000-500000 Einw.	19,6%	21,6%	58,8%	51
>500000 Einw.	50,0%	0%	50,0%	18

4.7 Verantwortung für Kollegen und Patienten

Folgende Kasuistik war den zu beurteilenden Aussagen vorangestellt.

„Sie erfahren von der stoffgebundenen Sucht oder der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit eines praktizierenden Kollegen.“

Die Mehrheit der befragten Zahnärzte war der Meinung, dass dieser Kollege seine Tätigkeit vorübergehend beziehungsweise ganz einstellen sollte (Zu = 56,9%, u = 15,6%, Abl = 19,5%, f=8,0%). Die Praxiserfahrung der Befragten zeigte auch hier statistisch signifikante Unterschiede ($p=0,009$), dies ist in Tabelle 10 ersichtlich. Je länger die Berufserfahrung der befragten Zahnärzte war, desto geringer war der Anteil der Unentschiedenen. Die Gruppe derjenigen mit einer Berufserfahrung von maximal 15 Jahren waren mit 66,7% deutlich öfter der Meinung, dass dieser Kollege die Tätigkeit niederlegen sollte und lehnten nur zur Hälfte im Vergleich zu den erfahrenen Kollegen diese Aussage ab (Tabelle 10).

Tabelle 10: Verteilung der Antworten zum Item „Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit vorübergehend bzw. ganz einstellen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit vorübergehend bzw. ganz einstellen				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	66,7%	21,3%	12,0%	75
16-25 Jahre Praxiserfahrung	57,0%	17,4%	25,6%	86
>25 Jahre Praxiserfahrung	61,2%	14,3%	24,5%	98

Auch die Anzahl der behandelnden Zahnärzte einer Praxis hatte hier einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Beantwortung des Items ($p=0,009$). Zahnärzte in Praxen mit 2-4 behandelnden Zahnärzten stimmten am häufigsten zu, dass der Kollege seine Tätigkeit einstellen sollte. Bei 5 und mehr behandelnden Zahnärzten, wurde die Aussage am häufigsten abgelehnt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Verteilung der Antworten zum Item „ Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit vorübergehend bzw. ganz einstellen“ in Abhängigkeit zur Praxisgröße

Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit vorübergehend bzw. ganz einstellen				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Ein behandelnder Zahnarzt	59,2%	19,4%	21,4%	103
2-4 behandelnde Zahnärzte	67,4%	15,6%	17,0%	135
5 und mehr behandelnde Zahnärzte	44,5%	11,1%	44,4%	9

Von einer Meldung des Kollegen bei der Zahnärztekammer wurde eher Abstand genommen (Zu=12,8%, u=14,6%, Abl=54,5%, f=18,1%). Ein persönliches Gespräch mit dem Betreffenden gesucht, um gemeinsam eine Lösung zu finden, hätten 49,6% der Zahnärzte (u=14,6%, Abl=23,6%, f=12,2%). Hierbei gab es Unterschiede im Antwortverhalten in Abhängigkeit von der Aktivität der Religionsausübung wie in Tabelle 12 dargestellt ($p=0,021$). Aktiv religiöse und gelegentlich aktiv religiöse Zahnärzte hätten häufiger das Gespräch gesucht, als nicht aktive. Desweiteren waren Zahnärzte am häufigsten unentschieden, welche keine Religion aktiv ausübten.

Tabelle 12: Verteilung der Antworten zum Item „Es ist umgehend ein persönliches Gespräch mit ihm zu suchen, bei dem man die Situation bespricht, um gemeinsam eine Lösung zu finden“ in Abhängigkeit zur Religionsausübung

Es ist umgehend ein persönliches Gespräch mit ihm zu suchen, bei dem man die Situation bespricht, um gemeinsam eine Lösung zu finden				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Aktive Religionsausübung	71,4%	4,8%	23,8%	21
Gelegentliche Religionsausübung	67,5%	5,0%	27,5%	40
Nicht aktive Religionsausübung	50,4%	20,5%	29,1%	127

4.8 Werbung in der Zahnmedizin

Folgend die Kasuistik für diesen Abschnitt.

„Zahnmedizin ist laut Musterberufsordnung für Zahnärzte kein Gewerbe. Doch ist eine Zahnarztpraxis ein betriebswirtschaftliches Unternehmen, das erfolgreich finanziert werden muss. Ein junger Zahnarzt gründet eine neue Zahnarztpraxis. Um auf sich aufmerksam zu machen, schaltet er in Zeitungen eine Anzeige, die einen halboffenen lächelnden Mund mit gesunden Zähnen zeigt, sowie Behandlungsschwerpunkte, Standort und Öffnungszeiten seiner Praxis enthält.“

Die Aussage, dass Patienten sich die Praxis mit der ansprechendsten Werbung aussuchen, lehnten die meisten der befragten Zahnärzte eher ab, ein großer Anteil war diesbezüglich auch unentschieden (Zu=19,8%, u=32,3%, Abl=40,6%, f=7,3%). Bei diesem Item gab es allerdings einige statistisch signifikante Unterschiede bei der Beantwortung (Tabelle 13). In Abhängigkeit der Praxiserfahrung ($p=0,012$) ergab sich, dass Zahnärzte mit steigender Berufserfahrung diese Aussage eher ablehnten. Zahnärzte mit geringerer Berufserfahrung stimmten dieser Aussage wesentlich häufiger zu, als ihre erfahreneren Kollegen. Der Anteil der Unentschiedenen ist insgesamt relativ hoch. Je nachdem in welchem Bundesland die Zahnärzte tätig waren hatte auch einen Einfluss ($p=0,04$). Zahnärzte, die in Sachsen-Anhalt tätig waren, zeigten sich nur etwa halb so oft unentschieden, wie ihre Kollegen in Thüringen und Sachsen. Durch diese klarere Positionierung lehnten sie diese Aussage fast doppelt so häufig ab, wie ihre Kollegen. Auch die Anzahl der Behandler ergab Unterschiede ($p=0,006$). Zahnärzte in Einzelpraxen lehnten diese Aussage am meisten ab, die Gruppe derer in Praxen mit 2-4 Behandlern stimmte dem am meisten zu und war am wenigsten unentschieden. Ein wenig anders stellte es sich bei der eigentlichen Art der Praxis dar ($p=0,004$). Während Zahnärzte in Praxisausübungsgemeinschaften weniger unentschieden waren gegenüber ihren Kollegen in Einzelpraxen und damit gleichzeitig dieser Aussage sowohl etwas mehr zustimmten als auch ablehnten, verhielten sich die beiden kleineren Gruppen deutlich anders. So waren Zahnärzte aus Universitätszahnkliniken zu einem großen Anteil mit 57,1% unentschieden, der Rest stimmte zu, keiner lehnte diese Aussage ab. Gegenteilig verhielt es sich mit den Aussagen der Zahnärzte die „sonstiges“ ankreuzten. Zwar waren auch sie zu einem großen Teil unentschieden, lehnten diese Aussage aber zu 60,0% ab und keiner von ihnen stimmte zu. Letztlich unterschied sich auch das Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Vorhandensein eines Vertrages mit den gesetzlichen Krankenkassen ($p=0,001$). Zahnärzte, die diesen nicht hatten, stimmten mit 42,3% mehr als doppelt so häufig wie ihre Kollegen mit vorhandenem Vertrag zu. Auch der Anteil der Unentschiedenen war in dieser Gruppe größer.

Tabelle 13: Verteilung der Antworten auf das Item „Werbung für die Zahnarztpraxis führt den Patienten in die Praxis mit der ansprechendsten Werbung“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, Bundeslandzugehörigkeit, Praxisgröße, Ort der Praxisausübung und vertraglichen Bindung

	Werbung für die Zahnarztpraxis führt den Patienten in die Praxis mit der ansprechendsten Werbung			
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	36,0%	33,3%	30,7%	75
16-25 Jahre Praxiserfahrung	15,0%	40,2%	44,8%	87
>25 Jahre Praxiserfahrung	17,2%	32,3%	50,5%	99
Sachsen	20,6%	43,5%	35,9%	92
Sachsen-Anhalt	16,9%	22,9%	60,2%	83
Thüringen	26,7%	37,8%	35,5%	90

Werbung für die Zahnarztpraxis führt den Patienten in die Praxis mit der ansprechendsten Werbung				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Ein behandelnder Zahnarzt	15,7%	36,1%	48,2%	108
2-4 behandelnde Zahnärzte	26,9%	33,1%	40,0%	130
5 und mehr behandelnde Zahnärzte	22,1%	35,3%	42,6%	11
Einzelpraxis	18,9%	37,2%	43,9%	148
Praxisausübungsgemeinschaft	23,6%	30,2%	46,2%	106
Universitätszahnklinik	42,9%	57,1%	0,0%	7
Sonstige Praxisart	0,0%	40,0%	60,0%	5
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung	19,1%	34,3%	46,6%	236
Kein Vertragszahnarzt	42,3%	42,3%	15,4%	26

Genauso wurde die Aussage eher abgelehnt, dass Praxiswerbung den Patienten die Praxis nicht nach anderen relevanten Aspekten aussuchen lässt (Zu=23,6%, u=24,3%, Abl=41,3%, f=10,8%). Auch hier entschieden Zahnärzte in Abhängigkeit von der Praxiserfahrung unterschiedlich ($p=0,27$). Zahnärzte, die zwischen 16 und 25 Jahren Berufserfahrung hatten, stimmten am wenigsten zu. Diejenigen aus der Gruppe mit über 25 Jahren Berufserfahrung stimmten am häufigsten zu (Tabelle 14).

Tabelle 14: Verteilung der Antworten zum Item „Praxiswerbung lässt den Patienten den Zahnarzt nicht nach anderen relevanten Aspekten aussuchen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Praxiswerbung lässt den Patienten den Zahnarzt nicht nach anderen relevanten Aspekten aussuchen				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	27,6%	25,0%	47,4%	76
16-25 Jahre Praxiserfahrung	19,3%	30,1%	50,6%	83
>25 Jahre Praxiserfahrung	32,6%	26,1%	41,3%	92

Fast vollständig stimmten die Zahnärzte zu, dass es legitim ist, bei einer Praxisneugründung, Praxisübernahme oder einem Umzug in Form einer Anzeige darauf hinzuweisen (Zu=94,1%, u=3,1%, Abl=2,1%, f=0,7%). In Abhängigkeit von der Art der Praxis gab es hierbei Unterschiede im Antwortverhalten ($p=0,028$). So waren die Gruppen der Zahnärzte in Einzelpraxen und Praxisausübungsgemeinschaften nahezu gleich im Anteil der Zustimmungen. Dieser Anteil war

hingegen bei den Zahnärzten in Universitätszahnkliniken und sonstigen Praxisarten zwar immer noch überwiegend hoch, aber jeweils geringer gegenüber den anderen Praxisarten (Tabelle 15).

Tabelle 15: Verteilung der Antworten zum Item „Bei einer Praxisneugründung, einer Praxisübernahme oder einem Umzug ist es in Ordnung, in Form einer Anzeige darauf hinzuweisen“ in Abhängigkeit zum Ort der Praxisausübung

	Bei einer Praxisneugründung, einer Praxisübernahme oder einem Umzug ist es in Ordnung, in Form einer Anzeige darauf hinzuweisen			
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Einzelpraxis	95,0%	3,8%	1,2%	160
Praxisausübungsgemeinschaft	95,5%	1,8%	2,7%	112
Universitätszahnklinik	85,7%	0%	14,3%	7
Sonstige Praxisart	83,3%	16,7%	0%	6

Die Mehrheit der Befragten stimmte nicht zu, dass es erlaubt werden sollte, in größerem Umfang für seine Praxis zu werben (Zu=17,4%, u=18,0%, Abl=56,6%, f=8,0%). Auch hier war die Praxiserfahrung ein einflussnehmender Faktor auf die Antwortverteilung ($p=0,002$). Zahnärzte mit maximal 15 Jahren Berufserfahrung stimmten am ehesten zu, dass mehr Werbemaßnahmen erlaubt sein sollten.

Verglichen mit der Gruppe der Zahnärzte mit 16-25 Jahren Berufserfahrung beträgt der Anteil der Zustimmenden fast dreimal so viel und doppelt so viel im Vergleich mit den Zahnärzten mit mehr als 25 Jahren Berufserfahrung. Unterschiede zeigten sich auch in Abhängigkeit von der Religionsausübung ($p=0,016$). Zahnärzte, die aktiv, insbesondere aber die Gruppe derer, die nur gelegentlich aktiv ihre Religion ausübten, lehnten diese Aussage häufiger ab, als Zahnärzte, die keine Religion bzw. ihre Religion nicht aktiv ausübten (Tabelle 16).

Tabelle 16: Verteilung der Antworten zum Item „Es sollte erlaubt werden, in größerem Umfang für seine Praxis zu werben“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und Religionsausübung

	Es sollte erlaubt werden, in größerem Umfang für seine Praxis zu werben			
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	30,8%	17,9%	51,3%	78
16-25 Jahre Praxiserfahrung	10,8%	19,3%	69,9%	83
>25 Jahre Praxiserfahrung	16,2%	21,2%	62,6%	99
Aktive Religionsausübung	18,2%	18,2%	63,6%	22
Gelegentliche Religionsausübung	10,5%	13,2%	76,3%	38
Nicht aktive Religionsausübung	23,0%	25,2%	51,8%	135

4.9 Einfluss finanzieller Aspekte auf den Zahnarzt

In diesem Abschnitt sollten die Zahnärzte den Einfluss von finanziellen Mitteln auf ihre eigene Therapieempfehlung und auf die Qualität der Therapie einschätzen, sowie den Umfang der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

29,2% der Zahnärzte gaben an, dass ihre Therapieempfehlung gegenüber dem Patienten nicht nur von zahnärztlich-wissenschaftlichen Aspekten abhängig ist, sondern auch von betriebswirtschaftlichen (u=18,4%, Abl=50,0%, f=2,4%). Hierbei stimmten vor allem die Gruppe der Zahnärzte mit der geringsten Berufserfahrung zu ($p=0,006$, Tabelle 17). Mit steigender Berufserfahrung sank der Anteil der Unentschiedenen. Der Anteil der Zustimmungen stieg nach 25 Jahren Berufserfahrung im Vergleich zur mittleren Gruppe wieder an. Je mehr Zahnärzte in einer Praxis tätig waren, desto eher wurde dieser Aussage zugestimmt und der Anteil der Unentschiedenen stieg damit ebenfalls an ($p=0,031$).

Tabelle 17: Verteilung der Antworten zum Item „Die Therapieempfehlung des Zahnarztes ist nicht nur von rein zahnärztlich-wissenschaftlichen Aspekten, sondern auch von betriebswirtschaftlichen abhängig.“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und Anzahl der behandelnden Zahnärzte in einer Praxis

Die Therapieempfehlung des Zahnarztes ist nicht nur von rein zahnärztlich-wissenschaftlichen Aspekten, sondern auch von betriebswirtschaftlichen abhängig.				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	N
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	39,2%	26,6%	34,2%	79
16-25 Jahre Praxiserfahrung	23,3%	17,8%	58,9%	90
>25 Jahre Praxiserfahrung	28,3%	14,2%	57,5%	106
Ein behandelnder Zahnarzt	24,2%	13,9%	60,9%	115
2-4 behandelnde Zahnärzte	33,6%	21,2%	45,2%	137
5 und mehr behandelnde Zahnärzte	36,4%	45,4%	18,2%	11

23,6% hielten es nicht für sinnvoll jedem Patienten alle Therapiemöglichkeiten zu offenbaren, wenn er sich diese nicht leisten kann (u=9,0%, Abl=64,9%, f=2,5%). Die Gruppe der Zahnärzte mit einer Berufserfahrung ($p=0,027$) zwischen 16 und 25 Jahren lehnte diese Aussage deutlich häufiger ab, als ihre Kollegen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Verteilung der Antworten zum Item „Es ist nicht sinnvoll, jedem Patienten alle Therapiemöglichkeiten zu offenbaren, wenn er sich diese nicht leisten kann“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Es ist nicht sinnvoll, jedem Patienten alle Therapiemöglichkeiten zu offenbaren, wenn er sich diese nicht leisten kann				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	N
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	25,3%	11,4%	63,3%	79
16-25 Jahre Praxiserfahrung	18,9%	5,5%	75,6%	90
>25 Jahre Praxiserfahrung	26,4%	11,3%	62,3%	106

Die Zahnärzte waren der Meinung, dass die Qualität der Behandlung hinsichtlich der Verwendung hochwertigerer Materialien und Techniken mit der Finanzkraft des Patienten zusammenhängt (Zu=72,2%, u=16,3%, Abl=11,1%, f=0,4%). So fühlten sie sich mehrheitlich auch durch die gesetzliche Krankenkasse beschränkt in ihren Möglichkeiten (Zu=67,0%, u=14,9%, Abl=17,4%, f=0,7%). Während der Anteil der Zustimmungen sich nicht in Abhängigkeit davon unterschied Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu sein, war jedoch der Anteil der Unentschiedenen bei den Nichtvertragszahnärzten deutlich geringer und damit der Anteil der Ablehnenden höher ($p=0,033$; Tabelle 19). Zahnärzte, die keine Religion aktiv ausübten, stimmten dieser Aussage deutlich häufiger zu als Zahnärzte, die dies aktiv oder gelegentlich aktiv taten ($p=0,035$, Tabelle 19).

Tabelle 19: Verteilung der Antworten zum Item „Die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt den Zahnarzt durch zu wenig abrechenbare bzw. zu gering bezuschusste Leistungen in seinen Möglichkeiten“ in Abhängigkeit zur vertraglichen Bindung und Religionsausübung

Die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt den Zahnarzt durch zu wenig abrechenbare bzw. zu gering bezuschusste Leistungen in seinen Möglichkeiten				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung	67,6%	16,2%	16,2%	253
Kein Vertragszahnarzt	66,7%	7,4%	25,9%	27
Aktive Religionsausübung	56,0%	16,0%	28,0%	25
Gelegentliche Religionsausübung	57,1%	16,7%	26,2%	42
Nicht aktive Religionsausübung	71,5%	14,6%	13,9%	144

Sie empfanden aber zu 58,0% die Versorgung, die unsere Solidargemeinschaft bietet, als ausreichend (u=19,5%, Abl=20,8%, f=1,7%). Dabei stimmten dem gerade Zahnärzte mit einer geringen Praxiserfahrung deutlich weniger oft zu ($p=0,042$). So verhielt es sich auch bei den Zahnärzten, welche nicht Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenkasse waren ($p=0,008$). Sie lehnten mehr als doppelt so häufig diese Aussage ab, verglichen mit Vertragszahnärzten bei der gesetzlichen

Krankenversicherung. Männliche Zahnärzte positionierten sich im Vergleich mit weiblichen bezüglich dieser Aussage klarer, sie stimmten öfter zu und lehnten die Aussage weniger ab ($p=0,037$, Tabelle 20).

Tabelle 20: Verteilung der Antworten zum Item „Die Versorgung, die unsere Solidargemeinschaft bietet, ist ausreichend“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, vertraglichen Bindung und Geschlecht

Die Versorgung, die unsere Solidargemeinschaft bietet, ist ausreichend				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	46,8%	19,0%	34,2%	79
16-25 Jahre Praxiserfahrung	66,3%	20,2%	13,5%	89
>25 Jahre Praxiserfahrung	61,5%	19,3%	19,2%	109
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung				
Kein Vertragszahnarzt	62,2%	19,1%	18,7%	251
Kein Vertragszahnarzt	34,6%	23,1%	42,3%	26
Weiblich	51,9%	22,8%	25,3%	162
Männlich	68,6%	15,3%	16,1%	118

Ebenso stimmten sie mehrheitlich der Aussage zu, dass Patienten, die eine höherwertige Versorgung wünschen, die Zusatzkosten tragen müssen ($Zu=90,9\%$, $u=6,6\%$, $Abl=2,4\%$). In Abhängigkeit der Praxiserfahrung zeigte sich, dass die Gruppe der Zahnärzte mit einer geringeren Praxiserfahrung etwas weniger zustimmten, sie waren häufiger als ihre erfahrenen Kollegen unentschieden ($p=0,002$; Tabelle 21). Auch die Zahnärzte, welche keine Vertragszahnärzte bei den gesetzlichen Krankenkassen waren, stimmten weniger häufig zu und waren häufiger unentschieden ($p=0,011$).

Tabelle 21: Verteilung der Antworten zum Item „Wenn der Patient eine höherwertige Versorgung wünscht, muss er selbstverständlich die Zusatzkosten der Behandlung tragen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und vertraglichen Bindung

Wenn der Patient eine höherwertige Versorgung wünscht, muss er selbstverständlich die Zusatzkosten der Behandlung tragen				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	83,8%	15,0%	1,2%	80
16-25 Jahre Praxiserfahrung	94,5%	2,2%	3,3%	91
>25 Jahre Praxiserfahrung	92,8%	4,5%	2,7%	111
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung				
Kein Vertragszahnarzt	92,5%	5,1%	2,4%	255
Kein Vertragszahnarzt	74,1%	22,2%	3,7%	27

Der Aussage, dass Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen in der Zahnarztpraxis in Ordnung seien, stimmten 78,8% zu ($u=12,5\%$, $Abl=6,6\%$, $f=2,1\%$). Mit einem etwas verkleinerten Anteil an Zustimmungen verhielt es sich zu der Aussage, ob Vergünstigungen oder Ratenzahlungen tatsächlich in der eigenen Praxis Anwendung finden ($Zu=73,9\%$, $u=12,5\%$, $Abl=10,8\%$, $f=2,8\%$). Bei diesem Fragenkomplex gab es einige Abweichungen im Antwortverhalten in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren (Tabelle 22). Zahnärzte mit einer Berufserfahrung von mehr als 25 Jahren fanden Ratenzahlungen oder individuelle Vergünstigungen am wenigsten in Ordnung ($p=0,016$). Bei noch weniger Zahnärzten dieser Gruppe fanden solche Dinge Anwendung ($p=0,013$). Bezüglich beider Aussagen war auch bei den erfahrensten Zahnärzten relativ zu den anderen Gruppen der Anteil der Unentschiedenen am höchsten. Etwas häufiger fanden Vertragszahnärzte der gesetzlichen Krankenkassen solche Systeme in Ordnung als solche, die es nicht waren ($p=0,006$). Während sich bezüglich der Frage, ob diese Systeme in ihrer Praxis Anwendung finden, die Antwort bei den Vertragszahnärzten nicht wesentlich änderte, so sank der Anteil der Zustimmungen bei den Zahnärzten ohne Kassenvertrag deutlich ($p=0,001$). Besonders häufig fanden Zahnärzte aus Praxen mit 2 bis 4 Behandlern dies in Ordnung. Am wenigsten Zahnärzte aus Praxen mit 5 und mehr Behandlern ($p<0,0001$). Bei der Frage der Anwendung sank der Anteil der Zustimmungen besonders deutlich in der Gruppe von Zahnärzten aus Praxen mit mehr als 5 Behandlern. Sie lehnten diese Aussage sogar mit 57,2% vermehrt ab. Der Anteil der Zustimmungen in den anderen beiden Gruppen sank dagegen nur im geringen Maß ($p<0,0001$). Bei der Betrachtung der Art der Praxis fiel auf, dass besonders in sonstigen Praxisarten der Anteil der Zustimmenden, die Ratenzahlungen und individuelle Vergünstigungen in Ordnung fanden, am höchsten war, gefolgt von Praxisausübungsgemeinschaften und Einzelpraxen. Zahnärzte in Universitätszahnkliniken stimmten dem deutlich weniger zu ($p<0,0001$). Dies war auch bei der Frage nach der Anwendung solcher Systeme zu beobachten. In sonstigen Praxisarten und Praxisausübungsgemeinschaften fanden solche Systeme am häufigsten Anwendung, dicht gefolgt von den Einzelpraxen. In Universitätszahnkliniken jedoch nicht, alle dort tätigen Zahnärzte lehnten diese Aussage ab ($p<0,0001$). Es ergaben sich noch weitere statistisch signifikante Zusammenhänge, jedoch diesmal nicht für beide Frageitems, weshalb nur jeweils eine Seite der folgenden Tabelle mit Werten versehen ist. So fanden Zahnärzte die eine Religion aktiv ausübten solche Systeme häufiger in Ordnung. Der Anteil der Zustimmungen war in der Gruppe mit gelegentlicher bzw. nicht aktiver Religionsausübung sehr ähnlich, jedoch war bei den gelegentlich religiös aktiven Zahnärzten der Rest unentschieden und keiner lehnte die Aussage ab. Bei den nicht aktiven verteilte sich der Rest auf unentschiedener und ablehnender Haltung ($p=0,015$). Bei Zahnärzten aus Sachsen-Anhalt fanden am häufigsten Ratenzahlungen und individuelle Vergünstigungen in der Praxis statt, gefolgt von Thüringen und Sachsen ($p=0,013$). Zahnärzte, die Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

waren und Oralchirurgen positionierten sich bei dieser Frage sehr klar. So fanden auch bei ihnen zu 62,5% solche Systeme in der Praxis statt, aber die Aussage wurde auch zu 37,5% abgelehnt ($p=0,001$).

Tabelle 22: Verteilung der Antworten zum Item „Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen in der Zahnarztpraxis...“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, vertraglichen Bindung, Praxisgröße, Ort der Praxisausübung, Religionsausübung, Bundeslandzugehörigkeit und Fachkompetenz.

Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen in der Zahnarztpraxis...								
	...sind in Ordnung.				...finden in meiner Praxis Anwendung.			
	Zu.	U.	Abl.	n	Zu.	U.	Abl.	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	84,8%	12,7%	2,5%	79	80,0%	5,3%	14,7%	75
16-25 Jahre Praxiserfahrung	85,4%	7,9%	6,7%	89	83,3%	10,0%	6,7%	90
>25 Jahre Praxiserfahrung	74,1%	16,7%	9,2%	108	69,7%	19,3%	11,0%	109
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung								
Kein Vertragszahnarzt	81,1%	12,9%	6,0%	249	77,7%	13,5%	8,8%	251
Kein Vertragszahnarzt	77,8%	7,4%	14,8%	27	54,2%	8,3%	37,5%	24
Ein behandelnder Zahnarzt								
2-4 behandelnde Zahnärzte	74,3%	15,1%	10,6%	113	69,9%	17,2%	12,9%	116
5 und mehr behandelnde Zahnärzte	85,7%	11,4%	2,9%	140	82,7%	10,1%	7,2%	139
5 und mehr behandelnde Zahnärzte	63,6%	18,2%	18,2%	11	42,9%	0%	57,1%	7
Einzelpraxis								
Praxisausübungsgemeinschaft	77,4%	13,6%	9,0%	155	74,9%	13,8%	11,3%	159
Universitätszahnklinik	84,9%	12,4%	2,7%	113	80,2%	11,7%	8,1%	111
Sonstige Praxisart	57,1%	14,3%	28,6%	7	0,0%	0,0%	100%	4
Sonstige Praxisart	100%	0,0%	0,0%	6	80,0%	20,0%	0,0%	5
Aktive Religionsausübung								
Gelegentliche Religionsausübung	95,8%	4,2%	0,0%	24	Kein signifikantes Ergebnis			
Nicht aktive Religionsausübung	79,5%	20,5%	0,0%	44				
Nicht aktive Religionsausübung	80,5%	9,4%	10,1%	139				
Sachsen								
Sachsen-Anhalt	Kein signifikantes Ergebnis				73,5%	14,3%	12,3%	98
Thüringen					79,6%	12,5%	7,9%	88
Thüringen					77,2%	10,9%	11,9%	92
MKG-Chirurg bzw. Oralchirurg								
Kein Chirurg	Kein signifikantes Ergebnis				62,5%	0,0%	37,5%	8
Kein Chirurg					76,5%	13,2%	10,3%	272

85,4% der Zahnärzte stimmten der Aussage zu, dass jeder Mensch primär selbst für seine Gesundheit verantwortlich ist ($u=11,8\%$, $Abl=2,8\%$). Mit zunehmender Praxiserfahrung stimmten die befragten Zahnärzte dieser Aussage eher zu und waren weniger unentschieden ($p=0,027$, Tabelle 23).

Zahnärzte aus Thüringen stimmten hierbei am häufigsten zu, gefolgt von denen aus Sachsen und Sachsen-Anhalt, der Anteil der Unentschiedenen war in Thüringen auch deutlich geringer als in den beiden anderen Bundesländern ($p=0,036$, Tabelle 23).

Tabelle 23: Verteilung der Antworten zum Item „Jeder Mensch ist für seine Gesundheit primär selbstverantwortlich“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und Bundeslandzugehörigkeit

Jeder Mensch ist für seine Gesundheit primär selbstverantwortlich				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	83,8%	15,0%	1,2%	80
16-25 Jahre Praxiserfahrung	83,5%	11,0%	5,5%	91
>25 Jahre Praxiserfahrung	88,3%	9,9%	1,8%	111
<hr/>				
Sachsen	86,0%	13,0%	1,0%	100
Sachsen-Anhalt	80,9%	16,9%	2,2%	89
Thüringen	88,6%	6,2%	5,2%	97

Ferner stimmten sie zu 63,6% zu, dass Patienten, deren zahnmedizinischen Probleme selbstinduziert sind (z.B. durch schlechte Mundhygiene, Nikotin- und Alkoholabusus), mehr an den Behandlungskosten beteiligt werden sollten ($u=17,4\%$, $Abl=17,3\%$, $f=1,7\%$). Dabei stimmten dieser Aussage vermehrt Berufsanfänger zu. Mit steigender Praxiserfahrung wurde diese Aussage häufiger abgelehnt ($p=0,011$, Tabelle 24).

Tabelle 24: Verteilung der Antworten zum Item „Patienten deren zahnmedizinischen Probleme selbstinduziert sind (z.B. schlechte Mundhygiene, Nikotin- und Alkoholabusus) sollten mehr an den Behandlungskosten beteiligt werden“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Patienten deren zahnmedizinischen Probleme selbstinduziert sind (z.B. schlechte Mundhygiene, Nikotin- und Alkoholabusus) sollten mehr an den Behandlungskosten beteiligt werden				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	70,0%	17,5%	12,5%	80
16-25 Jahre Praxiserfahrung	62,2%	18,9%	18,9%	90
>25 Jahre Praxiserfahrung	63,5%	15,9%	20,6%	107

4.10 Zahnmedizinische Behandlungen ohne medizinische Indikation auf Wunsch des Patienten

Den Fragen vorangestellt war folgende Aussage.

„Ästhetik in der Zahnheilkunde ist ein allgegenwärtiges Thema von Lehre, Fortbildung und Forschung. Jeder Zahnarzt strebt bei seiner Arbeit nach ästhetischem Aussehen. Als Zahnarzt behandelt man einen Patienten abhängig von einer medizinischen Indikation. Doch was ist zu tun, wenn nur der Wunsch des Patienten die Behandlung bestimmt und keine Indikation vorliegt.“

65,9% der Zahnärzte gaben an, dass sie ästhetische Zahnheilkunde betreiben ($u=21,9\%$, $Abl=9,4\%$, $f=2,8\%$). Eine zertifizierte Qualifikation als Spezialist im Bereich Ästhetik in der Zahnheilkunde wiesen 4,2% auf. Die Zahnärzte stimmten mehrheitlich mit 73,3% zu, dass das Patienteninteresse durch die Medialisierung von Schönheitsidealen erhöht wird ($u=16,3\%$, $Abl=6,2\%$, $f=4,2\%$). Frauen stimmten hier häufiger zu als Männer, der Anteil der Unentschiedenen war ähnlich. Im Vergleich zu den Frauen lehnten Männer diese Aussage mehr als dreimal so häufig ab ($p=0,025$, Tabelle 25).

Tabelle 25: Verteilung der Antworten zum Item „Durch die Medialisierung von Schönheitsidealen (z.B. Attraktivitätsforschung, „Smilestyle“ der Prominenten oder TV-Sendungen wie „Extrem schön - Endlich ein neues Leben“) wird das Patienteninteresse an Zahnästhetik erhöht“ in Abhängigkeit zum Geschlecht

Durch die Medialisierung von Schönheitsidealen (z.B. Attraktivitätsforschung, „Smilestyle“ der Prominenten oder TV-Sendungen wie „Extrem schön - Endlich ein neues Leben“) wird das Patienteninteresse an Zahnästhetik erhöht				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Weiblich	81,5%	15,3%	3,2%	157
Männlich	70,7%	18,1%	11,2%	116

Die befragten Zahnärzte waren mehrheitlich mit 76,1% der Meinung, dass Zahngesundheit mit gesteigertem Lebenserfolg verknüpft ist ($u=16,3\%$, $Abl=5,2\%$, $f=2,4\%$). Der Aussage, dass die Spezialisierung auf Ästhetik in der Zahnheilkunde auch als Spezialisierung auf Zahnkosmetik (in Zusammenhang mit medizinisch nicht indizierten Eingriffen) bezeichnet werden kann, stimmten 51,8% zu ($u=10,4\%$, $Abl=22,9\%$, $f=14,9\%$). Gerade Zahnärzte mit wenig Berufserfahrung waren hier vermehrt unentschieden, sie lehnten diese Aussage auch weniger häufig ab, als ihre erfahrenen Kollegen. Zahnärzte zwischen 16 und 25 Jahren Berufserfahrung waren am wenigsten unentschieden und lehnten diese Aussage am häufigsten ab ($p<0,0001$). Auffällig war auch, dass Zahnärzte, die nicht vertraglich an die gesetzlichen Krankenkassen gebunden sind, dieser Aussage deutlich weniger häufig zustimmten ($p=0,009$). In Abhängigkeit von der Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes ($p=0,033$; Tabelle 26) ergab es sich, dass Zahnärzte in Städten sowohl mit weniger als 1000 Einwohnern als auch mit mehr als 500000 Einwohnern diese Aussage deutlich öfter ablehnten. Während sich der

Anteil der Zustimmenden in den anderen Kategorien ähnelte, waren Zahnärzte in Städten mit 1000 bis 50000 Einwohnern nur halb so oft unentschieden wie ihre Kollegen in Städten mit 50000 bis 500000 Einwohnern. Dementsprechend war der Anteil der Ablehnenden höher (Tabelle 26).

Tabelle 26: Verteilung der Antworten zum Item „Die Spezialisierung auf Ästhetik in der Zahnmedizin (in Zusammenhang mit medizinisch nicht indizierten Eingriffen) könnte man auch als Spezialisierung auf Zahnkosmetik bezeichnen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, vertraglichen Bindung und Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes

Die Spezialisierung auf Ästhetik in der Zahnmedizin (in Zusammenhang mit medizinisch nicht indizierten Eingriffen) könnte man auch als Spezialisierung auf Zahnkosmetik bezeichnen				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	59,4%	17,6%	23,0%	74
16-25 Jahre Praxiserfahrung	62,2%	6,7%	31,1%	74
>25 Jahre Praxiserfahrung	63,0%	10,0%	25,0%	92
Vertragszahnarzt bei der gesetzlichen Krankenversicherung				
Kein Vertragszahnarzt	63,0%	10,6%	26,4%	216
Kein Vertragszahnarzt	41,6%	25,0%	33,4%	24
Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes				
<1000	50,0%	0%	50,0%	10
1000-5000 Einw.	62,5%	10,7%	26,8%	56
5000-50000 Einw.	63,2%	9,2%	27,6%	98
50000-100000 Einw.	57,9%	21,0%	21,1%	19
100000-500000 Einw.	62,3%	22,2%	15,5%	45
>500000 Einw.	43,8%	6,2%	50,0%	16

Der Aussage, dass die irreversible invasive Behandlung gesunder Zähne nur auf Wunsch des Patienten ohne medizinische Indikation zu einem ethischen Konflikt führt, stimmten die befragten Zahnärzte fast vollständig zu (Zu=95,1%, u=3,1%, Abl=2,1%, f=0,7%). Mehrheitlich fanden sie es auch in Ordnung Zahnschmuck wie Zahnpiercings oder Zahntattoos in der Praxis anzubieten (Zu=60,4%, u=14,3%, Abl=22,9%, f= 2,4%).

Desweiteren wurden die Zahnärzte speziell zu einem Fall befragt.

„Eine junge Frau mit primär gesundem Gebiss kommt in Ihre Sprechstunde. Sie hat eine leichte Form der Fluorose und stört sich an den weißen Flecken ihrer Frontzähne. Ihr Wunsch ist es, die Zähne für eine ansprechendere Ästhetik überkronen zu lassen. Einerseits ist es möglich, ihr die therapeutischen Maßnahmen aufzuzeigen und sie dann die Entscheidung treffen zu lassen. Andererseits könnten Sie

als Zahnarzt versuchen, die junge Frau davon zu überzeugen, keine invasive Maßnahme an ihren unversehrten Zähnen durchführen zu lassen.“

Für die Mehrheit der Befragten stellte dies einen ethischen Konflikt dar (Zu=73,6%, u=7,6%, Abl=16,7%, f=2,1%). Dabei positionierten sich vor allem die Zahnärzte mit einer Berufserfahrung von mehr als 25 Jahren. Der Anteil der Unentschiedenen war am geringsten und der Anteil der Zustimmungen am höchsten ($p=0,031$, Tabelle 27).

Tabelle 27: Verteilung der Antworten zum Item „Dieses Beispiel stellt einen ethischen Konflikt dar“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Dieses Beispiel stellt einen ethischen Konflikt dar				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	73,8%	11,2%	15,0%	80
16-25 Jahre Praxiserfahrung	71,9%	11,2%	16,9%	89
>25 Jahre Praxiserfahrung	79,4%	2,8%	17,8%	107

20,5% waren der Meinung, dass die Kosten darüber entscheiden werden, wie sich die Patientin entschließt (u=17,4%, Abl=53,1%, f=9,0%). Auch hier ergaben sich Unterschiede in Abhängigkeit der vorhandenen Praxiserfahrung ($p=0,042$, Tabelle 28). Die Zahnärzte mit der geringsten Berufserfahrung lehnten diese Aussage am wenigsten ab, sie waren am häufigsten unentschieden. Die Gruppe der Zahnärzte zwischen 16 und 25 Jahren Berufserfahrung lehnte diese Aussage am häufigsten ab.

Tabelle 28: Verteilung der Antworten zum Item „Die Kosten entscheiden darüber, wie sich die Patientin entscheidet“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Die Kosten entscheiden darüber, wie sich die Patientin entscheidet				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	21,8%	24,4%	53,8%	78
16-25 Jahre Praxiserfahrung	20,2%	16,5%	63,3%	79
>25 Jahre Praxiserfahrung	22,8%	17,8%	59,4%	101

Für 74,0% ist es ein Aufklärungsgespräch mit Bezug auf die Risiken einer invasiven Behandlung, welches über den Entschluss der Patientin entscheidet (u=14,6%, Abl=7,6%, f=3,8%). Während befragte Frauen als auch Männer anteilig nahezu gleich zustimmten, waren die Frauen häufiger unentschieden und die Männer lehnten verglichen mit den Frauen fast doppelt so häufig diese Aussage ab ($p=0,016$, Tabelle 29). Die Gruppe der Zahnärzte, die eine Religion aktiv oder gelegentlich aktiv ausüben, stimmte dieser Aussage häufiger zu als religiös nicht aktive Zahnärzte ($p=0,047$).

Tabelle 29: Verteilung der Antworten zum Item „Ein Aufklärungsgespräch mit Bezug auf die Risiken einer invasiven Behandlung entscheidet über den Entschluss der Patientin“ in Abhängigkeit zum Geschlecht und Religionsausübung

Ein Aufklärungsgespräch mit Bezug auf die Risiken einer invasiven Behandlung entscheidet über den Entschluss der Patientin				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Weiblich	76,1%	18,2%	5,7%	159
Männlich	78,3%	11,3%	10,4%	115
Aktive Religionsausübung	82,6%	13,0%	4,4%	23
Gelegentliche Religionsausübung	79,1%	11,6%	9,3%	43
Nicht aktive Religionsausübung	76,3%	16,5%	7,2%	139

88,2% der Befragten würden versuchen die junge Frau zu überzeugen, keine invasiven Maßnahmen in Anspruch zu nehmen (u=5,9%, Abl=3,5%, f=2,4%). Bei dieser Aussage waren die männlichen Zahnärzte unentschiedener als Zahnärztinnen, so stimmten sie weniger oft zu und lehnten die Aussage häufiger ab (p=0,026, Tabelle 30).

Tabelle 30: Verteilung der Antworten zum Item „Würden Sie versuchen, die junge Frau zu überzeugen, keine invasive Maßnahme in Anspruch zu nehmen?“ in Abhängigkeit zum Geschlecht

Würden Sie versuchen, die junge Frau zu überzeugen, keine invasive Maßnahme in Anspruch zu nehmen?				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
Weiblich	94,5%	3,7%	1,8%	162
Männlich	84,5%	9,5%	6,0%	116

Mit 72,9% würden die Zahnärzte es generell ablehnen einen gesunden Zahn nur aus ästhetischen Zwecken ohne Indikation auf Wunsch des Patienten zu beschleifen (u=11,8%, Abl=13,2%, f=2,1%). 22,6% der Zahnärzte hatten einzig aus ästhetischen Gründen bereits einen funktionell und strukturell intakten Zahn präpariert (u=3,5%, Abl=69,8%, f=4,1%). Unabhängig von der vorhandenen Praxiserfahrung positionierten sich die befragten Zahnärzte hier deutlich, der Anteil der Unentschiedenen war in jeder der einzelnen Gruppen sehr gering. Diejenigen mit einer Berufserfahrung über 25 Jahren hatten allerdings im Vergleich zu ihren jüngeren Kollegen circa 50% öfter solch einen Zahn präpariert (p=0,026, Tabelle 31).

Tabelle 31: Verteilung der Antworten zum Item „Haben Sie schon einmal einen Zahn nur aus ästhetischen Gründen bei funktionell und strukturell intakten Zähnen präpariert?“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung

Haben Sie schon einmal einen Zahn nur aus ästhetischen Gründen bei funktionell und strukturell intakten Zähnen präpariert?				
	Zustimmung	Unentschieden	Ablehnung	n
<1-15 Jahre Praxiserfahrung	20,0%	3,7%	76,3%	80
16-25 Jahre Praxiserfahrung	20,9%	3,5%	75,6%	86
>25 Jahre Praxiserfahrung	29,8%	3,8%	66,4%	104

4.11 Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten

Mittels eines Scoringsystems wurde zuerst versucht zu analysieren, ob Zahnärzte die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten als wichtig erachteten. Für 65,6% war dies wichtig, 28,8% waren unentschieden und für 5,6% war es dies nicht (Abbildung 7).

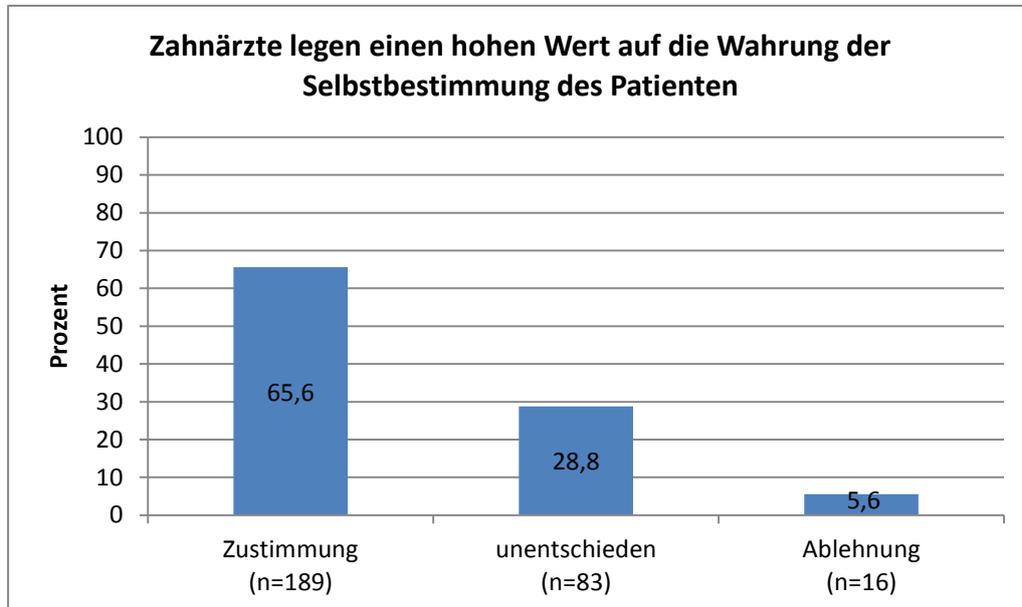


Abbildung 7: Zahnärzte legen einen hohen Wert auf die Selbstbestimmung des Patienten

Dabei zeigten sich statistisch signifikante Abhängigkeiten bei der Anzahl an behandelnden Zahnärzten in einer Praxis ($p=0,006$) und der Art der Praxis ($p=0,046$). Für Zahnärzte in Praxen mit zwei bis vier Behandlern war die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten am häufigsten wichtig (Zu=70,2%, u=27,0%, Abl=2,8%). Ihnen folgten die Zahnärzte in Praxen mit nur einem Behandler (Zu=62,4%, u=32,5%, Abl=5,1%). Für Zahnärzte, die in Praxen mit fünf und mehr Behandlern tätig waren, hatte die Wahrung der Selbstbestimmung zwar weiterhin mehrheitlich einen hohen Stellenwert, jedoch befand sich hier die größte Gruppe derer, bei denen dies nicht der Fall war (Zu=54,5%, u=18,2%, Abl=27,3%). Analog stellte sich die Situation in Abhängigkeit von der Art der Praxis dar. Zahnärzte in Praxisausübungsgemeinschaften (Zu=71,7%, u=26,5%, Abl=1,8%), Einzelpraxen (Zu=62,1%, u=30,4%, Abl=7,5%) oder sonstigen Praxisarten wie z.B. private Kliniken (Zu=66,7%, u=33,3%, Abl=0,0%) erachteten mehrheitlich die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten als wichtig. Der Anteil derer, bei denen dies nicht der Fall war, war gering. Demgegenüber erachteten in Universitätskliniken tätige Zahnärzte diese ebenfalls als wichtig, aber hatten einen deutlich größeren Anteil derer, bei denen dies nicht der Fall war (Zu=42,8%, u=28,6%, Abl=28,6%).

Ebenfalls durch ein Scoringsystem wurden die Aussagen untersucht, in denen sich die Zahnärzte zwischen der Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten einerseits und andererseits der

Erhaltung der Gesundheit des Patienten oder einer anderen Person entscheiden mussten. So gewichteten 55,5% der Zahnärzte die Gesundheit höher als die Selbstbestimmung des Patienten, 29,2% waren diesbezüglich unentschieden und 15,3% gewichteten die Selbstbestimmung höher als die Gesundheit (Abbildung 8).

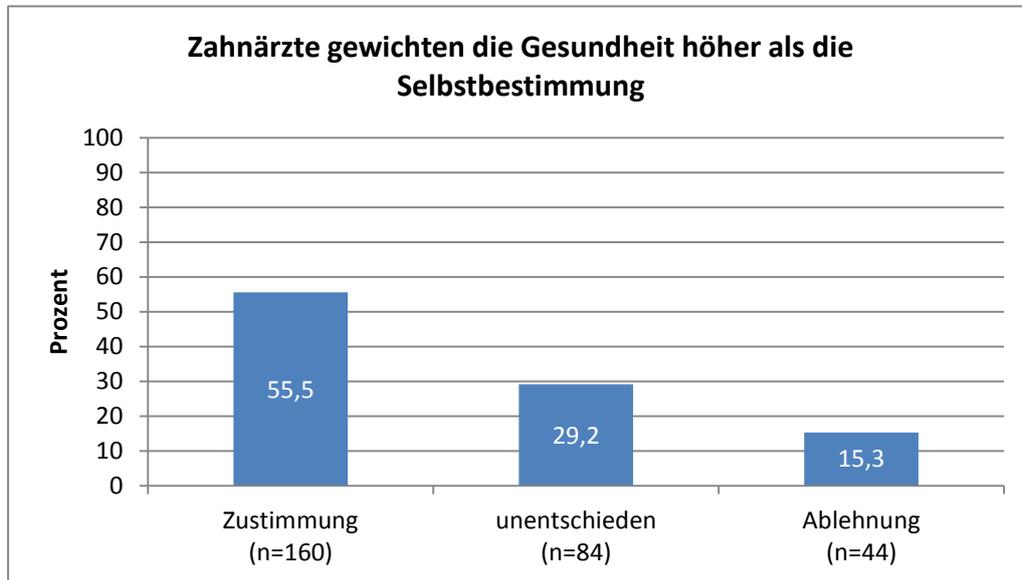


Abbildung 8: Zahnärzte gewichten die Gesundheit höher als die Selbstbestimmung

Eine statistische Abhängigkeit zeigte sich mit einem p -Wert $< 0,0001$ dabei, ob die befragten Zahnärzte die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten als wichtig erachteten oder nicht. Erachteten sie dies als wichtig, so war die Gewichtung der Erhaltung der Gesundheit eines Patienten oder Dritter gegenüber der Selbstbestimmung divers. 39,2% betrachteten die Gesundheit als höheres Gut, 38,6% waren unentschieden und 22,2% entschieden sich für die Selbstbestimmung des Patienten. Anders verhielt es sich bei denen, die unentschieden waren bei der Einschätzung der Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten als wichtig, sowie jenen, die dies als nicht wichtig erachteten. Sie entschieden sich mehrheitlich für die Gesundheit (85,5% bzw. 93,8%), waren zu einem geringen Anteil unentschieden (12,1% bzw. 6,2%) und entschieden sich fast nicht für die Selbstbestimmung (2,4% bzw. 0,0%, Tabelle 32).

Tabelle 32: Kreuztabelle zur Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte legen Wert auf die Wahrung der Selbstbestimmung“ in Abhängigkeit zum Item „Zahnärzte gewichten die Gesundheit höher als die Selbstbestimmung“

		Zahnärzte gewichten die Gesundheit höher als die Selbstbestimmung			
		Zustimmung	unentschieden	Ablehnung	n
Zahnärzte legen Wert auf die Wahrung der Selbstbestimmung	Zustimmung	39,2	38,6%	22,2%	189
	Unentschieden	85,5%	12,1%	2,4%	83
	Ablehnung	93,8%	6,2%	0%	16

5. Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Die Befragung fand in Mitteldeutschland in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen statt. Dadurch war es nicht möglich Rückschlüsse für Gesamtdeutschland oder Vergleiche zwischen den alten und neuen Bundesländern zu ziehen. Ursprünglich geplant wurde die Befragung auch in weiteren Bundesländern. Schlussendlich scheiterte es an fehlender Zusammenarbeit mit den Landeszahnärztekammern und teilweise fehlenden Quellen für eine vollständige Liste der in einem Bundesland tätigen Zahnärzte. Ausgewählt wurde dann Mitteldeutschland, da dies in diesem Teil Deutschlands vollständig möglich war.

Die maschinelle Lesbarkeit der Fragebögen erleichterte die Digitalisierung der Ergebnisse enorm. Es war trotzdem notwendig jeden Fragebogen manuell zu überprüfen, da das Programm bei fehlerhaften Korrekturen der Antwort oder Benutzung von bestimmten Stiften nicht jede angekreuzte Antwort erfassen konnte.

Die Rücklaufquote ist mit 48,5% als sehr hoch zu betrachten. Im Vergleich dazu erzielte eine deutschlandweite Befragung unter Zahnärzten, die 2004/05 durchgeführt wurde, nur einen Rücklauf von 11% (Wottrich, 2010). Eine ähnlich durchgeführte Befragung unter Ärzten in Bayern erzielte einen Rücklauf von 38,0% (Wandrowski et al., 2012).

Es ist nicht auszuschließen, dass das Ergebnis insgesamt durch fehlende Fragebögen verzerrt wird (non-response bias). Dadurch ist auch nicht auszuschließen, dass nur Antworten von besonders interessierten Zahnärzten zurückgesandt wurden (selection bias). Desweiteren könnten Effekte wie die soziale Erwünschtheit (social desirability bias) und Mittelwertorientierung (central tendency bias) zu einer Verzerrung geführt haben. Dem wurde mit einem geeigneten Fragebogendesign und einem Pretest versucht vorzubeugen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Klinische Relevanz der Ethik in der Zahnheilkunde und Kenntnisse der Befragten

Die Befragung zeigte, dass 89,3% der Zahnärzte mindestens einmal im Monat auf eine zahnmedizinische Fragestellung oder einen Problemfall treffen. Demgegenüber steht eine Untersuchung unter Vorbereitungsassistenten, die zu 50,8% angaben, mindestens einmal im Monat darauf zu treffen (Wottrich, 2010). Bricht man das auf ein Jahr mit 220 Arbeitstagen, dementsprechend 44 Wochen herunter, ergibt dies 42,7 Fälle pro Jahr je Zahnarzt. Dies sind nur ungefähr die Hälfte gegenüber den durchschnittlich 82,4 Fällen in der vorliegenden Untersuchung.

Vorbereitungsassistenten sind Zahnärzte in ihren ersten zwei Jahren im Beruf. Eine Möglichkeit diesen Unterschied zu erklären, wäre die noch nicht entwickelte Sensibilität gegenüber zahnmedizinischen Problemfällen. So steigt die Rate des Erkennens von zahnmedizinischen Fragestellungen mit einer erhöhten Sensibilität dafür (Groß, 2013). Dies würde auch den Zusammenhang erklären, dass Zahnärzte, die Ethik als einen wichtigen Teilbereich in der Zahnmedizin sahen, deutlich häufiger auf Fälle mit ethischen Problemen oder Fragestellungen trafen. Das Ergebnis, ob die befragten Zahnärzte über zahnmedizinische Kenntnisse verfügen, ist mit 91,0% sehr hoch ausgefallen. Dabei ist relativierend zu sagen, dass diese Kenntnisse nicht auf alle Aspekte der Ethik in der Zahnheilkunde übertragen werden können. Um die Aussagekraft zu steigern wäre es von Nöten zu überprüfen, welches Werkzeug Zahnärzte zu Hilfe nehmen, um in ethischen Problemfällen zu einer Entscheidung zu kommen und warum sie sich für eine bestimmte Variante entscheiden. Dies könnte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Als Werkzeug könnte dem Zahnarzt die Prinzipienethik dienen, welche vier Werte vorgibt, die es einzuhalten gilt und unter denen im Problemfall sorgfältig abgewogen werden muss, um zu einer reflektierten begründeten Entscheidung kommen zu können (Beauchamp und Childress, 2013). Im Moment ist zu vermuten, dass die Entscheidungen eher nicht das Ergebnis rational begründeter Überlegungen sind. Weshalb die Vermittlung solcher Fähigkeiten und die Sensibilisierung für dieses Gebiet während der universitären Ausbildung besonders wichtig erscheinen, um dem angehenden Praktiker von Beginn an Möglichkeiten zur Entscheidungsfindung an die Hand zu geben (Jacob und Walther, 2018).

5.2.2 Die Zahnarzt-Patient-Beziehung

Die Beziehung zwischen Zahnarzt bzw. Arzt und Patient, früher oft paternalistisch geprägt, ist in der Evolution hin zu einer deutlich stärkeren Einbeziehung des Patienten bei der Therapieauswahl. Besonders die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten rückt dabei viel mehr in den Vordergrund (Chin, 2002; Kaba und Sooriakumaran, 2007; Krones und Richter, 2008). Dies konnten auch die vorliegenden Ergebnisse bestätigen. Demnach stimmten 97,6% der befragten Zahnärzte dem partizipativen Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung zu, bei dem der Zahnarzt als Experte dem Patienten beratend zur Seite steht, um ihn zu einer selbstbestimmten Entscheidung befähigen zu können. Andere bereits durchgeführte empirische Studien in Deutschland zum Patient-Arzt-Verhältnis (Wandrowski et al., 2012) und zur Beziehung zwischen Patient und Pflegenden (Strube et al., 2014) konnten zeigen, dass Ärzte und Pflegende ein partizipatives Modell bevorzugen. So auch klar die hier befragten Zahnärzte. Allerdings war dies nicht das einzige Modell, welches Zustimmung erfuhr. Sowohl dem paternalistischen (Zu=21,2%) als auch dem Klient-Dienstleister-Modell (Zu=26,0%) wurde zugestimmt. Von den 288 teilnehmenden Zahnärzten gab es lediglich 72 Personen, die ausschließlich dem partizipativem Modell zustimmten und die anderen beiden

ablehnten. Alle anderen stimmten einer Kombination aus mehreren Modellen zu. Dies könnte interpretiert werden, dass die befragten Zahnärzte in unterschiedlichen Situationen ein für sich entsprechendes Modell wählen (Schochow und Christel et al., 2016). Dies kann auch durch eine in Norwegen unter 990 Ärzten durchgeführte Befragung bestätigt werden (Falkum und Førde, 2001). Falkum und Førde konnten dabei den Zusammenhang erbringen, dass Ärzte in Laboren, Chirurgen und männliche Ärzte im Allgemeinen gehäuft zu einer paternalistischen Beziehung neigten. Hingegen neigten Ärztinnen, Psychiater und jüngere Ärzte eher zu einer besonderen Achtung der Selbstbestimmung des Patienten. Entgegen des Ergebnisses von Falkum und Førde, dass alteingesessene Zahnärzte eher das paternalistische Modell bevorzugten, taten dies eher die Berufsneulinge. Sie waren die Gruppe mit der häufigsten Zustimmung und dem geringsten Anteil der Ablehnung dieses Modells. Ein signifikanter Unterschied zum Geschlecht oder der Fachrichtung der befragten Zahnärzte ergab sich nicht. Auch hier erscheint es als wichtig, dass gerade den jungen Zahnärzten Richtlinien für ein ethisches Handeln während der universitären Ausbildung vermittelt werden.

5.2.3 Umgang mit HIV-positiven Patienten

Das Fallbeispiel stammt aus dem Lehrbuch für Ethik in der Zahnmedizin (Groß, 2012) und wurde dort ausführlich diskutiert. Zusammen mit der Analyse des Falls, sollen die Ergebnisse eingeordnet werden. Grundlegend war hierbei das Dilemma zwischen der Entscheidung der Einhaltung der Schweigepflicht auf der einen und dem Erhalt der Gesundheit einer weiteren Person, die noch dazu auch Patientin ist, auf der anderen Seite. Ethisch gesehen muss abgewogen werden zwischen einer Verletzung der Schweigepflicht und somit einer Verletzung der Selbstbestimmung eines Patienten und dem Erhalt der Gesundheit eines anderen Patienten im Sinne des Nichtschadensgebotes. Bei der Analyse des Falls wird der Schluss gefasst, dass der Zahnarzt zuerst versuchen sollte, den Mann zu überzeugen es seiner Partnerin selbst zu sagen und im Falle von Uneinsichtigkeit die Patientin zum Schutz ihrer Gesundheit, eines höheren Gutes, aufgeklärt werden muss. Rechtlich gesehen besteht darüber hinaus bei einem solchen Fall sogar eine Offenbarungspflicht (Oberlandesgericht Frankfurt, 1999). Ein Zahnarzt hatte entschieden seine Patientin nicht zu informieren und wurde im Nachhinein von dieser verklagt. Betrachtet man nun die Ergebnisse, sieht man, dass durch die hohe Anzahl an fehlenden Werten die Zahnärzte sehr unsicher waren. Andererseits lässt sich beobachten, dass die Zahnärzte je spezifischer sie nach einer Entscheidung in diesem Fall gefragt wurden, sich eher dahingehend positionierten die Schweigepflicht nicht zu verletzen und die Patientin nicht zu informieren, obwohl sie zuvor mehrheitlich zustimmten, dass die Schweigepflicht bei der Gefährdung der Gesundheit dritter Personen aus ethischer Sicht verletzt werden darf. Insgesamt hatten sie bei der Beurteilung dieses Falles große Schwierigkeiten.

Bei dem zweiten Teil des Fragenkomplexes sollte die Einstellung der Zahnärzte zur Behandlung HIV-positiver Patienten untersucht werden, einer durch gesellschaftliche Stigmata vulnerablen Patientengruppe (Groß, 2012). Sie erfahren Ausgrenzung in Form vom direkten „Weiterreichen“ an Universitätszahnkliniken oder der Vergabe von Terminen nur zum Sprechstundenende hin (DAIG/DAGNÄ, 2010). Als Begründung dafür wird teilweise auf zusätzlich notwendige Hygienemaßnahmen hingewiesen, oft auch mit dem Hinweis auf die Richtlinien (Marcus, 2010). In den Hygienerichtlinien des Robert-Koch-Institutes findet man aber keine zusätzlich notwendigen Maßnahmen bei HIV-positiven Patienten. Ferner muss man bei den Hygienemaßnahmen immer von einem potenziell infektiösen Patienten ausgehen (RKI, 2006). Die Antworten einschränkend muss man allerdings sagen, dass die Richtlinien bei HIV-positiven Patienten im Stadium AIDS erweiterte Hygienemaßnahmen zum Schutz des Patienten vorsehen. So werden bei allen invasiven Eingriffen sterile Verhältnisse empfohlen, dies betrifft auch wasserführende Systeme. Diese Ausrüstung hat nicht jede Praxis. Aber nicht von vornherein sind solche Eingriffe notwendig. 17,7% der befragten Zahnärzte wiesen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten auf. Dies konnte man vor allem auf eine schlechte Kenntnis der intraoralen Frühsymptome von HIV zurückführen und damit verbunden möglicherweise einer generellen Unkenntnis der Erkrankung. Desweiteren waren wie von Marcus vermutet (Marcus und Nassauer, 2010) die Unkenntnis über die erforderlichen Hygienemaßnahmen ein ausschlaggebender Faktor. Bei einer Befragung von US-amerikanischen Zahnmedizinstudenten konnte ebenfalls der Zusammenhang zwischen einem hohen Wissenslevel der Befragten (Übertragungsweg, Infektiösität, notwendige Hygienemaßnahmen, orale Manifestation) und einer damit verbundenen Sicherheit im Umgang mit sowie bei der Behandlung von HIV-positiven Patienten erbracht werden (Seacat und Inglehart, 2003). Die generelle Bereitschaft HIV-positive Patienten zu behandeln ist mit 86,1% als hoch zu betrachten, auch im Vergleich mit bereits durchgeführten Befragungen. Jordanische Zahnärzte zeigten nur eine Bereitschaft von 15% (El-Maaytah et al., 2005). Befragungen in Nigeria zeigten eine Bereitschaft von 58,8% unter Zahnmedizinstudenten (Azodo et al., 2010), eine Bereitschaft von 63,3% unter Zahnmedizinstudenten im vorklinischen Abschnitt (Oboro et al., 2010), eine Bereitschaft unter Zahnärzten von 63,6% (Uti et al., 2008), bzw. 78,4% (Utomi et al., 2008). Zahnmedizinstudenten in Taiwan zeigten eine Bereitschaft von 49% (Hu et al., 2004). US-amerikanische Zahnärzte zeigten eine Bereitschaft von 68% (Bennett et al., 1995), US-amerikanische Studenten zeigten eine Bereitschaft von 62% (Solomon et al., 1991) und englische Zahnmedizinstudenten im letzten Jahr zeigten eine Bereitschaft von 84,3% (Nuttall und Gilbert, 1993). Eine Befragung von zahnärztlichen Lehrkräften in Indien zeigte eine Bereitschaft von 86% HIV-positive Patienten zu behandeln (Oberoi et al., 2014). Es gaben nur 61,2% der Befragten an, frühe Anzeichen einer HIV-Infektion in der Mundhöhle zu kennen. Dies ist im Vergleich zu anderen Studien als gering zu betrachten. So wurden Wissensraten von

Zahnärzten und Zahnmedizinstudenten bezüglich der oralen Manifestation von HIV/AIDS zwischen 70% und über 98% berichtet (Crossley, 2004; Sadeghi und Hakimi, 2009; Fotedar, 2013; Oberoi et al., 2014). Allerdings wurden den Teilnehmern bei diesen Befragungen die Erkrankungen vorgegeben und sie mussten einordnen, ob diese sich bei HIV-positiven Patienten oral manifestieren können. Bei einer solchen Vorgehensweise wäre möglicherweise auch in der vorliegenden Arbeit das Ergebnis der befragten Zahnärzte höher gewesen. Es bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse zeigen, dass es durch Unwissenheit gefördert für die Gruppe der HIV-positiven Patienten vereinzelt auch in Zahnarztpraxen zu Stigmatisierung und Diskriminierung kommen kann. Dies ist genau das Gegenteil zu dem, was Institutionen wie die Bundeszahnärztekammer versuchen zu erreichen (Deutsche AIDS-Hilfe und BZÄK, 2014; Oesterreich, 2014). Durch weitere Fortbildungen im Bereich der Hygiene und Infektiologie kann versucht werden dies zu vermindern.

5.2.4 Verhalten bei Behandlungsfehlern – Umgang mit Kollegen und Patienten

Die hier vorangestellte Kasuistik beschreibt einen Patienten mit Schmerzen, ausgehend von einem Zahn. Dieser wurde fehlerhaft vom vorbehandelnden Zahnarzt therapiert. Diese ungenügende Therapie ist zum Teil Schuld an den Schmerzen des Patienten. Mit den Antworten wurde versucht zu untersuchen, ob die vollständige Aufklärung des Patienten ein höheres Gewicht hat, als den wahrscheinlich sogar unbekanntem Kollegen nicht zu belasten. Einig waren die Zahnärzte sich nur bei der Tatsache, dass sie die nicht richtliniengemäß durchgeführte Behandlung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016) des Kollegen nicht bei übergeordneten Institutionen melden würden (Zu=84,4%). Die Zahnärzte waren bezüglich der Offenlegung des Behandlungsfehlers eher ablehnend, generell bezüglich dieser Fragestellung eher geteilter Meinung. Damit greifen sie zum Erhalt des Vertrauens in die Profession in die Selbstbestimmung des Patienten ein. Allerdings könnte der Grund dafür auch sein, dass die Zahnärzte vermuteten, dass wenn der Patient die Fehler erfährt, sich die Gesundheitssituation und die Symptomatik an dem Zahn noch verschlechtern (Nocebo-Effekt) (Häuser et al., 2012). Den meisten Patienten würde sicherlich aber auffallen, dass die Behandlung an dem jüngst überkronten Zahn nicht sehr erfolgreich verlaufen sein kann. Sollte der Patient sich möglicherweise noch eine Drittmeinung holen, so steht nun vielmehr als zuvor die Gefahr im Raum, dass das in die Profession gesetzte Vertrauen geschädigt ist, als wenn sofort der Befund wahrheitsgemäß mitgeteilt worden wäre. Dies würde noch nachträglich die Zahnarzt-Patient-Beziehung schädigen. So erscheint es unerlässlich den Patienten im Sinne des Informed Consent über den vorliegenden Befund aufzuklären (Oppermann, 2013). Dies kann aber auch auf einer objektiven Ebene ohne Schuldzuweisungen geschehen. So bleibt die Entscheidung des Patienten selbstbestimmt und man selbst bewahrt seine Integrität.

5.2.5 Verhalten gegenüber Patienten mit fachfremden Erkrankungen

Die grundlegende Fragestellung war hier, ob ein Zahnarzt von dem Patienten nicht eingestandene, nicht öffentlich bekannte Erkrankungen ansprechen darf, wenn diese Auswirkungen auf die Gesundheit haben? Dazu zählen z.B. Drogen-, Alkoholabusus oder Magersucht. Die befragten Zahnärzte entschieden sich mehrheitlich dafür den Patienten darauf anzusprechen und über die Konsequenzen für die Mundhöhle aufzuklären. Jedoch lehnten sie es mehrheitlich ab eine weitergehende Therapie der Grunderkrankung zu empfehlen. Während der Hausarzt den Patienten nur bei Beschwerden sieht, kommen die allermeisten Patienten regelmäßig zu Kontrollen zum Zahnarzt (Ritchie, 2012). Die erhöhte Prävalenz von Tumorerkrankungen bei regelmäßig erhöhtem Alkoholkonsum ist belegt (Kwasnicki et al., 2008; IARC, 2012; Bagnardi et al., 2015). Im Sinne der Prävention zur Erhaltung der ganzheitlichen Gesundheit des Patienten (Roked et al., 2012; GDC, 2013) obliegt es dem Zahnarzt, den Patienten über mögliche Folgen von verstärktem Alkoholkonsum aufzuklären und ihm auch gegebenenfalls anzuraten weitergehende Beratung und Betreuung wahrzunehmen. Patienten könnten mit einer solchen Konfrontation empört und mit Unverständnis reagieren. Klare Verhaltensregeln oder Empfehlungen, ab wann man aufklärt und wie man sich in solchen Fällen verhalten soll, gibt es in Deutschland nicht. Nur wenige Patienten werden wie in dem vorliegenden Fallbeispiel alkoholisiert zur Behandlung erscheinen. Die einzige Möglichkeit dies zu erfragen bietet der Anamnesebogen (Roked et al., 2012). Dabei wird dieser und speziell die Frage nach der regelmäßig konsumierten Menge Alkohol oft nicht vollständig ausgefüllt. Gerade Alkoholabhängige geben häufig auch nur eine verringerte Menge an (Roked et al., 2014). Untersuchungen zeigten, dass durch die Veränderung der Fragestellung (Modified single alcohol screening questionnaire, 2017) vermehrt Patienten identifiziert werden konnten, die zum Alkoholmissbrauch neigten (Roked et al., 2014). Das zahnärztliche Behandlungsteam und der Zahnarzt im Speziellen können sich dieser Sache nur mit viel Empathie und Fingerspitzengefühl annähern, um eine dauerhafte Schädigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient zu vermeiden (Daubländer und Kämmerer, 2013). Die Therapie einer stoffgebundenen Sucht kann auch direkt für den zahnmedizinischen Behandlungserfolg sehr wichtig sein. So kann sie auch mit Depressionen vergesellschaftet sein. Die Auswirkungen dieser Kombination können die Gesundheit des Patienten stark beeinflussen, wodurch auch der zahnärztliche therapeutische Erfolg eingeschränkt sein kann. Erwähnt sei ein Fallbeispiel eines Mannes, dem neuer Zahnersatz angefertigt worden war und bei dem sich im Zeitraum von 5 Jahren kein Behandlungserfolg einstellen ließ. Er kehrte wiederholt mit störendem Biss, Spannungsgefühl im Oberkiefer und Schleimhautbrennen in die Praxis zurück, obwohl weder eine physiologische noch technische Ursache für die Beschwerden gefunden werden konnte. Trotz über 150 Terminen innerhalb des Zeitraums von 5 Jahren hatte sich sein Zustand nicht gebessert. Erst während der erfolglosen

Nachbehandlungsversuche kam zum Vorschein, dass er seit Jahren zu Depressionen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch neigte, sowie 2 Jahre vor Behandlungsbeginn Witwer geworden war (Jacob und Dick, 2017). Es kann gefolgert werden, dass ein zum Alkoholmissbrauch neigender Patient im Sinne der Prävention von Alkoholmissbrauch-assoziierten Erkrankungen im Sinne des ganzheitlichen Erhalts der Gesundheit und nicht nur des stomatognathen Systems, über die Risiken, bedingt durch den Alkoholmissbrauch, aufgeklärt werden sollte. Ihm sollte auch Beratung zur weiteren Betreuung angeboten werden (Shepherd et al., 2010; McAuley et al., 2011; Shepherd et al., 2011; Schmidt-Westhausen, 2013).

5.2.6 Verantwortung für Kollegen und Patienten

Im Mittelpunkt stand hier die Meinung der Zahnärzte, ob der Kollege zum Wohle der Patienten seine Tätigkeit beenden oder ruhen lassen sollte. Auch wenn klare Tendenzen erkennbar waren, taten sich die Zahnärzte bei der Entscheidungsfindung schwer und es gab einen hohen Anteil an Unentschiedenen und fehlenden Antworten. Laut Zahnheilkundegesetz (BMJV, 2016b) § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 ist eine der Voraussetzungen zur Erteilung der Approbation als Zahnarzt die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes. Fällt diese weg, kann die Approbation widerrufen werden oder das Ruhen der Approbation angeordnet werden. Rechtlich dürfte der Zahnarzt also seine Tätigkeit nicht mehr ausüben. Aus der ethischen Perspektive ist es unverantwortlich als Zahnarzt bei einer stoffgebundenen Sucht unter Einfluss von Drogen Patienten zu behandeln. Es ist dabei nicht auszuschließen, dass durch eine mögliche kognitive als auch motorische Beeinträchtigung die Behandlung in ihrer Qualität negativ beeinflusst wird und dem Patienten potentiell permanent schaden kann. Dies läuft dem Gebot des Nichtschadens zuwider. Bei der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit, kommt es darauf an, welche es ist und ob diese durch den Zahnarzt bei der Behandlung auf den Patienten übertragen werden kann oder die Infektionskrankheit durch ihre jeweiligen Symptome den Zahnarzt bei der Ausübung seiner Arbeit limitiert. Sowohl durch eine mögliche Ansteckung, als auch durch die Beeinflussung der Qualität kann dem Patienten ein Schaden entstehen. Durch das Bekanntwerden solcher Umstände wird ein Zahnarzt in die Situation gebracht, direkten Einfluss auf das Wohlergehen der Patienten des abhängigen oder infizierten Kollegen zu haben. Intervenierte er nicht, akzeptiert er mögliche negative Konsequenzen für die von diesem Kollegen behandelten Patienten. Dabei ist die Meldung bei der Landesvertretung nur das letzte Mittel. Zuvor sollte versucht werden, den Kollegen dazu zu bewegen, sich seinem Problem zu stellen und fachgerechte Therapie in Anspruch zu nehmen (Williams, 2005; ADA, 2018). Aus Sicht der hier befragten Zahnärzte war dies nicht so deutlich. Nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Zahnärzte (57,0%) stimmte der Notwendigkeit des Ruhens oder dem Beenden der zahnärztlichen Tätigkeit dieses Kollegen zu. Auch hätten nur knapp die Hälfte der befragten Zahnärzte ein

persönliches Gespräch gesucht (Zu=49,7%) und nur 12,8% würden den Kollegen bei der Zahnärztekammer melden. Gründe für diese niedrigen Werte könnte sein, dass Ängste bestehen bezüglich einer möglichen resultierenden Feindseligkeit seitens des konfrontierten oder gemeldeten Kollegen oder gar weiterer Kollegen (Williams, 2005). Weiterhin könnte es auch sein, dass die befragten Zahnärzte die Konsequenzen für den Patienten eher als gering ansehen, möglicherweise bereits aufgrund einer selbsterlebten Sucht ohne Konsequenzen.

5.2.7 Werbung in der Zahnmedizin

Reglementiert wird die zahnärztliche Werbung durch § 21 der Berufsordnungen der einzelnen Bundesländer (BZÄK, 2017), dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (BMJV, 2016a) und dem Heilmittelwerbegesetz (BMJV, 2016c). Speziell die Berufsordnungen untersagen insbesondere eine anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung. Sachangemessene objektive Informationen dürfen dargestellt werden. Rechtlich gesehen beziehen sich nahezu alle Entscheidungen an der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes zum Thema ärztlicher Werbung (BZÄK, 2018): „Das Werbeverbot für Ärzte soll dem Schutz der Bevölkerung dienen, es soll das Vertrauen der Patienten darauf erhalten, dass der Arzt nicht aus Gewinnstreben bestimmte Untersuchungen vornimmt, Behandlungen vorsieht oder Medikamente verordnet (vgl. BVerfGE 71, 162 <174>). Die ärztliche Berufsausübung soll sich nicht an ökonomischen Erfolgskriterien, sondern an medizinischen Notwendigkeiten orientieren. Das Werbeverbot beugt einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufs vor. Werberechtliche Vorschriften in ärztlichen Berufsordnungen hat das Bundesverfassungsgericht daher mit der Maßgabe als verfassungsmäßig angesehen, dass nicht jede, sondern lediglich die berufswidrige Werbung verboten ist (vgl. BVerfGE 85, 248 <257, 260 f.>).“ (BVerfG, 2001)

Die deutliche Mehrheit der Zahnärzte konnte die in der Befragung dargestellte Anzeige als zulässige Werbung identifizieren, sodass ein gewisses Verständnis bezüglich der vorliegenden Gesetzeslage vorausgesetzt werden kann. Überwiegend wurde der Effekt von Werbung als hauptsächlich beeinflussender Faktor bei der Entscheidung eines Patienten, in welcher Zahnarztpraxis er sich behandeln lässt, als nicht maßgebend bewertet. Eine Ausnahme bildeten jedoch deutlich 2 Gruppen von Befragten. Zahnärzte in ihren ersten Berufsjahren und Zahnärzte, die keinen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenversicherungen haben. Beide Gruppen maßen der Werbung bei der Praxiswahl von Patienten eine höhere Bedeutung zu. Insgesamt stimmten 17,4% zu, dass Werbung weniger stark reglementiert werden sollte. Ferner wünschte sich dies gerade die Gruppe der jüngeren Zahnärzte.

5.2.7 Einfluss finanzieller Aspekte auf den Zahnarzt

Den Berufsordnungen nach ist der Beruf des Zahnarztes ein freier Beruf (BZÄK, 2017). Merkmale der Freiberuflichkeit sind unter anderem die Weisungsungebundenheit, die Entscheidungsfreiheit, insbesondere im Hinblick auf Diagnose- und Therapieentscheidung, sie sollen im Interesse des Erhalts und der Wiederherstellung der Gesundheit Einzelner als auch der Allgemeinheit handeln (BFB, 2009; BZÄK et al., 2015). In einer durchgeführten Studie zum Rollenverständnis von Zahnärzten gaben die befragten Zahnärzte an, dass die eigene berufliche Autonomie am meisten eingeschränkt wird durch die Belastung durch Bürokratie und Verwaltung (86%), Dominanz des Systems der Krankenkassen (68%), Beschränkung der Entscheidungsfreiheit über zahnärztliche Leistungen (60%) und Überlagerung zahnärztlichen Denkens und Handelns durch Ökonomie (57%) (Micheelis et al., 2010). Ähnlich eingeschränkt fühlten sich die hier befragten Zahnärzte in ihren Möglichkeiten, im Sinne von zu wenig abrechenbaren Leistungen und zu gering bezuschussten Leistungen durch die Krankenkasse (Zu=67,0%). Demgegenüber gaben sie nur zu 29,2% an, dass ihre Therapieempfehlung auch von betriebswirtschaftlichen Aspekten geleitet wird. Die finanzielle Vergütung des Zahnarztes als Entscheidungsgrundlage für eine Therapieempfehlung sollte, vor dem Hintergrund des Respektes der Selbstbestimmung des Patienten und dem Sinnbild der Freiberuflichkeit als Abgrenzung zum Gewerbe, keine Rolle spielen. Obwohl die Mehrheit der befragten Zahnärzte sich durch die Krankenkasse eingeschränkt fühlte, empfand ebenfalls die Mehrheit die Versorgung als ausreichend. Gleichzeitig gab es für sie den Zusammenhang, dass durch einen erhöhten finanziellen Aufwand seitens des Patienten, die Qualität der empfangenen zahnärztlichen Leistung gesteigert werden kann. Diese Zusatzkosten sollten auch durch den Patienten getragen werden. Um einer breiteren Masse dementsprechend höherwertige zahnärztliche Versorgung zukommen zu lassen, stimmten die Zahnärzte auch mehrheitlich überein, dass Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen in der Zahnarztpraxis legitim sind und Anwendung finden. Kritisch zu sehen, war die Meinung der Zahnärzte (Zu=23,6%), dass es nicht sinnvoll sei jeden Patienten über die Möglichkeiten aufzuklären, die er sich nicht leisten kann. Schließlich wäre dies nur eine vage Vermutung über die tatsächlich verfügbaren finanziellen Mittel des Patienten. Ihn von Beginn an aus einem Verdacht heraus unvollständig aufzuklären, wirkt dem Ziel der Befähigung eines jeden Patienten zu einer selbstbestimmten Entscheidung entgegen. Um die Belastung des Gesundheitswesens zu senken und Kosten zu sparen, beziehungsweise Mittel an anderen Stellen verfügbar zu machen, könnten auch in der Zahnmedizin die Mittel rationiert werden. Als Begründung könnte man sehen, dass grundsätzlich jeder Mensch für seine Gesundheit selbstverantwortlich ist (Zu=85,4%) und bei willentlicher selbstinduzierter Schädigung, z.B. durch eine schlechte Mundhygiene, Nikotin- oder Alkoholabusus die Betroffenen an den Kosten der erforderlichen Behandlung beteiligt werden sollten (Zu=63,6%). Jedoch ist es durchaus schwer zu

sagen, in welchen Fällen so eine Einteilung tatsächlich zutreffen würde, sie gerecht wäre und Patienten nicht diskriminiert.

5.2.9 Zahnmedizinische Behandlungen ohne medizinische Indikation auf Wunsch des Patienten

Vielen zahnärztlichen Behandlungen sind ästhetische Bestrebungen immanent (Neitzke und Oppermann, 2017) und so profitieren Patienten von Techniken zur Steigerung der Ästhetik z.B. im Rahmen herkömmlicher Versorgungen mit Zahnersatz (besonders im Frontzahnbereich) und Füllungen. Dementsprechend ist das Ergebnis, dass 66% der befragten Zahnärzte ästhetische Zahnmedizin betreiben, obwohl nur 4,2% eine zertifizierte Qualifikation für ästhetische Zahnheilkunde aufweisen, als normal zu betrachten. So sind nicht die Verfahren der ästhetischen Zahnheilkunde an sich zu hinterfragen, sondern die medizinisch-therapeutische Handhabung (Groß, 2002). Dabei muss insbesondere die Frage der Indikation für eine ästhetisch gewünschte zahnärztliche Behandlung hinterfragt werden, vor allem ob diese Behandlung tatsächlich einen medizinisch kurativen Ansatz verfolgt oder nur kosmetischer Natur ist (Vollmuth, 2002; Maio, 2008; Neitzke und Oppermann, 2017; Groß, 2017). 73,3% stimmten zu, dass das Patienteninteresse an Zahnästhetik durch die Medialisierung von Schönheitsidealen erhöht wird. Dies kann durch eine suggerierte Verknüpfung von Lebenserfolg mit gesunden ästhetischen Zähnen begründet sein (Maio, 2009), dieser Verknüpfung stimmten auch 76% der Zahnärzte zu. Zuerst muss der Patient im Rahmen des Informed Consent aufgeklärt werden (Oppermann, 2013). So stimmten auch 73,9% zu, dass ein Aufklärungsgespräch mit Bezug auf die Risiken einer irreversiblen Zahnbehandlung entscheidend für den Patienten ist. 20,5% waren jedoch der Meinung, dass die Kosten über solch eine Behandlung entscheidend sind. Jegliche kosmetischen Zahnbehandlungen sind verbunden mit einer zumindest oberflächlichen bis hin zur invasiven Veränderung der vorhandenen Zahnschubstanz. Dabei können neben dem Schubstanzverlust an sich Schäden von einer Überempfindlichkeit bis hin zur Pulpitis mit entsprechenden Folgen entstehen. Diese Schädigung muss der Zahnarzt gründlich gegenüber dem Recht der Selbstbestimmung und einem möglichen Benefit für den Patienten abwägen, um zu einer ethisch reflektierten Entscheidung für oder gegen die Behandlung zu kommen. Er befindet sich in einem ethischen Konflikt. Dies sahen generell auch zu 95,1% die befragten Zahnärzte und in dem im Fragebogen geschilderten Fall zu 73,8%. Trotzdem fanden 60,4% der befragten Zahnärzte es unbedenklich Zahnschmuck, wie Zahnpiercings oder Zahntattoos in der Praxis anzubieten, wodurch sie indirekt den Patientenwunsch nach kosmetischen Leistungen über die körperliche Unversehrtheit stellen, auch wenn in dem speziellen Fall bei sachgemäßer Anwendung kein großer permanenter Schaden zu erwarten ist. Die Akzeptanz kosmetische Zahnbehandlungen durchzuführen, scheint mit der Zunahme der möglichen Risiken für den Patienten zu sinken. So lehnten 72,9% der Zahnärzte es ab einen gesunden Zahn nur aus ästhetischen Beweggründen auf Wunsch des Patienten zu beschleifen. Tatsächlich aber hatten dies bereits 24,6% der Zahnärzte getan. Kosmetische

Zahnbehandlungen bergen die Gefahr, dass das Leitbild des freien Zahnarztberufes im Sinne einer Deprofessionalisierung verletzt wird. Ist die Wunscherfüllung und nicht die Gesundheit des Patienten die oberste Maxime des zahnärztlichen Bestrebens, so wird der Zahnmediziner zum reinen Dienstleister (Maio, 2006).

5.2.10 Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten

Zur Diskussion und Entscheidungsfindung in ethisch strittigen Fällen und Situationen können die vier Prinzipien mittlerer Reichweite beitragen. Dazu gehören die Wahrung der Selbstbestimmung, das Gebot des Wohltuens, das Gebot des Nichtschadens und Gerechtigkeit. Durch die Abwägung der einzelnen Prinzipien kann so versucht werden zu einem begründeten Entschluss zu kommen. Eine Wertigkeit der Prinzipien untereinander soll es dabei nicht geben. Möglichst soll eine Handlung allen Prinzipien Folge leisten. (Beuchamp und Childress, 2013).

Anhand der Aussagen der befragten Zahnärzte konnte man eine unterschiedliche Wertigkeit der Prinzipien erkennen. Die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten schätzten 65,6% der befragten Zahnärzte als hohes Gut ein. In der Abwägung der Prinzipien untereinander ergab sich, dass knapp über die Hälfte der Zahnärzte (55,5%) das Gebot des Nichtschadens im Sinne der Bewahrung der Gesundheit des Patienten über die Wahrung der Selbstbestimmung setzten. Ganz besonders trat dies in der Gruppe der in Universitätskliniken beschäftigten Zahnärzte auf.

6. Zusammenfassung

Zahnärzte treffen in ihrem Berufsalltag auf zahnmedizinethische Probleme und Fragestellungen. 89,3% der Teilnehmer dieser Befragung befanden sich monatlich in ethischen Konfliktsituationen, 28,5% sogar täglich. Dabei wiesen sie grundlegende Kenntnisse zur Schweigepflicht, der Zahnarzt-Patient-Beziehung und der Identifikation von ethischen Konflikten auf. Mussten jedoch im Einzelfall spezielle Entscheidungen getroffen werden, fiel es Ihnen nicht leicht verschiedene Werte gegeneinander abzuwägen, um zu einer ethisch reflektierten Entscheidung zu gelangen. Das bevorzugte Modell der Zahnarzt-Patient-Beziehung war das partizipative, diesem wurde am häufigsten zugestimmt. Jedoch fanden auch das paternalistische als auch das Klient-Dienstleister-Modell Anwendung. Allgemein achteten die befragten Zahnärzte die Selbstbestimmung des Patienten als hohen Wert. Die Gesundheit des Patienten oder Dritter wurde mehrheitlich aber darüber angesiedelt. Im Umgang mit HIV-positiven Patienten zeigten sich vereinzelt Unsicherheiten, die sich insbesondere auf unzureichendes Wissen bezüglich der Erkrankung mit dem HI-Virus und den erforderlichen Hygienemaßnahmen zurückführen lassen.

Die Berufserfahrung aber auch die Religion haben sich als häufige Einflussfaktoren herausgestellt. Dabei war durchweg zu beobachten, dass erfahrenere Zahnärzte weniger häufig unentschieden waren und sich eher positionierten als Berufseinsteiger. Die Gruppe der religiös aktiven Zahnärzte schätzte das Wohlergehen der Patienten oder Kollegen immer etwas mehr als hohen Wert als ihre nicht religiösen Kollegen. Die ihrer Religion innewohnenden Werte beeinflussten ihre Entscheidungsfindung in den vorhandenen Konflikten.

Da es keine Vergleichswerte zu Faktoren gibt, die den Schluss eines Wandels des Beruf des Zahnarztes als freien Beruf hin zum Gewerbe zulassen, bleibt zu sagen, dass die befragten Zahnärzte mehrheitlich dem Leitbild des freien Berufes folgten. Das Patientenwohl, die Selbstbestimmung und die medizinische Indikation waren für sie Grundlage ihres Handelns. Trotzdem zeigten sich bei einer Minderheit gewerbliche Aspekte, wie der Wunsch nach mehr Werbemöglichkeiten, die Abhängigkeit der Therapieempfehlung von finanziellen Aspekten und die selektive Aufklärung des Patienten in Abhängigkeit von den vermuteten finanziellen Mitteln des Patienten.

Während in anderen Ländern wie den USA oder England ethische Leitlinien für die praktizierenden Zahnärzte entwickelt wurden, ist dies in Deutschland nicht der Fall. Die zuletzt 2017 überarbeitete Musterberufsordnung für Zahnärzte (BZÄK, 2017), insbesondere auch die Kommentare dazu (BZÄK, 2018) und das durch die Zusammenarbeit von BZÄK, DGZMK und KZBV formulierte Leitbild der

Freiberuflichkeit (BZÄK et al., 2015) geben zwar einen gewissen ethischen Handlungsrahmen. Jedoch helfen sie nicht bei der Entscheidungsfindung in ethischen Konfliktsituationen. Es wäre erstrebenswert, dass Zahnärzte professionelle prinzipien- und wertebasierte Entscheidungen treffen können. Dazu könnte ein konkret ethischer Leitfaden zum zahnärztlichen Handeln beitragen, in dem bekannte Konflikte aufgegriffen werden sollten. Vor allem aber der Zahnarzt dadurch in die Lage versetzt werden sollte, eine selbstständige ethisch reflektierte Entscheidung zu treffen. Ebenso müssen die erforderlichen Kenntnisse bereits im Rahmen der universitären Ausbildung Zahnmedizinstudenten vermittelt werden. Mittel- bis langfristig wurde dafür die Basis geschaffen, 2015 wurde der nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin verabschiedet, der einen Schwerpunkt Ethik in der Zahnheilkunde erhält und zukünftig könnte eine neue Approbationsordnung dazu beitragen. Inwieweit diese Maßnahmen tatsächlich zu einer Entscheidungsfindung beitragen können, bleibt abzuwarten. Weitere Befragungen der Zahnärzteschaft wie in dieser Dissertation können dazu beitragen, dies zu analysieren und Entwicklungstendenzen zu offenbaren.

7. Literaturverzeichnis

Albrecht B (2015) Die Tricks der Zahnärzte. Goldgrube Mund. Stern 47/2015:41-50.

Albrecht B (2018) Die teuren Tricks der Zahnärzte. Lukrative Lücken. Stern 7/2018:32-40.

American Dental Association (2018) Principles of Ethics and Code of Conduct. unter: [https://www.ada.org/~media/ADA/Member Center/Ethics/ADA Code Of Ethics Book With Revised Advisory Opinions to September 2018.pdf?la=en](https://www.ada.org/~media/ADA/Member_Center/Ethics/ADA_Code_of_Ethics_Book_With_Revised_Advisory_Opinions_to_September_2018.pdf?la=en) (abgerufen am 29.9.2018).

Arbeitstage 2013. unter: <http://www.schnelle-online.info/Arbeitstage/Anzahl-Arbeitstage-2013.html> (abgerufen am 29.9.2018).

Azodo CC, Ehigiator O, Oboro HO, Ehizele AO, Umoh A, Ezeja EB, Omili M, Ehigiator L (2010) Nigerian dental students' willingness to treat HIV-positive patients. Journal of dental education 74(4):446–452.

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, Scotti L, Jenab M, Turati F, Pasquali E, Pelucchi C, Galeone C, Bellocco R, Negri E, Corrao G, Boffetta P, La Vecchia C (2015) Alcohol consumption and site-specific cancer risk; A comprehensive dose-response meta-analysis. British journal of cancer 112(3):580–593. doi:10.1038/bjc.2014.579

Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York.

Bennett ME, Weyant RJ, Wallisch JM, Green G (1995) Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. The Journal of the American Dental Association 126(4):509–514. doi:10.14219/jada.archive.1995.0216

BFB-Bundesverband der freien Berufe (2009) Leitbild der freien Berufe. unter: https://www.freie-berufe.de/fileadmin/bfb/7_Publikationen/2_Broschu%CC%88ren/BFB_Broschu%CC%88re_Leitbild_P_RINT.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

BMJV - Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016a) Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. März 2010 (BGBl. I S. 254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 233) geändert worden ist. unter: http://www.gesetze-im-internet.de/uwg_2004/UWG.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

BMJV - Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016b) Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist. unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/zhg/ZHG.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).

BMJV - Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016c) Heilmittelwerbegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 20. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3048) geändert worden ist. unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerb/HWG.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).

Bundesärztekammer (2015) Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/SN_Med._Indikationsstellung_OEkonomisierung.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

Bundeszahnärztekammer (2017) Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer. unter: <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).

Bundeszahnärztekammer (2018) Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer. unter: <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/mbo-kommentar.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).

BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2001) Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 23. Juli 2001 - 1 BvR 873/00 - Rn. (1-39). unter: http://www.bverfg.de/e/rk20010723_1bvr087300.html (abgerufen am 29.9.2018).

BZÄK, DGZMK, KZBV (2015) Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung. unter: https://www.dgzmk.de/fileadmin/user_upload/editors/PDFs/Deutscher_Zahnaerztetag_2015/KZBV-BZAEK_Leitbild_A5_web.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

Chin JJ (2002) Doctor-patient Relationship: from Medical Paternalism to Enhanced Autonomy. Singapore Med J. 43(3):152-155.

Crossley ML (2004) An investigation of dentists' knowledge, attitudes and practices towards HIV+ and patients with other blood-borne viruses in South Cheshire, UK. British dental journal 196(12):749-54. doi:10.1038/sj.bdj.4811382

DAGNÄ, DAIG (2010) Gemeinsame Stellungnahme der DAIG und der DAGNÄ „Die zahnmedizinische Betreuung HIV-infizierter Menschen“. unter: <https://www.dagnae.de/wp-content/uploads/2016/06/HIV-Zahnmed-10-2010.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).

Daubländer M, Kämmerer PW (2013) Die Alkoholkrankheit Repetitorium. Zahnmedizinische Mitteilungen. 103(1):32-36.

Deutsche AIDS-Hilfe und Bundeszahnärztekammer (2014) Zahnärztliche Behandlung von HIV-positiven Patienten. unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b14/hiv_aids.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

Dölle JS (2016) Medizinethische Kenntnisse und moralische Positionen von Ärztinnen und Ärzten aus Süddeutschland. Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

El-Maaytah M, Al Kayed A, Al Qudah M, Al Ahmad H, Moutasim K, Al-Dabbagh K, Jerjes W, Al Khawalde M, Abu Hammad O, Dar Odeh N, El-Maaytah K, Al Shmailan Y, Porter S, Scully C (2005) Willingness of dentists in Jordan to treat HIV-infected patients. Oral diseases 11(5):318–322. doi:10.1111/j.1601-0825.2005.01126.x

Fotedar S, Sharma KR, Sogi GM, Fotedar V, Chauhan A (2013) Knowledge and attitudes about HIV/AIDS of students in H.P. Government Dental College and Hospital, Shimla, India. Journal of dental education 77(9):1218–1224.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Vertragszahnärztliche Versorgung) (2016) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen(Zahnersatz-Richtlinie). unter: <http://www.kzbv.de/07-11-07-zahnersatz-rili.download.8af591d6307f9779f0734a50663f4117.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).

- General Dental Council (2013) Standards for the Dental Team. unter: <https://www.gdc-uk.org/api/files/NEW%20Standards%20for%20the%20Dental%20Team.pdf> (abgerufen am 29.9.2018).
- Groß D, Keil G (2002) „Ethik in der Zahnheilkunde“ – eine entbehrliche Disziplin?. In Groß D (Hrsg) Zwischen Theorie und Praxis 3: Ethik in der Zahnheilkunde. Königshausen & Neumann, Würzburg, S. 9-28.
- Groß D, Wolfart S (2009) Dental ethics – Ein blinder Fleck in der deutschen Zahnheilkunde. Gasteditorial. Dtsch Zahnärztl Z 64(7):393-395.
- Groß D, Wolfart S, Schäfer G (2009) „Ethik in der Zahnheilkunde“ im internationalen Vergleich. Analysen, Konzepte, Initiativen. Dtsch Zahnärztl Z 64(7):410-418.
- Groß D (2009) Zwischen Wunscherfüllung und Körperverletzung: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase. In: Kettner M (Hrsg) Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Campus Verlag, Frankfurt/M., S 103–122.
- Groß D, Wolfart S, Schäfer G (2010) Ethik in der Zahnheilkunde – ein Stiefkind in Deutschland. Zahnärztliche Mitteilungen 100(5):28-40.
- Groß D (2012) Ethik in der Zahnmedizin; Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen. Quintessenz-Verl., Berlin.
- Groß D, Vollmuth R, Weißhaupt P, Sader R, Knüpper P (2012) Die klinisch-ethische Falldiskussion. HIV-positiver Gatte und nichts ahnende Ehefrau. Zahnmedizinische Mitteilungen. 102(7):836-841.
- Groß D, Wolfart S, Schilling B (2013): Ethik in der zahnärztlichen Ausbildung – Ergebnisse des deutschen Pilotprojekts „Dental Ethics“. Ethics in dental education – results of the German pilot project „Dental Ethics“. Dtsch Zahnärztl Z 68:483.
- Groß D (2013) Zwischen Ethik und Recht: Entscheidungsfindung in schwierigen klinischen Fällen. ZP Zahnarzt & Praxis 15:38–42.
- Groß D (2017) Indikation versus Kosmetik – die wunscherfüllende Zahnheilkunde in kritischer Sicht. Zahnmedizin up2date 11(2):207–222. doi:10.1055/s-0042-116613
- Groß D, Nitschke I (2017) Dental Ethics – Ethik in der Zahnheilkunde. Ethik Med 29:1–6. doi:10.1007/s00481-016-0431-7
- Häuser W, Hansen E, Enck P (2012) Nocebo phenomena in medicine; Their relevance in everyday clinical practice. Deutsches Ärzteblatt international 109(26):459–465. doi:10.3238/arztebl.2012.0459
- Hu S-W, Lai H-R, Liao P-H (2004) Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward hepatitis B virus-, hepatitis C virus-, and HIV-infected patients in Taiwan. AIDS patient care and STDs 18(10):587–593. doi:10.1089/apc.2004.18.587
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2012). Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E. A review of human carcinogens. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans 100(Pt E):1-538.
- Jacob M, Dick M (2017) Ethisches Handeln in der Berufspraxis; Das Triadengespräch als Methode des Lernens aus Misserfolgen. Ethik Med 29:53–69. doi:10.1007/s00481-016-0430-8

Jacob M, Walther W (2018) Die Relevanz einer institutionalisierten Ethik für eine professionelle Zahnmedizin. *Ethik Med* 30:21–37. doi:10.1007/s00481-018-0468-x

Kaba R, Sooriakumaran (2007) The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 5(1):57-65.

Kettner M (2009) Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Campus Verlag, Frankfurt/M.

Krones T, Richter G (2008) Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*. 51:818–826. doi: 10.1007/s00103-008-0601-y

Kwasnicki A, Longman L, Wilkinson G (2008) The significance of alcohol misuse in the dental patient. *Dental update* 35(1):7-20. doi:10.12968/denu.2008.35.1.7

Lernzielkatalog Zahnmedizin (Stand 4.6.2015) unter:
https://gmds.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Empfehlungen_Veroeffentlichungen/150604_Lernzielkatalog_Zahnmedizin.pdf (abgerufen am 29.9.2018)

Maio G (2006) Ethische Grenzen kosmetischer Maßnahmen in der Zahnheilkunde. *Zahnärztliche Mitteilungen* 96(10):78-83.

Maio G (2008) Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten? Die „Kundenorientierung“ der Zahnheilkunde in ihrer Unvereinbarkeit mit dem sozialen Charakter der Medizin. *DAZ Forum* 97(4):5-7.

Maio G (2009) Die Zahnmedizin zwischen Heilkunde und Beauty-Industrie - Zu den ethischen Unzulänglichkeiten des Ästhetik-Booms in der Zahnheilkunde. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 119:47-51.

Maio G (2012) *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart.

Marcus U, Nassauer A (2010) Kommentar des Robert Koch-Instituts Erschweren Hygienerichtlinien für Zahnarztpraxen eine normale zahnärztliche Versorgung von HIV-Patienten?. *HIV & more* 3:23-25.

McAuley A, Goodall CA, Ogden GR, Shepherd S, Cruikshank K (2011) Delivering alcohol screening and alcohol brief interventions within general dental practice: rationale and overview of the evidence. *Br Dent J* 210(9):E15. doi: 10.1038/sj.bdj.2011.363

Micheelis W, Bergmann-Krauss B, Reich E (2010) Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung. IDZ, Köln.

M SASQ-Modified single alcohol screening questionnaire (2017) unter:
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684829/Single_question_alcohol_use_test__M_SASQ_.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

Neitzke G, Oppermann B (2017) Wunscherfüllende Zahnmedizin; Die Indikation als Grundlage zahnärztlichen Handelns. *Ethik Med* 29:41–52. doi:10.1007/s00481-016-0428-2

Nuttall NM, Gilbertt AD (1993) Final year dental students' views on cross-infection precautions. *Journal of Dentistry* 21(2):105–110. doi:10.1016/0300-5712(93)90155-J

Oesterreich D (2014) Zur zahnärztlichen Behandlung HIV-positiver Patienten. unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pm14/141201_WAT_Statement_BZAEK.pdf (abgerufen am 29.9.2018).

Oberoi SS, Sharma N, Mohanty V, Marya C, Rekhi A, Oberoi A (2014) Knowledge and Attitude of Faculty Members Working in Dental Institutions towards the Dental Treatment of Patients with HIV/AIDS. *International scholarly research notices* 2014:429692. doi:10.1155/2014/429692

Oboro HO, Azodo CC, Sede MA (2010) Perception of HIV/AIDS among preclinical dental students. *J prev med hyg* 51:164-169. doi:10.15167/2421-4248/JPMH2010.51.4.233

Oppermann B (2013) *Informed Consent. Eine Analyse in Bezug auf die Zahnheilkunde.* Shaker, Herzogenrath.

Ritchie L (2012) Dentists can help detect alcohol misuse, say surgeons. *BMJ (Clinical research ed.)* 344:2609. doi:10.1136/bmj.e2609

Robert Koch-Institut (2006) Infektionsprävention in der Zahnheilkunde - Anforderungen an die Hygiene. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl.* 49:375–394. doi:10.1007/s00103-005-1219-y

Roked Z, Moore S, Shepherd J (2012) Alcohol misuse; Screening and treatment in primary dental care. *FDJ* 3(2):72–77. doi:10.1308/204268512X13312096186325

Roked Z, Watson R, Moore S, Shepherd J (2014) Identification of alcohol misuse in dental patients. *FDJ* 5(3):134–137. doi:10.1308/204268514X14017784506050

Sadeghi M, Hakimi H (2009) Iranian dental students' knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS patients. *Journal of dental education* 73(6):740–745.

Schmidt-Westhausen AM (2013) Der Zahnarzt kann aufklären. unter: <https://www.zm-online.de/news/nachrichten/der-zahnarzt-kann-aufklaeren/> (abgerufen am 29.9.2018).

Schochow M, Christel A, Lautenschläger C, Steger F (2016) Zahnmedizinethische Kenntnisse in der Praxis – eine Befragung von Zahnärzten aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. *Gesundheitswesen* 78(12):168-173. doi: 10.1055/s-0035-1548930

Schöne-Seifert B (2007) *Grundlagen der Medizinethik.* Kröner, Stuttgart.

Seacat JP, Inglehart MR (2003) Education about treating patients with HIV infections/AIDS; The student perspective. *Journal of dental education* 67(6):630–640.

Shepherd S, Bonnetti D, Clarkson JE, Ogden GR, Young L (2011) Current practices and intention to provide alcohol-related health advice in primary dental care. *British dental journal* 211:14. doi:10.1038/sj.bdj.2011.822

Shepherd S, Young L, Clarkson JE, Bonetti D, Ogden GR (2010) General dental practitioner views on providing alcohol related health advice; an exploratory study. *Br Dent J* 208(7):E13; discussion 304-5. doi: 10.1038/sj.bdj.2010.342

Solomon ES, Gray CF, Gerbert B (1991) Issues in the dental care management of patients with bloodborne infectious diseases; An opinion survey of dental school seniors. *Journal of dental education* 55(9):594–597.

Steger F (2011) *GTE Medizin*. Vandenhoeck & Ruprecht UTB, Göttingen.

Strube W, Rabe M, Härlein J, Steger F (2014) Gesundheitsethische Kenntnisse im Verlauf der Pflegeausbildung – Ergebnisse einer Querschnittsstudie in Deutschland. *Ethik Med* 26:225–235. doi:10.1007/s00481-013-0250-z

Uti OG, Agbelusi GA, Jeboda SO (2008) Are Nigerian dentists willing to treat patients with HIV infection ? *Nigerian Dental Journal* 15(2):66-70. doi:10.4314/ndj.v15i2.42105

Utomi IL, Onajole AT, Arotiba JT (2008) HIV/AIDS; Knowledge and attitudes of dentists in South-Western Nigeria. *Nig. J. Health. Biomed. Sci.* 7(1):36-41. doi:10.4314/njhbs.v7i1.11661

Vollmuth R (2002) Rechtliche und ethische Betrachtungen zur „ästhetischen Zahnheilkunde“ – der Versuch einer Standortbestimmung. In: Groß D (Hrsg) *Zwischen Theorie und Praxis 3: Ethik in der Zahnheilkunde*. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 113–127.

Wandrowski J, Schuster T, Strube W, Steger F (2012) Medical ethical knowledge and moral attitudes among physicians in Bavaria. *Deutsches Ärzteblatt international* 109:141–147. doi:10.3238/arztebl.2012.0141

Williams JR (2005) *Medical ethics manual*. World Medical Association, Ferney-Voltaire, France.

Wottrich S (2010) *Ethik und Recht im Studium der Zahnmedizin und im beruflichen Alltag*. Dissertation. Medizinische Hochschule Hannover.

8. Thesen

1. Zahnärzte treffen in ihrem beruflichen Alltag häufig auf zahnmedizinethische Probleme und Fragestellungen.
2. Die befragten Zahnärzte wiesen grundlegende zahnmedizinethische Kenntnisse in den Bereichen Schweigepflicht, Identifikation von ethischen Konflikten und der Zahnarzt-Patient-Beziehung auf.
3. Die befragten Zahnärzte zeigten Unsicherheiten bei komplexen ethischen Konflikten.
4. Es gab Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten.
5. Das bevorzugte Modell für die Zahnarzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Zahnärzte ist das partizipative.
6. Die befragten Zahnärzte schätzten die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten als hohes Gut ein.
7. Die Gesundheit des Patienten hatte für die Zahnärzte eine höhere Gewichtung als die Selbstbestimmung.
8. Die Mehrheit der Zahnärzte folgte dem Leitbild des freien Berufes.
9. Die häufigsten Einflussfaktoren auf das Antwortverhalten waren die berufliche Erfahrung der Befragten und die Religionszugehörigkeit, insbesondere regelmäßig aktive Religionsausübung.

9. Anlagen

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel einer Fallvignette mit zu bewertenden Aussagen	6
Abbildung 2: Zahnärzte weisen grundlegende zahnmedizinische Kenntnisse auf	15
Abbildung 3: Modelle der Zahnarzt-Patienten Beziehung, Differenz zu 100% erklären sich durch fehlende Werte in dieser Kategorie	16
Abbildung 4: Verteilung der Antworten zum paternalistischen Rollenmodell in Bezug zur Praxiserfahrung	17
Abbildung 5: Verteilung der Antworten zum Klient-Dienstleister-Rollenmodell in Bezug zur Praxiserfahrung	17
Abbildung 6: Verteilung der Antworten zur Aufklärung bei Behandlungsfehlern zum Geschlecht	21
Abbildung 7: Zahnärzte legen einen hohen Wert auf die Selbstbestimmung des Patienten	39
Abbildung 8: Zahnärzte gewichten die Gesundheit höher als die Selbstbestimmung	40

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der demographischen Daten	13
Tabelle 2: Häufigkeiten des Auftretens zahnmedizinischer Probleme und Fragestellungen im Alltag von Zahnärzten.....	14
Tabelle 3: Kreuztabelle zur Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte zeigen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten“ in Abhängigkeit zum Item „Ich kenne die Frühsymptome einer HIV-Infektion in der Mundhöhle“	19
Tabelle 4: Kreuztabelle zur Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte zeigen Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven Patienten“ in Abhängigkeit zum Item „Die zahnärztliche Behandlung von HIV-positiven Patienten erfordert keine Hygienemaßnahmen, die über das normale Maß der Praxishygiene hinausgehen“	19
Tabelle 5: Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte klären den Patienten über den Behandlungsfehler eines Kollegen auf“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung	21
Tabelle 6: Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte schweigen bezüglich des Fehlers des Kollegen und beheben ihn“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung.....	22
Tabelle 7: Verteilung der Antworten zum Item „Aufklärung über mögliche Auswirkungen von Alkoholabusus für die Mundhöhle bei Verdacht auf Alkoholabusus“ in Abhängigkeit zur Praxisgröße	23
Tabelle 8: Verteilung der Antworten zum Item „Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung“ in Abhängigkeit zur Religionsausübung	23
Tabelle 9: Verteilung der Antworten zum Item „Empfehlung einer weitergehenden Behandlung der Sucht und psychotherapeutischer Unterstützung“ in Abhängigkeit zur Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes	23
Tabelle 10: Verteilung der Antworten zum Item „Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit vorübergehend bzw. ganz einstellen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung.....	24
Tabelle 11: Verteilung der Antworten zum Item „ Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit vorübergehend bzw. ganz einstellen“ in Abhängigkeit zur Praxisgröße.....	25

Tabelle 12: Verteilung der Antworten zum Item „Es ist umgehend ein persönliches Gespräch mit ihm zu suchen, bei dem man die Situation bespricht, um gemeinsam eine Lösung zu finden“ in Abhängigkeit zur Religionsausübung	25
Tabelle 13: Verteilung der Antworten auf das Item „Werbung für die Zahnarztpraxis führt den Patienten in die Praxis mit der ansprechendsten Werbung“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, Bundeslandzugehörigkeit, Praxisgröße, Ort der Praxisausübung und vertraglichen Bindung.....	26
Tabelle 14: Verteilung der Antworten zum Item „Praxiswerbung lässt den Patienten den Zahnarzt nicht nach anderen relevanten Aspekten aussuchen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung	27
Tabelle 15: Verteilung der Antworten zum Item „Bei einer Praxisneugründung, einer Praxisübernahme oder einem Umzug ist es in Ordnung, in Form einer Anzeige darauf hinzuweisen“ in Abhängigkeit zum Ort der Praxisausübung.....	28
Tabelle 16: Verteilung der Antworten zum Item „Es sollte erlaubt werden, in größerem Umfang für seine Praxis zu werben“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und Religionsausübung .	28
Tabelle 17: Verteilung der Antworten zum Item „Die Therapieempfehlung des Zahnarztes ist nicht nur von rein zahnärztlich-wissenschaftlichen Aspekten, sondern auch von betriebswirtschaftlichen abhängig.“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und Anzahl der behandelnden Zahnärzte in einer Praxis	29
Tabelle 18: Verteilung der Antworten zum Item „Es ist nicht sinnvoll, jedem Patienten alle Therapiemöglichkeiten zu offenbaren, wenn er sich diese nicht leisten kann“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung.....	30
Tabelle 19: Verteilung der Antworten zum Item „Die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt den Zahnarzt durch zu wenig abrechenbare bzw. zu gering bezuschusste Leistungen in seinen Möglichkeiten“ in Abhängigkeit zur vertraglichen Bindung und Religionsausübung	30
Tabelle 20: Verteilung der Antworten zum Item „Die Versorgung, die unsere Solidargemeinschaft bietet, ist ausreichend“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, vertraglichen Bindung und Geschlecht	31
Tabelle 21: Verteilung der Antworten zum Item „Wenn der Patient eine höherwertige Versorgung wünscht, muss er selbstverständlich die Zusatzkosten der Behandlung tragen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und vertraglichen Bindung.....	31
Tabelle 22: Verteilung der Antworten zum Item „Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen in der Zahnarztpraxis...“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, vertraglichen Bindung, Praxisgröße, Ort der Praxisausübung, Religionsausübung, Bundeslandzugehörigkeit und Fachkompetenz.....	33
Tabelle 23: Verteilung der Antworten zum Item „Jeder Mensch ist für seine Gesundheit primär selbstverantwortlich“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung und Bundeslandzugehörigkeit.....	34
Tabelle 24: Verteilung der Antworten zum Item „Patienten deren zahnmedizinischen Probleme selbstinduziert sind (z.B. schlechte Mundhygiene, Nikotin- und Alkoholabusus) sollten mehr an den Behandlungskosten beteiligt werden“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung	34
Tabelle 25: Verteilung der Antworten zum Item „Durch die Medialisierung von Schönheitsidealen (z.B. Attraktivitätsforschung, „Smilestyle“ der Prominenten oder TV-Sendungen wie „Extrem schön - Endlich ein neues Leben“) wird das Patienteninteresse an Zahnästhetik erhöht“ in Abhängigkeit zum Geschlecht	35

Tabelle 26: Verteilung der Antworten zum Item „Die Spezialisierung auf Ästhetik in der Zahnmedizin (in Zusammenhang mit medizinisch nicht indizierten Eingriffen) könnte man auch als Spezialisierung auf Zahnkosmetik bezeichnen“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung, vertraglichen Bindung und Einwohnerzahl des Hauptarbeitsortes.....	36
Tabelle 27: Verteilung der Antworten zum Item „Dieses Beispiel stellt einen ethischen Konflikt dar“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung.....	37
Tabelle 28: Verteilung der Antworten zum Item „Die Kosten entscheiden darüber, wie sich die Patientin entscheidet“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung.....	37
Tabelle 29: Verteilung der Antworten zum Item „Ein Aufklärungsgespräch mit Bezug auf die Risiken einer invasiven Behandlung entscheidet über den Entschluss der Patientin“ in Abhängigkeit zum Geschlecht und Religionsausübung.....	38
Tabelle 30: Verteilung der Antworten zum Item „Würden Sie versuchen, die junge Frau zu überzeugen, keine invasive Maßnahme in Anspruch zu nehmen?“ in Abhängigkeit zum Geschlecht	38
Tabelle 31: Verteilung der Antworten zum Item „Haben Sie schon einmal einen Zahn nur aus ästhetischen Gründen bei funktionell und strukturell intakten Zähnen präpariert?“ in Abhängigkeit zur vorhandenen Praxiserfahrung.....	38
Tabelle 32: Kreuztabelle zur Verteilung der Antworten zum Item „Zahnärzte legen Wert auf die Wahrung der Selbstbestimmung“ in Abhängigkeit zum Item „Zahnärzte gewichten die Gesundheit höher als die Selbstbestimmung“.....	40

9.3 Fragebogen

EvaSys	Ethik in der Zahnmedizin	Electric Paper
Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg Institut für Geschichte und Ethik der Medizin		Alexander Christel alexander.christel@student.uni-halle.de
		

Markieren Sie so: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Allgemeines

- 1.1 Hatten Sie vor Ihrem Studium eine abgeschlossene Berufsausbildung im medizinischen oder pflegerischen Beruf? ja nein
- 1.2 Haben Sie schon einmal eine Fort-, oder Weiterbildung zum Thema Ethik in der Zahnmedizin besucht? ja nein
- 1.3 War Ethik in der Zahnmedizin Teil Ihrer Hochschulausbildung? ja nein
- 1.4 Wie häufig treffen Sie in Ihrem Berufsalltag auf medizinethische Fragen und Probleme? täglich wöchentlich monatlich
 jährlich nie
- 1.5 Die Auseinandersetzung mit Ethik in der Zahnmedizin halte ich persönlich für wichtig. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

2. HIV

„Eine langjährige Patientin kommt zu Ihnen zur halbjährlichen Untersuchung in die Praxis. Sie ist in Begleitung ihres neuen Freundes und bittet Sie, ihn auch noch zu untersuchen, da er momentan keinen Hauszahnarzt hat. Bei der Durchsicht des Anamnesebogens des Freundes sehen Sie, dass er angibt HIV positiv zu sein. Auf Nachfrage, ob seine Freundin und Ihre Patientin davon weiß, beruft er sich auf Ihre ärztliche Schweigepflicht und möchte, dass Sie ihr es nicht mitteilen.“ Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?

- 2.1 Ich unterrichte die Patientin von der Erkrankung ihres Freundes. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 2.2 Generell ist es geboten, die Schweigepflicht zu wahren. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 2.3 Die körperliche Unversehrtheit der Patientin ist in Gefahr, die Schweigepflicht darf verletzt werden. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 2.4 Im Allgemeinen ist es ethisch vertretbar, die Schweigepflicht zu verletzen, wenn die körperliche und geistige Gesundheit gefährdet ist. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 2.5 Solange die Probleme eines HIV positiven Patienten meine Fähigkeiten und meine technische Ausrüstung nicht überschreiten, behandle ich diesen Patienten. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 2.6 Ich kenne die frühen Anzeichen einer HIV-Infektion in der Mundhöhle. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

MUSTER

EvaSys	Ethik in der Zahnmedizin	Electric Paper
--------	--------------------------	----------------

2. HIV [Fortsetzung]

- 2.7 HIV positive oder an AIDS erkrankte Patienten sind in spezialisierten Praxen oder Universitätskliniken besser aufgehoben. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 2.8 Die zahnärztliche Behandlung von HIV positiven Patienten erfordert keine Hygienemaßnahmen, die über das normale Maß der Praxishygiene hinausgehen. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

3. Arzt-Patienten-Verhältnis

Das Arzt-Patienten-Verhältnis kann sich vielfältig gestalten. Wie würden Sie Ihr Verhältnis zum Patienten am ehesten beschreiben?

- 3.1 Der Zahnarzt als Fachexperte wählt die beste Behandlungsoption aus und führt sie durch. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 3.2 Der Zahnarzt sollte dem Patienten als Experte beratend und aufklärend bei seiner Entscheidungsfindung zur Seite stehen. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 3.3 Der Zahnarzt erbringt fachlich kompetente Dienstleistungen auf Wunsch des Patienten. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

4. Behandlungsfehler

„Ein 54-jähriger Mann kommt zu Ihnen als neuer Patient, da er den Zahnarzt in Folge eines Umzugs in eine andere Stadt wechseln möchte. Der Patient ist gut gepflegt und erscheint immer in Anzug. Er hat einige behandlungsbedürftige Zähne im Mund ; er habe seine Zähne etwas vernachlässigt. Er berichtet, dass sein alter Zahnarzt den Zahn 36 bereits wurzelbehandelt hat und der Zahn seit einem Monat mit einer Krone versorgt ist, ihm der Zahn jedoch wieder Schmerzen bereitet. Sie untersuchen den Patienten eingehend und fertigen als Übersichtsaufnahme ein OPG an. Mehrere Zähne haben Primär-, bzw. Sekundärkaries. Die Krone des Zahnes 36 ist suffizient, der Zahn selbst ist perkussionsempfindlich, desensibel und auf dem Röntgenbild erkennen Sie, dass die distale Wurzel inhomogen gefüllt wurde, die mesiale Wurzel hingegen ungefüllt ist. Sie erkennen hier einen klaren Behandlungsfehler. Der Patient riecht dieses Mal und auch bei Folgeterminen latent nach Alkohol. In der Anamnese gab er jedoch an, keinen Alkohol zu konsumieren.“ Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?

- 4.1 Ich unterrichte den Patienten von dem Behandlungsfehler des Kollegen. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 4.2 Ich schweige bezüglich des Fehlers des zahnärztlichen Kollegen gegenüber dem Patienten und versuche nur ihn zu beheben. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 4.3 Generell ist bei Behandlungsfehlern des vorbehandelten Zahnarztes dies umgehend der örtlichen zahnärztlichen Vertretung bzw. Kammer zu melden, die sich der Sache annimmt. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

MUSTER

EvaSys	Ethik in der Zahnmedizin	Electric Paper
--------	--------------------------	----------------

4. Behandlungsfehler [Fortsetzung]

- | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------|
| 4.4 | Vor weiteren Maßnahmen ist Kontakt zum Vorbehandler aufzunehmen, um ihn auf den Fehler anzusprechen und etwas über eventuelle Umstände zu erfahren, die dazu geführt haben. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 4.5 | Ich spreche den Patienten vorsichtig auf den Alkoholgeruch an und frage nach der konsumierten Menge. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 4.6 | Ich kläre den Patienten über Konsequenzen für die Mundhöhle infolge exzessivem Alkoholgenusses auf. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 4.7 | Ich lege dem Patienten eine Suchtbehandlung mit psychotherapeutischer Behandlung nahe. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

5. Verantwortung für Kollegen / Patienten

- „Sie erfahren von der stoffgebundenen Sucht oder der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit eines praktizierenden Kollegen.“ Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?
- | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------|
| 5.1 | Der Kollege sollte seine zahnärztliche Tätigkeit mit Verantwortung für die Patienten vorübergehend bzw. ganz einstellen. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 5.2 | Dieser Kollege ist umgehend der Zahnärztekammer zu melden. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 5.3 | Es ist umgehend ein persönliches Gespräch mit ihm zu suchen, bei dem man die Situation bespricht, um gemeinsam eine Lösung zu finden. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

6. Werbung

„Zahnmedizin ist laut Musterberufsordnung für Zahnärzte kein Gewerbe. Doch ist eine Zahnarztpraxis ein betriebswirtschaftliches Unternehmen, das erfolgreich finanziert werden muss. Ein junger Zahnarzt gründet eine neue Zahnarztpraxis. Um auf sich aufmerksam zu machen, schaltet er in Zeitungen eine Anzeige, die einen halboffenen lächelnden Mund mit gesunden Zähnen zeigt, sowie Behandlungsschwerpunkte, Standort und Öffnungszeiten seiner Praxis enthält.“ Beurteilen Sie folgende Aussagen.

- | | | | | | | | | | | |
|-----|--|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------|
| 6.1 | Werbung für die Zahnarztpraxis führt den Patienten in die Praxis mit der ansprechendsten Werbung. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 6.2 | Praxiswerbung lässt den Patienten den Zahnarzt nicht nach anderen relevanten Aspekten aussuchen. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 6.3 | Bei einer Praxisneugründung, einer Praxisübernahme oder einem Umzug ist es in Ordnung, in Form einer Anzeige darauf hinzuweisen. | stimme voll zu | <input type="checkbox"/> | stimme gar nicht zu | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

MUSTER

EvaSys	Ethik in der Zahnmedizin	Electric Paper
--------	--------------------------	----------------

6. Werbung [Fortsetzung]

- 6.4 Es sollte erlaubt werden, in größerem Umfang für seine Praxis zu werben. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

7. Abhängigkeit von finanziellen Mitteln, Solidargemeinschaft

„Die Zahnmedizin bietet ein großes Repertoire an möglichen Therapien für ein und dieselbe Indikation, meist abhängig von den Kosten für den Patienten. Diese wiederum sind abhängig von den übernommenen Kosten durch die Versicherung.“ Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?

- 7.1 Es ist nicht sinnvoll, jedem Patienten alle Möglichkeiten zu offenbaren, wenn er sich diese nicht leisten kann. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.2 Oft bestimmt der Geldbeutel des Patienten die Qualität der Behandlung hinsichtlich höherwertiger Materialien und Techniken. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.3 Die Therapieempfehlung des Zahnarztes ist nicht nur von rein zahnärztlich-wissenschaftlichen Aspekten, sondern auch von betriebswirtschaftlichen abhängig. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.4 Die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt den Zahnarzt durch zu wenig abrechenbare bzw. zu gering bezuschusste Leistungen in seinen Möglichkeiten. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.5 Jeder Mensch ist für seine Gesundheit primär selbstverantwortlich. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.6 Patienten deren zahnmedizinische Probleme selbstinduziert sind (z.B. schlechte Mundhygiene, Nikotin- und Alkoholabusus) sollten mehr an den Behandlungskosten beteiligt werden. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.7 Die Versorgung, die unsere Solidargemeinschaft bietet, ist ausreichend. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.8 Wenn der Patient eine höherwertige Versorgung wünscht, muss er selbstverständlich die Zusatzkosten der Behandlung tragen. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.9 Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen in der Zahnarztpraxis sind in Ordnung. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 7.10 Vergünstigungen von privaten Zuzahlungen für individuelle Patientenfälle und/oder Ratenzahlungen finden in meiner Praxis Anwendung. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

MUSTER

EvaSys

Ethik in der Zahnmedizin

Electric Paper

8. Ästhetik

Ästhetik in der Zahnheilkunde ist ein allgegenwärtiges Thema von Lehre, Fortbildung und Forschung. Jeder Zahnarzt strebt bei seiner Arbeit nach ästhetischem Aussehen. Als Zahnarzt behandelt man einen Patienten abhängig von einer medizinischen Indikation. Doch was ist zu tun, wenn nur der Wunsch des Patienten die Behandlung bestimmt und keine Indikation vorliegt. Beurteilen Sie folgende Aussagen.

- 8.1 Sie betreiben ästhetische Zahnheilkunde. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 8.2 Sie haben eine zertifizierte Qualifikation als Spezialist im Bereich Ästhetik in der Zahnheilkunde. ja nein
- 8.3 Es ist in Ordnung, Zahnschmuck wie „Zahnpiercings“ (z.B. adhäsiv befestigte Strasssteinchen) oder Zahntattoos in der Praxis anzubieten. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 8.4 Die irreversible invasive Behandlung gesunder Zähne nur auf Wunsch des Patienten ohne medizinische Indikation führt zu einem ethischen Konflikt. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 8.5 Durch die Medialisierung von Schönheitsidealen (z.B. Attraktivitätsforschung, „Smilestyle“ der Prominenten oder TV-Sendungen wie „Extrem schön – Endlich ein neues Leben“) wird das Patienteninteresse an Zahnästhetik erhöht. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 8.6 Zahngesundheit ist mit gesteigertem Lebenserfolg verknüpft. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 8.7 Die Spezialisierung auf Ästhetik in der Zahnmedizin (in Zusammenhang mit medizinisch nicht indizierten Eingriffen) könnte man auch als Spezialisierung auf Zahnkosmetik bezeichnen. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

9. Fallbeispiel

„Eine junge Frau mit primär gesundem Gebiss kommt in Ihre Sprechstunde. Sie hat eine leichte Form der Fluorose und stört sich an den weißen Flecken ihrer Frontzähne. Ihr Wunsch ist es, die Zähne für eine ansprechendere Ästhetik überkronen zu lassen.“ Einerseits ist es möglich, ihr die therapeutischen Maßnahmen aufzuzeigen und sie dann die Entscheidung treffen zu lassen. Andererseits könnten Sie als Zahnarzt versuchen, die junge Frau davon zu überzeugen, keine invasive Maßnahme an ihren unversehrten Zähnen durchführen zu lassen. Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?

- 9.1 Dieses Beispiel stellt einen ethischen Konflikt dar. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht
- 9.2 Die Kosten entscheiden darüber, wie sich die Patientin entscheidet. stimme voll zu stimme gar nicht zu weiß nicht

MUSTER

EvaSys

Ethik in der Zahnmedizin

Electric Paper

10. Persönliche Angaben [Fortsetzung]

10.13 Was motiviert Sie Ihren Beruf auszuüben? (Mehrfachantworten möglich)

- ich möchte Menschen helfen ich möchte Wissen erwerben ich möchte einen sicheren Beruf ausüben
- ich möchte Forscher sein ich möchte zahnärztlichen Vorbildern nacheifern ich möchte einen angemessenen Beruf ausüben
- andere Motivation

10.14 Falls Sie „andere Motivation“ angekreuzt haben, welche ist das?

10.15 Eigene Anmerkung

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben!

10. Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertationsarbeit ohne unzulässige Hilfsmittel oder unzulässige Hilfestellung dritter Personen und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel erstellt habe. Daten aus anderen Quellen wurden entsprechend gekennzeichnet.

Halle (Saale), den _____

(Alexander Christel)

11. Erklärung über frühere Promotionsversuche

Hiermit erkläre ich, dass keine früheren Promotionsversuche mit der gleichen oder einer anderen
Dissertationsarbeit erfolgt sind. Die vorliegende Arbeit wurde von mir nur an dem Institut für
Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eingereicht.

Halle (Saale), den _____

(Alexander Christel)

12. Lebenslauf

Name: Christel, Alexander

geboren: 19.12.1986 in Gera

Familienstand: verheiratet

Schulischer und beruflicher Werdegang

ab 1.7. 2016	Angestellter Zahnarzt im Zahnmedizincenter Sachsen-Anhalt in Bitterfeld-Wolfen
2014-2016	Anstellung als Vorbereitungsassistent im Zahnmedizincenter Sachsen-Anhalt in Bitterfeld-Wolfen
2014-2015	Immatrikulation als Promotionsstudent an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
30.12.2013	Approbation als Zahnarzt
5.11.2013	Staatsexamen Zahnmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle- Wittenberg
seit 2012	Doktorand bei Prof. Dr. Florian Steger am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
2008	Immatrikulation an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Studiengang Zahnmedizin
2005-2008	Ausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten
2005	Einmonatiges Pflegepraktikum im SRH Wald-Klinikum Gera auf der Neurologiestation
2005	Abitur
1997-2005	Besuch des Albert-Schweitzer-Gymnasiums Gera
1993-1997	Besuch der staatlichen Grundschule 7 Gera

13. Danksagung

Mein aufrichtiger Dank geht an Prof. Dr. Florian Steger, der stets mit freundlichen, aber auch kritischen Worten eine große Hilfe war, an Dr. Maximilian Schochow sowie Frau Adam, Frau Wäldchen und Frau Dr. Lautenschläger für die Umsetzung der Befragung.

Ich möchte meiner Familie danken, die mich auch in schwierigen Zeiten motiviert hat, dranzubleiben und diese Arbeit zu verfassen.